



(DOI): 10.22059/japr.2021.313926.643694

بررسی نقش اتحاد درمانی در اثربخشی درمان با میانجی‌گری همراهی مراجع Examining the Role of the Therapeutic Alliance in Treatment Efficacy by Mediating Client Engagement

Shafiqeh Imanzadeh
Marziyeh Alivandi Vafa
Touraj Hashemi
Masomeh Azemodeh

شفیقه ایمان زاده*
مرضیه علیوندی وفا**
تورج هاشمی***
معصومه آزموده****

Abstract

The purpose of this study is to determine the role of the therapeutic alliance in treatment effectiveness through mediation of client engagement. Individuals who had approached counseling centers of welfare organization, oil company, and Tabriz municipality in 2019 were selected as the statistical population. The statistical sample of the present study consists of 324 participants (225 women and 99 men) who were selected through purposive sampling based on entry and exit criteria, after obtaining their consent. The Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR), Client Engagement (CES), Client Satisfaction (CSQ), and Client Outcome (COM) questionnaires were used to collect data, and the data were analyzed using structural equation modeling and Amos24 software. Results showed that therapeutic alliances with client engagement mediation were able to explain changes in treatment effectiveness. In addition, the results of the mediation test showed that client engagement partially mediated the relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome, but fully mediated the relationship between the therapeutic alliance and client satisfaction. The results of the fit indices indicated that the measured model was in good agreement with the theoretical research model. In conclusion, this study showed that client engagement was a mediating variable in explaining treatment efficacy, so therapists should pay special attention to the role of client engagement in treatment efficacy in addition to selecting appropriate treatment approaches.

Keywords: Therapeutic Alliance, Client Engagement, Treatment Efficacy.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش اتحاد درمانی در اثربخشی درمان با میانجی‌گری همراهی مراجع است. جامعه آماری مطالعه را افرادی تشکیل می‌دهند که در سال ۱۳۹۸ برای دریافت خدمات مشاوره روان‌شناختی به مراکز مشاوره بهزیستی، شرکت نفت و شهرداری تبریز مراجعه کرده بودند. نمونه تحقیق حاضر، ۳۲۴ نفر (۲۲۵ نفر زن و ۹۹ نفر مرد) هستند که با نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیار ورود و خروج پس از جلب رضایتشان انتخاب شدند. پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از حیث روش از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های

فرم کوتاه اتحاد درمانی (WAI-SR)، همراهی مراجع (CES)، رضایتمندی مراجع (CSQ) و پیامد درمان برای مراجع (COM) استفاده شده است. همچنین برای تحلیل داده‌ها از روش مدلسازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار Amos24 استفاده شد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که اتحاد درمانی با میانجی‌گری همراهی مراجع می‌تواند تغییرات اثربخشی درمان (رضایتمندی مراجع و پیامد درمان برای مراجع) را تبیین کند. همچنین نتایج آزمون میانجی‌گری نشان می‌دهد همراهی مراجع رابطه میان اتحاد درمانی و پیامد درمان را به صورت جزئی، اما رابطه بین اتحاد درمانی و رضایت مراجع را به طور کامل میانجی‌گری می‌کند. نتایج شاخص‌های نیکویی برازش نشان می‌دهد مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری تحقیق برازش مناسبی دارد. این مطالعه نشان می‌دهد همراهی مراجع یک متغیر میانجی در تبیین اثربخشی درمان است و درمانگران باید علاوه بر انتخاب رویکردهای درمانی مناسب، به نقش همراهی مراجع در اثربخشی درمان توجه ویژه‌ای داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: اتحاد درمانی، همراهی مراجع، اثربخشی درمان.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
** نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
*** استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
**** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

Email: m.alivand@iaut.ac.ir

Received: 19 Nov 2020

Accepted: 20 Jan 2021

پذیرش: ۹۹/۱۱/۰۱

نوع مقاله: علمی پژوهشی

دریافت: ۹۹/۰۸/۲۹

مقدمه

عوامل متعدد و پیچیده‌ای در اثربخشی درمان‌های بالینی نقش دارند؛ اگرچه با گسترش انواع مداخلات روان‌درمانی، میزان قدرت آن‌ها در ارائه کمک بالینی به مراجعان در حال‌های از ابهام قرار گرفته است. در واقع روان‌درمانی‌ها با وجود تفاوت‌های نظری، نوعی ویژگی مهم و محسوس دارند. این ویژگی مهم از عوامل مشترک یا متغیرهای غیراختصاصی تشکیل می‌شود که در تمام روان‌درمانی‌ها وجود دارند. به باور بسیاری از پژوهشگران، برخی عوامل مانند حمایت، بینش، تغییر رفتار، رابطه درمانی خوب و برخی ویژگی‌های درمانگر و ویژگی‌های مشترک رویکردهای روان‌درمانی موفقیت‌آمیز هستند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۹۷)؛ اگرچه در مطالعات کمتری به میزان و قدرت تأثیرگذاری این متغیرها به شکل جامع پرداخته شده است. براساس بررسی‌ها، یکی از دغدغه‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌درمانی، موضوع فرسایش یا کاهش تدریجی اثربخشی درمان است که در مطالعات مختلف از ۲۰ درصد تا ۵۰ درصد گزارش شده است (هچت، ۲۰۰۴؛ ملویل، کیسی و کاوانا، ۲۰۰۷؛ ویزبیسکی و پکریک، ۱۹۹۳). در واقع این مطالعات طیف گسترده‌ای از نرخ فرسایش را نشان می‌دهند؛ به طوری که تقریباً یک‌پنجم مراجعان فرایند درمان را قطع می‌کنند (سوئیفت و گرینبرگ، ۲۰۱۲)؛ رقمی که برای متخصصان درمانگر هشداردهنده است. در ادبیات مربوط از معیارهای مختلفی برای ارزیابی اثربخشی درمان استفاده شده است. رضایتمندی مراجعان از خدمات یکی از رایج‌ترین روش‌ها در ارزشیابی مراکز مشاوره است و معیاری مناسب برای ارزیابی کیفیت و اثربخشی درمان مطرح به‌شمار می‌آید. رضایتمندی مراجع در خدمات روان‌درمانی به احساس یا نگرش آن‌ها به خدمات ارائه‌شده اطلاق می‌شود و این احساس معمولاً در زمان برآورده‌شدن نیاز و انتظارات ایجاد می‌شود؛ بنابراین خدمات روان‌درمانی زمانی اثربخش است که بتواند رضایت مراجعان را تأمین کند (غلامی، محمودی، سرابندی و برجی، ۱۳۹۶). همچنین محققان و درمانگران متعددی برای ارزیابی اثربخشی درمان از سنجه پیامد درمان استفاده کرده‌اند (ورمیرش و همکاران، ۲۰۰۴؛ بدی، ۲۰۱۸؛ کیم، پارک، لا، چانگ و زین، ۲۰۱۶). پیامد درمان پیشرفت مراجع را در درمان برحسب تغییر در احساسات، رفتارها، درک و تغییر کلی ارزیابی می‌کند (گلسو و همکاران، ۲۰۱۲).

بررسی‌های گوناگون که از زوایای متعدد به مقوله اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی و ترک درمانی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند این اثربخشی درمان ممکن است ناشی از عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های مراجع، ویژگی‌های درمانگر و عوامل مرتبط با درمان باشد که به‌طور گسترده‌ای با اثربخشی و نتایج درمان ارتباط دارند (سوئیفت و گرینبرگ، ۲۰۱۲). یافته‌های پیشین نشان می‌دهد آن دسته از عوامل مرتبط با درمان که با نتایج درمان رابطه دارد، شامل تقویت انگیزشی (اسکات، کینگ، مک‌گین و حسینی، ۲۰۱۱) و ایجاد جو گروهی (ایلینگ، تاسکا، بالفور و بیسادا، ۲۰۱۱؛ کیرچمان و همکاران، ۲۰۰۹) است. به‌ویژه ثابت شده است که اتحاد درمانی / رابطه درمانی (بچلور، ۲۰۱۳؛ هوروات، فولاکیجر و سیموندز، ۲۰۱۱؛ جوهانسون و جانسون، ۲۰۱۰؛ مارتین، گارسکه و دیویس، ۲۰۰۰؛ هیگینز، لارسون و شنال، ۲۰۱۷؛ نورکروس، ۲۰۱۱؛ هولدرزورث،

بوون، بوون و هوات، ۲۰۱۴) با نتایج درمان رابطه‌ای مثبت دارد. بررسی‌های این ادعاهای تحقیقاتی نشان می‌دهد بنیان یک روان‌درمانی مثبت در بستر نوعی رابطه معنادار میان درمانگر و درمانجو ساخته می‌شود؛ به نحوی که در هر درمانی، مقدار فراوانی از میزان بهبودی در سایه همین رابطه هدفمند نهفته است (هورات و لوبورسکی، ۱۹۹۳؛ هورات و بدی، ۲۰۰۲).

بسیاری از نویسندگان انسان‌گرا ادعا می‌کنند «تکنیک» سهم کمی در نتیجه روان‌درمانی دارد؛ درحالی‌که رابطه‌درمانی و درمانگر متغیرهایی هستند که سهم تبیین‌گر بیشتری دارند (هیز، استروساهل و ویلسون، ۲۰۱۱). این عقیده که ارتباط میان شفادهنده و بیمار، خصوصیات درمان‌کننده دارد، از دیرباز مورد توجه بوده است. در دوران معاصر نیز بعضی رویکردهای درمانی مانند روان‌کاوی و رویکرد انسان‌گرایانه ارتباط‌درمانی را یکی از ابزارهای اصلی ایجاد تغییر در مراجع می‌دانند. در برخی رویکردهای درمانی مانند رویکرد شناختی رفتاری، اتحاددرمانی^۱ چارچوبی است که تمام مراحل، مداخلات و پیامدهای درمان در آن رخ می‌دهد. در این راستا نظریه^۲ درمان مراجع‌محور^۳ (درمان‌جو‌مدار) راجرز (۱۹۵۱) بیان می‌کند، اگر درمانگر همخوان باشد و توجه مثبت نامشروط و همدلی واقعی را به درمانجو انتقال دهد، تغییر درمانی روی می‌دهد. در این صورت می‌توان پیامد درمانی خاصی پیش‌بینی کرد؛ بنابراین درمان راجرز را می‌توان برحسب شرایط، فرایند و نتایج در نظر گرفت (فیست، فیست و رابرتس، ۱۳۹۵). هم‌راستا با نظریه^۴ راجرز (۱۹۵۱) تحقیقات متعدد نشان می‌دهد با وجود تفاوت‌های بسیار در نتیجه بین افرادی که با روان‌درمانی تحت درمان قرار می‌گیرند و افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، روش‌های مختلف روان‌درمانی معمولاً نتایج نسبتاً یکسانی ایجاد می‌کنند (کاستونگوی و بوتلر، ۲۰۰۶؛ میکلوویتز، ۲۰۰۸؛ نورکراس، ۲۰۱۱) و بیشتر تفاوت‌ها ناشی از عوامل زمینه‌ای و رابطه‌ای هستند. فراتحلیل انجام‌شده توسط کوئیچپرز، ون استراتن، اندرسون و ون اوپن (۲۰۰۸) نیز نبود تفاوت در اثربخشی روش‌های مختلف روان‌درمانی را تأیید می‌کند. این یافته‌ها حاکی از آن است که روان‌درمانی‌های معتبر و ساختاریافته از نظر اثربخشی تقریباً یکسان هستند و ویژگی‌های درمانجو و درمانگر که معمولاً با تشخیص درمانجو یا با استفاده درمانگر از روان‌درمانی خاص به دست نمی‌آیند، بر نتایج درمان تأثیر می‌گذارند (کاستونگوی و بوتلر، ۲۰۰۶؛ لیوزلی، ۲۰۰۷؛ نورکراس، ۲۰۱۱).

آنچه در همه روش‌های درمانی خوب مشترک است، این است که آن‌ها به درمانجو امید می‌دهند، به آن‌ها کمک می‌کنند با دقت بیشتری درباره خود و روابطشان با دیگران فکر کنند و رابطه‌ای مثبت، همدلانه و مطمئن با درمانگر (اتحاددرمانی) فراهم می‌کنند (آه و وامپولد، ۲۰۰۱). چنگ و لو (۲۰۱۸) اتحاددرمانی را یکی از ضروریات درمانی در تمام مداخلات درمانی معرفی می‌کنند. اتحاددرمانی به‌عنوان همکاری متقابل میان درمانگر و مراجع تعریف می‌شود (اوکستام، هولمکوئیست، فیلیپس و فالکنستروم، ۲۰۲۰) که به‌طور خلاصه این اتحاد شامل پیوند عاطفی مثبت میان درمانگر و مراجع (ادراک مراجع از همدلی، توجه مثبت و

1. therapeutic alliance

2. client-centered therapy

اصالت درمانگر)، توانایی درمانگر و مراجع برای توافق و دستیابی به اهداف درمان و انجام وظایف و تکالیف توافق شده در طول جلسات روان‌درمانی است (آلن و همکاران، ۲۰۱۷؛ کول و تسچچر، ۲۰۱۶). نورکراس (۲۰۱۱) نیز اعتقاد دارد، روان‌درمانی ریشه در اتحاد درمانی میان درمانگر و مراجع دارد که شامل پیوندی بین درمانگر و مراجع و همچنین توافق درباره اهداف و وظایف درمان است. باور بر این است که اتحاد به ارائه فنون یا درمان مشخص بستگی دارد (چارچوبی برای درک یا حل مشکل)؛ به طوری که اگر درمانجو در کارها و تکالیف درمانی مشارکت داده نشود، یا در انجام آن شکست بخورد، درمان مؤثر نخواهد بود و لازم است تغییری صورت بگیرد. در این صورت، مهارت‌های درمانگر در برقراری اتحاد نقش دارد: توانایی بین‌فردی درمانگر برای کشف نظرات درمانجو، گفت‌وگو درباره گزینه‌های موجود، تشریح مساعی برای طرح‌ریزی و گفت‌وگو درباره هر تغییری که درمانجو سودمند دانسته است (بوردین، ۱۹۷۹).

با وجود اهمیتی که عوامل فوق در پیش‌بینی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی دارند، متخصصان چندی است به نقش فاکتورهای بین‌متغیری و میانجی در فرایند درمان پی برده‌اند و اعتقاد دارند قرارداد درمان روان‌شناختی در قالبی سخت و نامنعطف، تفکری ساده‌لوحانه است؛ زیرا فرایند درمان در دنیای مداخلاتی امروز در یک جریان پویای بین‌الذهانی^۱ قرار دارد (کان، ۱۹۹۷). در این میان، تغییری که بیش از بقیه مدنظر دانشمندان این حوزه قرار گرفته، همراهی مراجع^۲ است. در واقع بسیاری از بالینی‌گران مراکز مشاوره و روان‌درمانی با این فرض روی متغیر همراهی مراجع سرمایه‌گذاری می‌کنند که این متغیر می‌تواند در اثربخشی درمان سهیم باشد؛ اعتقادی که نیازمند تحقیقات متعددی است. یوسکوویتز (۲۰۱۸) بر این اعتقاد است که همراهی مراجع در روان‌درمانی مفهومی چندبعدی است که براساس یک متغیر یا معیار واحد درک می‌شود. در این راستا، مطالعات هولدرورث و همکاران (۲۰۱۴) و گرافینگنا (۲۰۱۷) به صورت مفهومی به بررسی نقش میانجی همراهی مراجع در زمینه مشاوره روان‌درمانی و پزشکی پرداخته‌اند، اما مطالعه تجربی که نشان‌دهنده نقش میانجی همراهی مراجع باشد، گزارش نشده است. اگرچه در مطالعات پیشین به رابطه همراهی مراجع و نتایج درمان اشاره شده است، اما درباره تعریف همراهی مراجع و نظریه همراهی مراجع اندکی وجود دارد (آمرمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ گراف و همکاران، ۲۰۰۹). بخش عمده تحقیقات مربوط به همراهی مراجع، به مداخلات والدین، خانواده‌درمانی و درمان سوءمصرف مواد مربوط می‌شود (بی‌دار، رید و وبستر استراتون، ۲۰۰۳؛ تامپسون، بندر، لانتیری و فلین، ۲۰۰۷). در اصل اهمیت این متغیر بیشتر در جاهایی مدنظر بوده است که احتمالاً انگیزه یا مقاومت مراجع مسئله مهمی به‌شمار می‌رود (بیرد، پترسون و تورچیک، ۲۰۱۰؛ کی تیل، ۲۰۱۲؛ کیرش و تیت، ۲۰۰۶؛ مکریل، ۲۰۱۱).

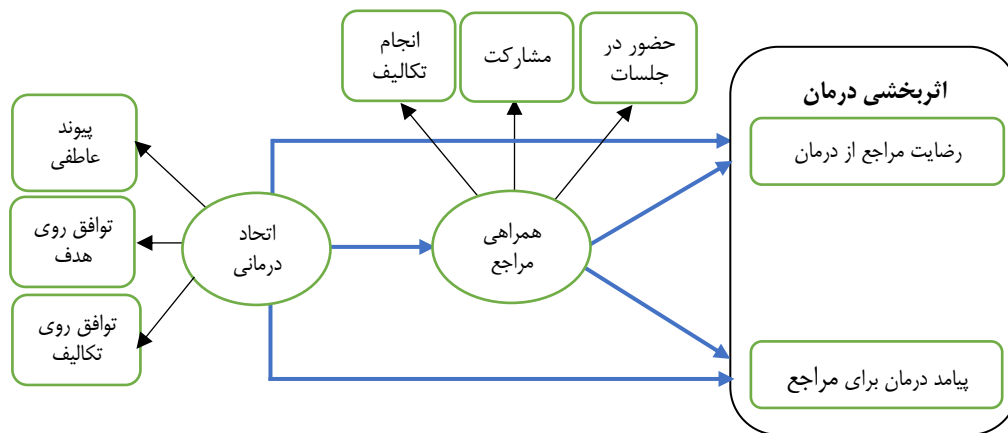
همان‌طور که از نام این متغیر مشهود است، همراهی مراجع زمانی اهمیت می‌یابد که مراجعه‌کننده‌ای به هر دلیلی نیازمند کمک‌گرفتن از صاحب دانش تخصصی آن حوزه مربوط است. هولدرورث و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی ۷۹ مطالعه که در آن همراهی به صورت عملیاتی تعریف یا ارزیابی شده است، به این نتیجه

1. inter subjectivity
2. client engagement

رسیدند که تعاریف و ارزیابی‌های نامرتبلی از همراهی در ادبیات موضوع وجود دارد و از معیارهای مختلفی برای همراهی استفاده شده (مانند حضور در جلسات درمان) که گاهی نیز مطمئن نیستند. براساس این مطالعه می‌توان بیان کرد که در ادبیات موجود از همراهی چهار نوع مفهوم‌سازی نام برده شده است: همراهی به‌عنوان حضور^۱، همراهی به‌منزله مشارکت یا درگیری^۲، همراهی به‌عنوان انجام تکالیف درمان در خانه^۳ و همراهی به‌منزله رابطه‌درمانی^۴. آن‌ها معتقدند هیچ‌کدام به‌تنهایی نشان‌دهنده مفهوم همراهی نیست. حضور در جلسات درمان نشان‌دهنده تلاش حداقلی مراجع برای درمان است و به‌تنهایی نمی‌تواند معیار مناسبی برای همراهی باشد. مشارکت یا درگیری یک متغیر جامع‌تر و چندبعدی است که منعکس‌کننده تلاش‌های مراجع در طول جلسات درمان و در نتیجه همراهی در فرایند درمان است. انجام تکالیف درمان در خانه در مطالعات محدودی به‌عنوان معیاری برای همراهی به‌کار گرفته شده است، اما تلاش مراجع برای دستیابی به تغییر فراتر از محیط جلسه درمان را نشان می‌دهد. در نهایت رابطه‌درمانی در تعدادی از مطالعات به‌عنوان معیاری برای همراهی در نظر گرفته شده است، اما بیشتر از یک دیدگاه (مراجع یا مشاور). رابطه‌درمانی بیشتر به‌عنوان یک متغیر پیش‌بینی‌کننده همراهی (تلاش‌هایی که مراجع برای دستیابی به تغییر انجام می‌دهند) محسوب می‌شود، نه اینکه این تلاش‌ها را شکل دهد (هولدزورث و همکاران، ۲۰۱۴).

از دیدگاه هولدزورث و همکاران (۲۰۱۴) اگر همراهی مراجع بر نتایج درمان تأثیرگذار بوده و نتایج درمان نشان‌دهنده میزان تغییر در عملکرد مراجع باشد، همراهی مراجع باید دربرگیرنده هر تلاشی برای رسیدن به تغییر دلخواه باشد؛ بنابراین می‌توان بیان کرد همراهی در فرایند درمان‌های روان‌شناختی مفهومی چندبعدی است که براساس یک متغیر یا معیار واحد درک نمی‌شود (یوسکوویتز، ۲۰۱۸). هولدزورث و همکاران (۲۰۱۴) همراهی مراجع را با سه بعد حضور مراجع در جلسات درمان، مشارکت یا درگیری مراجع با درمان و انجام تکالیف درمان در خانه توسط مراجع تعریف می‌کنند. با توجه به آنچه مطرح شد و با عنایت به پتانسیل متغیر همراهی مراجع برای میانجی‌گری در رابطه اتحاددرمانی با اثربخشی درمان، این تحقیق به این سؤال اساسی پاسخ داده است که آیا میان اتحاددرمانی و اثربخشی درمان (رضایت مراجع از درمان و پیامد درمان برای مراجع) با میانجی‌گری همراهی مراجع رابطه‌ای وجود دارد و سهم این متغیرها در پیش‌بینی اثربخشی درمان چقدر است؛ بنابراین در راستای تحقق هدف مورد نظر، در این تحقیق برازش الگوی پیشنهادی زیر در میان مراجعان به مراکز مشاوره در شهر تبریز آزموده شده است.

-
1. attendance
 2. participation or involvement
 3. homework compliance
 4. therapeutic relationship



شکل ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از حیث روش از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است که به کمک مدلسازی معادلات ساختاری انجام شده است. با این روش می‌توان تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها را در الگوی فرض شده بررسی کرد. جامعه آماری تحقیق شامل افرادی است که در سال ۱۳۹۸ برای دریافت خدمات مشاوره روان‌شناختی به مراکز مشاوره بهزیستی، شرکت نفت و شهرداری تبریز مراجعه کرده‌اند و حداقل در سه جلسه مشاوره حضور داشتند (۱۴۰۸). ۳۲۴ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیار ورود و خروج و پس از جلب رضایت آن‌ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن سن ۱۸-۶۰ سال و حضور در سه جلسه مشاوره و معیار خروج نیز تمایل نداشتن افراد به مشارکت در تحقیق بود. در انتخاب افراد نمونه برخی ملاحظات اخلاقی از قبیل توضیح کامل موضوع پژوهش، جلب رضایت افراد برای شرکت در پژوهش، اطمینان‌دادن به افراد درباره محافظت از اطلاعات خصوصی آن‌ها و تفسیر نتایج به آن‌ها در صورت تمایل مدنظر قرار گرفت. تعداد نمونه مورد نیاز در مدلسازی معادلات ساختاری با توجه به پیشنهاد کلاین (۱۹۹۸) به ازای هر پارامتر محاسبه شده حداقل ۱۰ نمونه است. نظر به وجود ۲۲ پارامتر الگوی پیشنهادی، در این پژوهش حدود ۱۵ نمونه به ازای هر پارامتر انتخاب شدند.

ابزار سنجش

مقیاس فرم کوتاه اتحاد درمانی^۱ (WAI-SR)

این ابزار را هورات و گرین برگ (۱۹۸۹) طراحی کردند که شامل سه خرده‌مقیاس است: الف) پیوند بین درمانگر و درمانجو (ادراک درمانجو از همدلی، توجه مثبت و اصالت درمانگر)، ب) توافق دربار [اهداف درمان و ج) توافق دربار] تکالیف درمان یا نحوه دستیابی به اهداف که ۱۲ گویه دارد و با استفاده از مقیاس هفت‌گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره‌گذاری شده است (تریسی و کوکوئویچ، ۱۹۸۹؛ هوروات و گرین برگ، ۱۹۸۹). در این مقیاس، امتیازات از ۱۲ تا ۸۴ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اتحاد درمانی بالاتر است. هچر و گیلای (۲۰۰۶) هم‌سانی درونی را با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه‌های بیماران سرپایی و بستری‌شده به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران رحیمیان بوگار، صفارزاده و طالع‌پسند (۲۰۲۰) ضریب هم‌سانی درونی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر با حذف دو گویه که بار عاملی آن‌ها کمتر از ۰/۴ بود، مقدار شاخص‌های برازندگی این ابزار مناسب تشخیص داده شد (RMSEA = ۰/۰۶۱، AGFI = ۰/۹۲۸، CFI = ۰/۹۷، GFI = ۰/۹۵۸، NFI = ۰/۹۷۴، TLI = ۰/۹۵۸) و پرسشنامه اتحاد درمانی با ده گویه تأیید شد. پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷۴ گزارش شده است. همچنین پایایی این ابزار به کمک پایایی ترکیبی و متوسط واریانس تبیین‌شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۵۴۱ محاسبه شد که حاکی از تأیید پایایی این ابزار است

مقیاس همراهی مراجع^۲ (CES)

در مطالعه حاضر، با اقتباس از مطالعات هولدرورت و همکاران (۲۰۱۴) و یوسکوویتز (۲۰۱۸) همراهی مراجع به صورت یک متغیر چندبعدی متشکل از سه عامل تعریف شده است: ۱. حضور، ۲. مشارکت مورد انتظار، ۳. انجام تکالیف. ساختار ۳ عاملی متغیر همراهی از طریق تحلیل عاملی تأیید شد. این عوامل با ابعاد مورد انتظار همراهی که بارها در شرایط درمانی مختلف ارزیابی شده‌اند همخوان هستند (تتلی، جینکس، هوباند و هاولز، ۲۰۱۱). عامل مشارکت مورد انتظار دارای قوی‌ترین تأثیر بر نمره کلی همراهی است. در کل تعداد ۱۵ گویه برای اندازه‌گیری همراهی مراجع استفاده شد که ۵ گویه مربوط به بعد حضور، ۷ گویه مربوط به بعد مشارکت مورد انتظار و ۳ گویه مربوط به بعد انجام تکالیف است و با استفاده از مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره‌گذاری می‌شود (یوسکوویتز، ۲۰۱۸). حداقل نمره این مقیاس ۱۲ و حداکثر نمره آن ۸۴ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده همراهی خوب مراجع با درمانگر و فرایند درمان است. در مطالعه حاضر با حذف یک گویه از بعد حضور و دو گویه از بعد مشارکت مورد انتظار که بار عاملی آن‌ها کمتر

1. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR)
2. Client Engagement Scale (CES)
3. attendance
4. expected contribution
5. homework

از ۰/۴ بود مقدار شاخص‌های برازندگی این ابزار مناسب تشخیص داده شد (RMSEA = ۰/۰۶۱، $\text{AGFI} = ۰/۹۷۶$ ، $\text{CFI} = ۰/۹۹۴$ ، $\text{GFI} = ۰/۹۵۷$ ، $\text{NFI} = ۰/۹۶۹$ ، $\text{TLI} = ۰/۹۶۹$) و پرسشنامه همراهی مراجع با دوازده گویه تأیید شد. در این پژوهش پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و متوسط واریانس تبیین شده به ترتیب ۰/۹۳۲، ۰/۹۵۳ و ۰/۶۳۲ محاسبه شد که حاکی از تأیید پایایی این ابزار دارد.

اثربخشی درمان^۱ (TE)

اثربخشی درمان با دو متغیر رضایتمندی مراجع و پیامد درمان برای مراجع سنجیده شد:

مقیاس رضایتمندی مراجع^۲ (CSQ)

این پرسشنامه را لارسن، آتکینسون، هارگریوز و نگوین (۱۹۷۹) برای سنجش میزان رضایت مراجع از خدماتی که طی درمان دریافت کرده، طراحی شده است و هشت سؤال دارد که هر سؤال چهار گزینه دارد. برای هر سؤال براساس درجه مثبت یا منفی بودن آن، نمره‌ای بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده است. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ و نمرات بالاتر نشانه رضایت بیشتر است. در چند پژوهش پایایی پرسشنامه رضایت مراجع با نمرات آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده که حاکی از همسانی درونی عالی است (مگ مورتی و هادسون، ۲۰۰۰). همچنین این پرسشنامه از روایی هم‌زمان^۳ خوبی برخوردار است. نمرات این پرسشنامه با رتبه‌بندی درمانگران از پیشرفت مراجعان یا احتمال پیشرفت آنها همبستگی دارد (لارسن و همکاران، ۱۹۷۹). پایایی این پرسشنامه را غلامی و شاره (۱۳۹۴) در جمعیت ایرانی خوب گزارش کرده‌اند (آلفای کرونباخ = ۰/۸۷). در مطالعه حاضر، مقدار شاخص‌های برازندگی این ابزار مناسب تشخیص داده شد (RMSEA = ۰/۰۳۸، $\text{AGFI} = ۰/۹۶$ ، $\text{CFI} = ۰/۹۹۷$ ، $\text{GFI} = ۰/۹۸$ ، $\text{NFI} = ۰/۹۸۹$ ، $\text{TLI} = ۰/۹۹۵$) و این ابزار با هشت گویه تأیید شد. همچنین پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ (۰/۹۵۲)، پایایی ترکیبی^۴ (۰/۹۴۸) و متوسط واریانس تبیین شده (۰/۶۹۸) محاسبه شد که حاکی از تأیید پایایی این ابزار است.

مقیاس پیامد درمان برای مراجع^۵ (COM)

این پرسشنامه را گلسو و جانسون (۱۹۸۳) طراحی کردند که یک ابزار چهار ماده‌ای است که با مقیاس هفت‌گزینه‌ای ۱ = خیلی بدتر تا ۷ = بسیار بهبودیافته نمره‌گذاری شده است. این ابزار، پیشرفت مراجع را در درمان برحسب تغییر در احساسات، رفتارها، درک و تغییر کلی ارزیابی می‌کند (گلسو و همکاران، ۲۰۱۲). پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است (گلسو و همکاران، ۲۰۱۲). نمرات این

1. Treatment Effectiveness (TE)
2. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)
3. concurrent validity
4. composite reliability
5. Client Outcome Measure (COM)

پرسشنامه با رتبه‌بندی درمانگران از پیشرفت مراجعان^۱ ($r = 0/38$)، رتبه‌بندی مراجع و درمانگر از رابطه صمیمی^۲ (به ترتیب $r = 0/49$ و $r = 0/29$) و دل‌بستگی ایمن مراجع به درمانگر^۳ ($r = 0/59$)، همبستگی دارد (فورتس و همکاران، ۲۰۰۷؛ گلسو و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه حاضر مقدار شاخص‌های برازندگی این ابزار مناسب تشخیص داده شد ($RMSEA = 0/001$ ، $AGFI = 0/993$ ، $CIF = 1$ ، $GIF = 0/998$ ، $NFI = 0/821$)، و این ابزار با چهار گویه تأیید شد. همچنین پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ($0/821$)، پایایی ترکیبی ($0/831$) و متوسط واریانس تبیین‌شده ($0/562$) محاسبه شد که حاکی از تأیید پایایی این ابزار است.

تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه گردآوری و با استفاده از حداکثر درست‌نمایی مدل‌سازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شد. نرم‌افزارهای مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها SPSS20 و AMOS24 بود. برای ارزیابی پایایی متغیرهای پژوهش، از سه روش آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی^۴ (CR) و متوسط واریانس تبیین‌شده^۵ (AVE) استفاده شد. روایی تحقیق به دو روش روایی محتوا^۶ و روایی سازه^۷ (روایی همگرا^۸ و روایی واگرا^۹) ارزیابی شد. روایی محتوا با نظرسنجی خبرگان به دست آمد. همچنین روایی همگرا از طریق بارهای عاملی گویه‌های مربوط به هریک از سازه‌ها ارزیابی شد و در نهایت، روایی واگرا از طریق دو روش بیان‌شده توسط کلاین (۲۰۰۵) و فورنل و لاکر (۱۹۸۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. کلاین بیان می‌کند ضریب همبستگی برآورده‌شده بین عامل‌ها نباید بیش از $0/85$ باشد تا روایی واگرا تأیید شود. همچنین فورنل و لاکر (۱۹۸۱) بیان می‌کنند، روایی واگرا وقتی در سطح قابل‌قبولی است که جذر مقادیر متوسط واریانس تبیین‌شده (AVE) برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل باشد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی بین متغیرها بیشتر از $0/85$ نیست؛ بنابراین روایی واگرا از دیدگاه کلاین تأیید می‌شود. همچنین براساس نتایج همبستگی‌ها و جذر متوسط واریانس تبیین‌شده (AVE) که روی قطر جدول ۱ قرار دارد، می‌توان روایی واگرای مدل در سطح متغیر را از نظر معیار فورنل و لاکر نتیجه گرفت؛ چراکه ضریب همبستگی همه متغیرها کمتر از جذر شاخص متوسط واریانس تبیین‌شده (AVE) است.

-
1. therapist-rated outcome
 2. client and therapist ratings of the real relationship
 3. client secure attachment to therapist
 4. composite reliability
 5. average variance extracted
 6. content validity
 7. construct validity
 8. convergent validity
 9. divergent validity

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی

براساس نتایج به‌دست‌آمده، حدود ۶۹ درصد مراجع زن و ۳۱ درصد مرد بودند. بیشترین تعداد مراجع با ۳۴ درصد به گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال اختصاص داشت و گروه سنی کمتر از ۲۵ سال با ۱۲ درصد کمترین مراجع را داشت. همچنین حدود ۴۱ درصد مراجعان دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم بودند و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۱۳ درصد مراجعان مجرد و ۸۷ درصد آن‌ها نیز متأهل بودند.

ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۱ آماره‌های توصیفی و ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ماتریس ضرایب همبستگی و مجذور مقادیر متوسط واریانس

		تیبین شده AVE					
متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	
۱. اتحاد درمانی	۳۷/۴۸	۱۱/۴۷	۰/۷۳۵				
۲. همراهی مراجع	۵۶/۰۵	۱۲/۳۷	۰/۶۶۱**	۰/۷۹۵			
۳. رضایتمندی مراجع	۱۹/۵۳	۶/۴۴	۰/۵۷۶**	۰/۷۹۲**	۰/۸۳۵		
۴. پیامد درمان	۱۸/۶۸	۴/۸۲	۰/۵۳۳**	۰/۵۰۴**	۰/۴۶۴**	۰/۷۵۰	

** $p < 0/01$

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی متغیرها در سطح $P < 0/01$ معنادار است. بیشترین همبستگی بین متغیر همراهی مراجع و رضایتمندی مراجع (۰/۷۹۲) و کمترین ضریب همبستگی بین متغیر اتحاد درمانی و پیامد درمان (۰/۴۶۴) است. یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری، بهنجاربودن داده‌های متغیرهاست. در این مطالعه، برای بررسی بهنجاربودن داده‌ها از ضرایب چولگی و کشیدگی استفاده شد. کلاین (۲۰۰۵) توصیه می‌کند، مقدار مطلق چولگی و کشیدگی به ترتیب نباید بیشتر از ۳ و ۱۰ باشد. نتایج آزمون بهنجاربودن داده‌ها در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، مقدار ضرایب چولگی و کشیدگی در محدوده مورد پذیرش قرار دارد که نشان‌دهنده بهنجاربودن داده‌های تک‌متغیره است. همچنین نیاز است نرمال بودن (بهنجاربودن) چندمتغیره بررسی شود. با توجه به اینکه فرض نرمال بودن چندمتغیره^۱ تأیید نمی‌شود ($Mardias C = 76/874$ ، $c.r. = 25/784$) برای برآورد پارامترها با روش حداکثر درست‌نمایی^۲ از خودگردان‌سازی^۳ استفاده شد که نیازی به نرمال بودن داده‌ها نیست (قاسمی، ۱۳۸۹).

1. multivariate normality
2. maximum likelihood
3. bootstrapping

البته قبل از اجرای خودگردان‌سازی، با استفاده از شاخص فاصله‌ی ماهالانوبیس^۱ وجود داده‌های پرت بررسی شد و یک داده‌ی پرت مشاهده و حذف شد.

ج) آزمون‌های نرمال

جدول ۲. نتایج آزمون بهنجاری بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی		کشیدگی	
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد
۱. اتحاددرمانی	۰/۱۴۶	۰/۱۳۶	-۰/۶۰۸	۰/۲۱۷
۲. همراهی مراجع	-۰/۵۲۱	۰/۱۳۶	-۰/۴۵۱	۰/۲۷۱
۳. رضایتمندی مراجع	-۰/۲۲۳	۰/۱۳۶	-۱/۰۳۳	۰/۲۷۱
۴. پیامد درمان	-۰/۶۳۸	۰/۱۳۶	۰/۳۰۶	۰/۲۷۱

روش حداکثر درست‌نمایی در مدل‌سازی معادلات ساختاری به شیوه‌ی خودگردان‌سازی اجرا شد. نتایج مدل ساختاری در جدول ۳ ارائه شده است.

د) آزمون مدل ساختاری

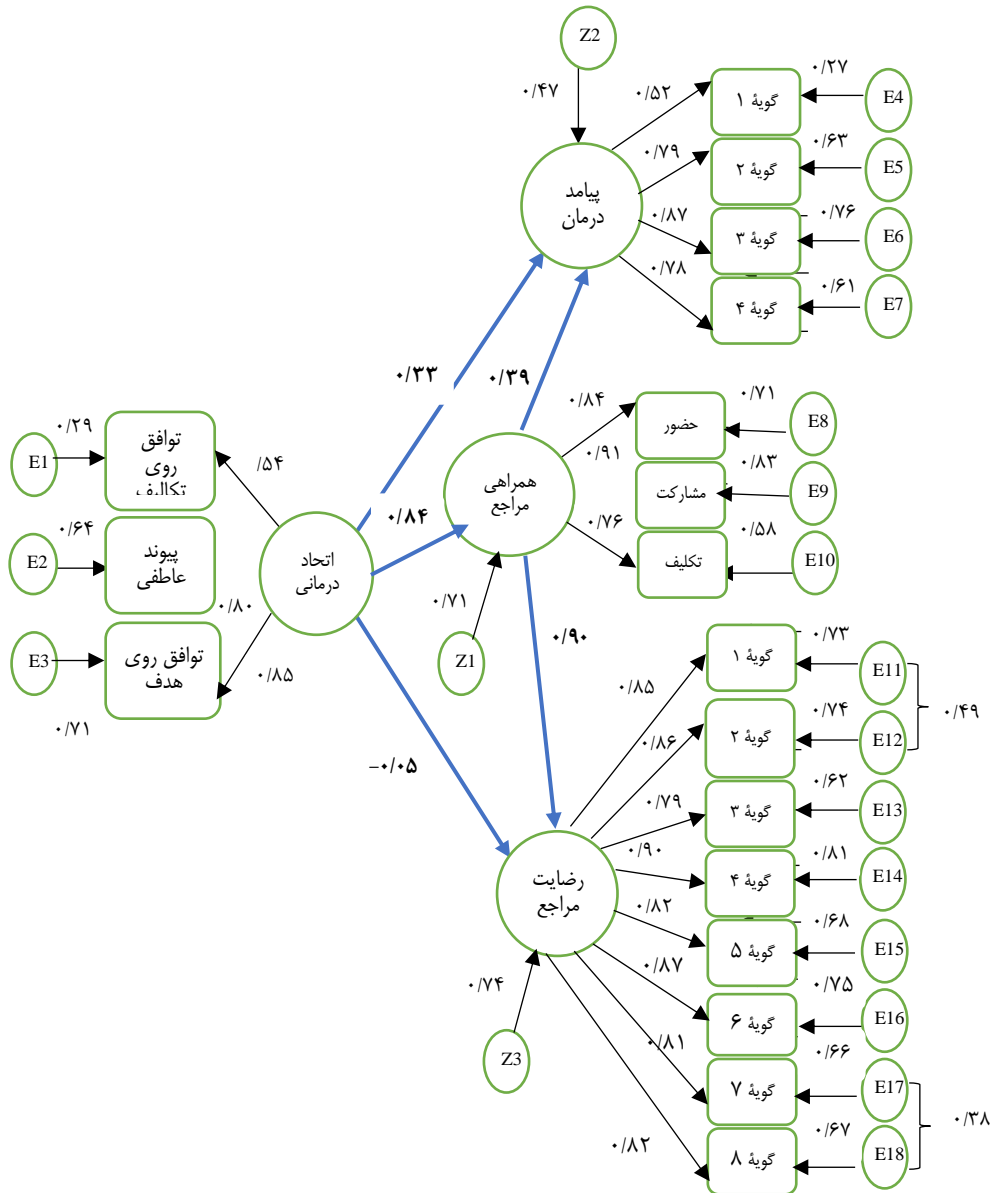
جدول ۳. نتایج ضرایب استاندارد و آزمون مربوط به مسیرهای مستقیم فرض شده

نتیجه	مسیرهای فرض شده	میانگین	خطای معیار	ضریب استاندارد	خودگردان‌سازی		سطح معناداری
					حد پایین	حد بالا	
تأیید رابطه	اتحاددرمانی ← همراهی مراجع	۰/۸۴۱	۰/۱۳۷	۰/۸۴۲	۰/۷۸۱	۰/۸۹۸	۰/۰۱۲
عدم تأیید	اتحاددرمانی ← رضایتمندی مراجع	-۰/۰۶۷	۰/۰۴۲	-۰/۰۵۴	-۰/۲۶۲	۰/۱۵۴	۰/۶۸۱
تأیید رابطه	اتحاددرمانی ← پیامد درمان	۰/۳۳۹	۰/۰۳۴	۰/۳۲۷	۰/۰۷۸	۰/۵۵۰	۰/۰۵۰
تأیید رابطه	همراهی مراجع ← رضایتمندی مراجع	۰/۹۱۲	۰/۰۳۳	۰/۹۰۳	۰/۷۱۱	۱/۰۸۷	۰/۰۱۲
تأیید رابطه	همراهی مراجع ← پیامد درمان	۰/۳۷۴	۰/۰۲۳	۰/۳۸۸	۰/۱۹۱	۰/۶۴۱	۰/۰۱۷

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، همه‌ی ضرایب مسیرهای فرض شده جز مسیر اتحاددرمانی با رضایت مراجع در الگوی پیشنهادی پژوهش معنادار هستند؛ بنابراین می‌توان بیان کرد، اتحاددرمانی به‌طور مستقیم با همراهی مراجع و رضایتمندی مراجع رابطه‌ای مثبت دارد و همراهی مراجع به‌طور مستقیم با رضایتمندی مراجع و پیامد درمان رابطه‌ای مثبت دارد. همچنین می‌توان بیان کرد، با حضور نقش میانجی همراهی مراجع در مدل، رابطه‌ی مستقیم اتحاددرمانی با پیامد درمان مثبت و معنادار است، اما رابطه‌ی اتحاددرمانی با رضایت

1. mahalanobis distance

شاخص‌های برازش مدل (جدول ۵) نشان می‌دهد شاخص‌های برازش در محدوده مورد پذیرش هستند و مدل پژوهش از برازش لازم برخوردار است. روابط ساختاری متغیرهای پژوهش در شکل ۲ آمده است.



شکل ۲. مدل برازش روابط ساختاری متغیرهای پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، به این سؤال اساسی پاسخ دادیم که آیا بین اتحاددرمانی و اثربخشی درمان با میانجی‌گری همراهی مراجع رابطه‌ای وجود دارد و سهم این متغیرها در پیش‌بینی اثربخشی درمان چقدر است. یافته‌های حاصل از مدلسازی معادلات ساختاری نشان می‌دهد که اولاً بدون حضور متغیر همراهی مراجع در مدل، بین اتحاددرمانی با رضایت مراجع از درمان و پیامد درمان رابطه مثبت وجود دارد که این نتایج با نتایج تحقیقاتی مانند نوردهایم و همکاران (۲۰۱۸)، آردیتو و رابلینو (۲۰۱۱)، بچلور (۲۰۱۳)، هوروات، فولاکیجر و سیموندز (۲۰۱۱)، هولدزورث و همکاران (۲۰۱۴)، مکوال (۲۰۰۱)، مارتین، گارسکه و دیویس (۲۰۰۰) و ورمقانی، پورشریفی، زرانی و اثباتی (۱۳۹۶) همخوانی دارد. مکوال (۲۰۰۱) اعتقاد دارد که هرچه رابطه مشاور و مراجع مناسب باشد، رضایت مراجع از درمان بیشتر خواهد بود. این نتایج بار دیگر بر اهمیت رویکرد انسان‌گرایی^۱ در روان‌درمان تأکید می‌کند. رویکرد انسان‌گرایانه اتحاددرمانی را یکی از ابزارهای اصلی ایجاد تغییر در مراجع می‌داند. اتحاددرمانی می‌تواند با ایجاد توافق همدلانه^۲ بین مراجع و مشاور کارکرد مهمی در درمان داشته باشد. به اعتقاد هوروات و بدی (۲۰۰۲) حداقل ۱۰ درصد نتایج روان‌درمانی به اتحاددرمانی مربوط است. براساس رویکردی که یالوم (۱۹۷۵) ارائه کرده است، روان‌درمانی عبارت است از حذف موانع موجود بر سر راه ایجاد ارتباط رضایت‌بخش. یالوم (۱۹۷۵) همواره بر این موضوع تأکید می‌کند که نگاه مراجع به جلسه درمان متفاوت‌تر از نگاه مشاور است و باید مشاور در جلسات درمان بر حفظ یک رابطه مناسب توجه جدی داشته باشد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که همراهی مراجع در ارتباط بین اتحاددرمانی و رضایت مراجع و پیامد درمان، نقش میانجی ایفا می‌کند؛ به عبارت دیگر، با توجه به اینکه اتحاددرمانی از هر دو مسیر مستقیم و غیرمستقیم بر پیامد درمان تأثیر می‌گذارد، می‌توان بیان کرد که همراهی مراجع رابطه بین اتحاددرمانی و پیامد درمان را به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کند، اما با توجه به اینکه اتحاددرمانی تنها از طریق مستقیم بر رضایت مراجع تأثیر دارد، بنابراین می‌توان بیان کرد تمام تأثیر اتحاددرمانی بر رضایت مراجع توسط متغیر میانجی (همراهی مراجع) تبیین می‌شود. این یافته نشان می‌دهد زمانی اتحاددرمانی می‌تواند رضایت مراجع را افزایش دهد که بتواند همراهی مراجع را تقویت کند. به عبارت دیگر، اتحاددرمانی سبب افزایش همراهی مراجع با درمانگر و فرایند درمان و در نتیجه افزایش رضایت مراجع از درمان می‌شود؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که همراهی مراجع یک متغیر اساسی در اثربخش کردن درمان در مداخلات روان‌درمانی محسوب می‌شود. اگرچه تحقیقات قبلی، ارتباط بین همراهی مراجع را با اثربخشی درمان تأیید کردند (کیم، زین و بلوز، ۲۰۱۲؛ کلاگ، کرید و اوکالان، ۲۰۱۰؛ مک‌کارتی و داگان، ۲۰۱۰)، اما درباره نقش میانجی همراهی مراجع در ارتباط بین اتحاددرمانی و اثربخشی درمان مطالعات محدودی وجود دارد (هولدزورث و همکاران،

-
1. humanistic approach
 2. empathetic agreement

۲۰۱۴؛ گرافیگنا، ۲۰۱۷). این مطالعه به همراه معدود مطالعات انجام‌شده، نشان می‌دهد همراهی مراجع یک متغیر میانجی در تبیین اثربخشی درمان است و درمانگران باید علاوه بر انتخاب تکنیک‌ها و روش‌های درمانی صحیح، به نقش همراهی مراجع در اثربخشی درمان توجه ویژه‌ای داشته باشند. با توجه به نتایج به دست‌آمده می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از نوع مداخله یا روش‌های درمان، اتحاددرمانی باید عامل اصلی در همراه‌کردن مراجع با درمان در نظر گرفته شود. در این راستا، مهارت‌های بین‌فردی و سبک درمانی مشاوران برای ایجاد روابط با مراجعان و به حداکثر رساندن همراهی آن‌ها از اهمیت بیشتری در مقایسه با روش‌های خاص درمانی برخوردار است. این امر به این موضوع اشاره می‌کند که مشاوران و درمانگران نباید بیش‌ازحد بر روش‌های درمان تأکید کنند، بلکه باید در ارائه درمان متناسب با شرایط مراجع از انعطاف‌پذیری لازم برخوردار باشند. مشاوران باید از باورها و اعتقادات مراجع درباره تغییر پشتیبانی کنند یا در صورت لزوم آن را به چالش بکشند و در طول درمان بر تلاش‌های مراجع در بین جلسات متمرکز شوند. به نظر می‌رسد اگر مراجع احساس کند که باورهای مشاور با وی همسوست، احتمالاً در درمان فعالانه مشارکت می‌کند و بین جلسات تلاش بیشتری خواهد کرد. به مشاوران توصیه می‌شود به‌عنوان بخشی از درمان به مراجع فرصت داده شود تا در ابتدای جلسات بازخورد خودش را از درمان ارائه کند. با این کار ضمن اینکه مشاور از قوت‌های برنامه‌درمانی آگاه می‌شود، حس در مراجع ایجاد می‌شود و همراهی مراجع افزایش می‌یابد.

این تحقیق نیز مانند سایر تحقیقات با محدودیت‌هایی مواجه بود. اگرچه هنوز به دلیل جدیدبودن مفهوم همراهی مراجع در میان محققان اتفاق نظر کاملی درباره مفهوم‌سازی آن وجود ندارد، این متغیر قابلیت بالایی در تبیین نتایج درمان دارد. در این تحقیق از سه بعد رفتاری (حضور در جلسات درمان، مشارکت در فرایند درمان و انجام تکالیف درمان) برای سنجش همراهی مراجع استفاده شد؛ درحالی‌که در سایر حوزه‌های علوم مانند مدیریت و علوم سیاسی، علاوه بر بعد رفتاری از ابعاد شناختی و عاطفی نیز برای سنجش همراهی استفاده کرده‌اند؛ بنابراین محققان آتی می‌توانند در مفهوم‌سازی همراهی مراجع به این ابعاد نیز توجه کنند. عوامل متعددی از قبیل ویژگی‌های مشاور، ویژگی‌های مراجع، روش‌های درمان، عوامل موقعیتی و ارتباط بین مشاور و مراجع می‌توانند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای همراهی مراجع باشند. در این مطالعه، تنها تعامل بین مشاور و مراجع (اتحاددرمانی) بررسی و مشخص شد که تعامل بین مشاور و مراجع (اتحاددرمانی) یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده همراهی مراجع با درمان است که فرصت مناسب را برای افزایش رضایت مراجع و پیامد درمان ایجاد می‌کند؛ بنابراین پژوهشگران آتی می‌توانند ارتباط سایر عوامل ذکرشده را با همراهی مراجع و اثربخشی درمان مطالعه کنند. همچنین با توجه به اینکه این تحقیق در مراکز مشاوره روان‌درمانی بخش عمومی و دولتی انجام شد، بایستی در تعمیم نتایج به همه مراکز روان‌درمانی جانب احتیاط را رعایت کرد و به سایر محققان توصیه می‌شود این مطالعه را در مراکز مشاوره در بخش خصوص انجام دهند.

منابع

- ورمقانی، ح.، پورشریفی، ح.، زرانی، ف.، و اثباتی، م. (۱۳۹۶) رابطه مشاور-مراجع، پیروی از درمان و رضایت مراجعان از مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره. فصلنامه روان‌شناسی معاصر. ۱۲(ویژه‌نامه)، ۱۸۵۵-۱۸۵۲.
- پروچاسکا، ج. ا.، و نورکراس، ج. س. (۱۳۹۷). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
- فیست، ج.، فیست، گ. ج.، و رابرتس، ت. آ. (۱۳۹۵). نظریه‌های شخصیت (ویراست هشتم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان.
- غلامی، ز.، و شاره، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های هوشیاری فراگیر انفصالی در کاهش میل و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۷(۶)، ۳۰۸-۳۱۷.
- غلامی، ح.، محمودی، ح.، سرابندی، ح.، و برجی، ع. (۱۳۹۶). بررسی میزان رضایتمندی مراجعین از مرکز بهداشتی درمانی شهری وابسته به یگان نظامی منتخب در سال ۱۳۹۴. مجله طب نظامی. ۱۹(۳)، ۳۰۵-۲۹۹.
- قاسمی، و. (۱۳۸۹). مدلسازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics. تهران: انتشارات جامعه‌شناسی.

References

- Ahn, H.-N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257.
- Allen, M. L., Cook, B. L., Carson, N., Interian, A., La Roche, M., & Alegría, M. (2017). Patient- provider therapeutic alliance contributes to patient activation in community mental health clinics. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(4), 431-440.
- Ammerman, R., Stevens, J., Putnam, F., Altaye, M., Hulsmann, J., Lehmkuhl, H., ..., & Van Ginkel, J.. (2006). Predictors of early engagement in home visitation. *Journal of Family Violence*, 21(2), 105-115.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 270(2), 1-11.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118-135.
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for head start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453.
- Bedi, R. P. (2018). Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counseling and psychotherapy outcome are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Archives of Scientific Psychology*, 6(1), 96-104.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.

- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 47(4), 631–636.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Cheng, T. C., & Lo, C. C. (2018). A longitudinal analysis of factors associated with therapeutic alliances. *Community Mental Health Journal*. 54(6), 782-792.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76(6), 909–922.
- Fornell, C. & Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. 18(1), 39-50
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*. 17(4), 423-430.
- Gelso, C. J., & Johnson, D. H. (1983). *Explorations in time-limited counseling and psychotherapy*. New York, NY: Teachers College Press.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. R., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., ..., & Markin, R. D. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. 59(4), 495-506.
- Graff, F. S., Morgan, T. J., Epstein, E. E., McCrady, B.S., Cook, S.M., Jensen, N. K., & Kelly, S.. (2009). Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *American Journal on Addictions*. 18(4), 277–288
- Graffigna, G. (2017). Is a transdisciplinary theory of engagement in organized settings possible? A concept analysis of the literature on employee engagement, consumer engagement and patient engagement. *Frontiers in Psychology*. 8, 872.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006) Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*. 16(1), 12-25.
- Hatchett, G. T. (2004). Reducing premature termination in university counseling centers. *Journal of College Student Psychotherapy*. 19(2), 13–27.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Higgins, T., Larson, E., & Schnall, R. (2017). Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. *Patient Education and Counseling*. 100(1), 30–36.
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*. 34(5), 428–450.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the

- Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*. 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O., Re, A. C. D., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). In J. C. Norcross (Ed.), *Alliance in individual psychotherapy* (pp. 25-69). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for eating disorders. *Psychiatry*. 74(3), 255-269.
- Johansson, H., & Jansson, J. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcome. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 83(2), 193-206.
- Kietaibl, C. M. (2012). A review of attachment and its relationship to the working alliance. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 46(2), 122-140.
- Kim, J. E., Park, S. S., La, A., Chang, J., & Zane, N. (2016). Counseling services for Asian, Latino/a, and White American students: Initial severity, session attendance, and outcome. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 22(3), 299-310.
- Kim, J. E., Zane, N. W., & Blozis, S. A. (2012). Client predictors of short-term psychotherapy outcomes among Asian and white American outpatients. *Journal of Clinical Psychology*. 68(12), 1287-1302.
- Kirchmann, H., Mestel, R., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Seidler, K., Daudert, E., ..., & Strauss, B., (2009). Associations among attachment characteristics, patients' assessment of therapeutic factors, and treatment outcome following inpatient psychodynamic group psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 19(2), 234-248.
- Kirsh, B., & Tate, E. (2006). Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative Health Research*. 16(8), 1054-1074.
- Klag, S. M., Creed, P., & O'Callaghan, F. (2010). Early motivation, well-being, and treatment engagement of chronic substance users undergoing treatment in a therapeutic community setting. *Substance Use & Misuse*. 45(7), 1112-1130.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology*. 7, 862.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning: An International Journal*. 2(3), 197-207.
- Livesley, W. J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*. 16(1), 131-148.
- Mackrill, T. (2011). Differentiating life goals and therapeutic goals: Expanding our understanding of the working alliance. *British Journal of Guidance & Counselling*. 39(1), 25-39.
- Makoul, G. (2001). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The

- Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*. 76(4), 390-342.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(3), 438-450.
- McCarthy, L., & Duggan, C. (2010). Engagement in a medium secure personality disorder service: A comparative study of psychological functioning and offending outcomes. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 20(2), 112-128.
- McMurtry, S. L., Hudson, W. W. (2000). The client satisfaction inventory: Results of an initial validation study. *Research on Social Work Practice*. 5(10), 644-63.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*. 27(8), 944-958.
- Miklowitz, D.J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 165, 1408-1419.
- Norcross, J. C. (2011). In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd Ed.). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E., & Duckert, F. (2018). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work*. 17(1), 24-40.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rahimian Boogar, I., Safarzade, S., & Talepasand, S. (2020). Premature termination of psychotherapy in outpatient clinic settings: structural effects of patients' expectations, treatment tolerance, therapists' competencies and therapeutic alliance. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2(2), 33-44.
- Scott, K., King, C., McGinn, H., & Hosseini, N. (2011). Effects of motivational enhancement on immediate outcomes of batterer intervention. *Journal of Family Violence*. 26(2), 139-149.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80(4), 547-559.
- Tetley, A., Jinks, M., Huband, N., & Howells, K. (2011). A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*. 67(9), 927-941.
- Thompson, S., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*. 29(1), 39-55.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1(3), 207-210.
- Uckelstam, C. J., Holmqvist, R., Philips, B., & Falkenström, F. (2020). A relational perspective on the association between working alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*. 30(1), 13-22.

- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome questionnaire: Is it sensitive to changes in counseling center clients? *Journal of Counseling Psychology*, *51*(1), 38–49.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(2), 190–195.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* (2nd Ed.). New York: Basic Books.
- Yoskowitz, N. A. (2018). Client engagement in psychotherapy: The roles of client and beginning therapist attachment styles. *PhD dissertation in Clinical Psychology*. Columbia University, New York, United States.