

ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد

محمدباقر صابری زفرقندی^۱ (M.D)، فرحناز محمدقزل‌ایاغ^{۱*} (Ph.D)، محمد درهرج^{۱*} (Ph.D)، زهرا نادری اصل^۲ (M.Sc)، محدثه قاسمی^۳ (M.Sc)

۱- گروه مطالعات اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۳- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه ایوانکی، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱-۶۶۵۵۱۶۵۵ Darharaj.m@iums.ac.ir-farahnazghezelayagh@gmail.com تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۷

چکیده

هدف: این پژوهش به دنبال بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد بود.

مواد و روش‌ها: تعداد ۲۶۶ بیمار مبتلا به اختلال مصرف مواد (۲۰۴ مرد و ۶۲ زن) در دامنه سنی ۶۰-۱۸ سال با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به سؤالات مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد و پرسش‌نامه پذیرش و عمل - مصرف مواد پاسخ دادند.

یافته‌ها: تحلیل عاملی تأییدی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد، ساختار عاملی اصلی این مقیاس را تأیید کرد. به علاوه، اعتبار بازآزمایی خرده‌مقیاس‌های مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد رضایت‌بخش بود، به طوری که ضرایب اعتبار بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۲۲ تا ۰/۹۵۳ قرار داشتند. همچنین، بین نمرات مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد و نمرات حاصل از پرسش‌نامه پذیرش و عمل - مصرف مواد هم‌بستگی منفی معناداری وجود داشت ($r = -0/54$) که نشان‌دهنده روایی و اگرایی این مقیاس است. در نهایت، نتایج این مطالعه حاکی از همسانی درونی خوب مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد بود (ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه ۰/۷۵۳ تا ۰/۸۴۵ قرار داشتند).

نتیجه‌گیری: مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد به‌عنوان یک ابزار دارای روایی و اعتبار مناسب برای ارزیابی استیگمای مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد مورد تأیید قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: اختلالات مرتبط با مواد، فاکتورهای آنالیز آماری، تکرارپذیری نتایج پژوهش

مقدمه

تعداد افراد مصرف‌کننده مواد در کشور در سالیان گذشته افزایش یافته است [۳، ۴]. بر این اساس، انجام مطالعات بیش‌تر در زمینه مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن از اهمیت بسزایی برخوردار است.

یکی از مشکلاتی که بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد به شکلی گسترده تجربه می‌کنند انگ (Stigma) است؛ در تعریف کلی، انگ به بی‌اعتبارسازی، بی‌ارزش‌سازی، تبعیض و ایجاد احساس شرم در دیگران به‌واسطه ویژگی‌ها یا صفات مشخصی که دارند (برای مثال، ابتلا به اختلالات روانی، مصرف مواد و غیره) اطلاق می‌شود [۵]. مطالعات انجام‌گرفته در دهه‌های گذشته، به‌خوبی انگ عمومی را نسبت به گروه‌های خاصی از افراد، از جمله بیماران مبتلا به اختلال

مصرف مواد یکی از شایع‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت در سرتاسر جهان است، به طوری که آمارها نشان می‌دهند در سال ۲۰۲۰ در حدود ۲۸۴ میلیون نفر در سراسر جهان اقدام به مصرف مواد کرده‌اند که این میزان، افزایشی ۲۶ درصدی را در تعداد مصرف‌کنندگان مواد در یک دهه اخیر نشان می‌دهد [۱]. مصرف مواد در برخی از کشورها می‌تواند از این مقدار هم بالاتر باشد؛ برای مثال، کشور ما ایران که در مجاورت کشور افغانستان به‌عنوان بزرگ‌ترین تولیدکننده مواد افیونی قرار دارد، بیش‌ترین تعداد مصرف‌کننده تریاک را در جهان به خود اختصاص داده است [۲]. علاوه بر این، شواهد موجود نشان‌دهنده روند روبه‌رشد مصرف مواد در جامعه ایرانی بوده و

مصرف مواد نشان داده‌اند [۶،۷]. در کنار این انگ عمومی نسبت به افراد مصرف‌کننده مواد، مطالعات انجام‌گرفته در طول چند سال اخیر حاکی از آن است که علاوه بر انگ افراد جامعه نسبت به مصرف‌کنندگان مواد (یعنی همان انگ عمومی)، افراد مصرف‌کننده مواد نیز نسبت به خودشان انگ را نشان می‌دهند (برای مثال، انتظارات پایین‌تری نسبت به خودشان دارند و احساس شرمندگی می‌کنند) که از آن با عنوان انگ فردی (Self-stigma) یاد می‌شود؛ به شکلی دقیق‌تر، انگ فردی به فرآیندی ذهنی اشاره دارد که با احساسات منفی نسبت به خود، رفتار غیرانطباقی، تغییر هویت یا تأیید کلیشه‌ها توصیف می‌شود [۸]. پژوهش‌های تجربی انجام‌گرفته نیز نشان داده‌اند افرادی که از مشکلات مرتبط با مصرف مواد رنج می‌برند، عموماً سطوح بالایی از انگ فردی را تجربه می‌کنند [۹].

سطوح بالای انگ در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد، چه در قالب انگ عمومی و چه به صورت انگ فردی با پیامدهای منفی بسیاری برای بیماران همراه است. به طور مشخص، پژوهش‌های انجام‌گرفته نشان داده‌اند که انگ با تأثیر منفی بر جایگاه اجتماعی، شبکه‌های حمایتی و عزت نفس بیماران، مانعی جدی در مسیر بهبودی بیماران است [۱۰] که این تأثیرات نیز به نوبه خود با پیامدهای منفی نظیر تأخیر در مراجعه به درمان، نشان دادن میزان بیش‌تری از علائم مقاوم به درمان و طولانی‌تر شدن فرآیند درمان همراه هستند [۱۱]. انگ فردی پیامدهای منفی دیگری نظیر کاهش اعتماد به نفس، کاهش تعاملات اجتماعی، کاهش دستاوردهای شغلی و تحصیلی، از دست دادن فرصت‌های زندگی و همچنین کاهش کیفیت زندگی را نیز به دنبال دارد [۱۲]. علاوه بر این، انگ فردی و پیامدهای آن عموماً برای دوره‌های طولانی‌مدتی تداوم دارند و حتی ممکن است پس از درمان مشکلات مصرف مواد نیز کماکان ادامه داشته باشند [۱۳]؛ بنابراین، با توجه به پیامدهای منفی انگ فردی در بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و ماهیت طولانی‌مدت این نوع انگ، ارائه مداخلاتی برای هدف قرار دادن آن از اهمیت بالایی برخوردار است. با این حال، از آن جایی که گام نخست در طراحی یک مداخله درمانی مناسب، ارزیابی همه‌جانبه مشکل مورد هدف است، نیاز به طراحی ابزارهایی با اعتبار و روایی مناسب برای سنجش انگ فردی ضروری به نظر می‌رسد.

در این راستا، پژوهش‌های مختلفی با هدف طراحی ابزارهای سنجش استیگمای فردی انجام گرفته است که از جمله این ابزارها می‌توان به مقیاس استیگمای فردی - نسخه کوتاه Self-Stigma Scale-Short (SSS-S) [۱۴]، مقیاس استیگمای فردی بیماری روانی (Self-Stigma of Mental

Illness Scale) [۱۵] و مقیاس پارادوکس استیگمای فردی (Paradox of Self-Stigma scale) [۱۶] اشاره کرد. اگر چه مطالعات انجام‌شده حاکی از اعتبار و روایی مناسب ابزارهای ذکر شده برای سنجش استیگمای فردی بوده‌اند، با این حال، این ابزارها با هدف سنجش استیگمای مرتبط با اختلالات روان‌پزشکی به صورت کلی طراحی شده‌اند و مشخصاً استیگمای مرتبط با مصرف مواد را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهند. این در حالی است که بر اساس نتایج مطالعات صورت‌گرفته، بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با سایر گروه‌ها (برای مثال، بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی یا افراد دارای ناتوانی جسمی) سطوح بالاتری از استیگما را تجربه می‌کنند [۱۷]؛ بنابراین، با وجود آن که سنجش استیگمای مصرف مواد در این بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است، با این حال، شواهد پژوهشی بسیار محدودی اختصاصاً در این حوزه وجود دارد و نیاز به انجام مطالعات بیش‌تر در زمینه سنجش استیگمای مصرف مواد احساس می‌شود. در این راستا، معدود ابزارهای طراحی شده با هدف سنجش استیگمای مصرف مواد نظیر مقیاس استیگمای مصرف‌کنندگان مواد (Stigma of Drug Users Scale) [۱۸] که از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار هستند نیز تنها انگ عمومی مصرف مواد (و نه استیگمای فردی) را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بر این اساس، یک خلأ پژوهشی در زمینه طراحی و اعتبارسنجی ابزارهای سنجش انگ فردی مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد وجود دارد که پژوهش بیش‌تر در این حوزه را ضروری می‌سازد.

مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد Substance Abuse Self-Stigma Scale (SASSS) که به منظور پر کردن این خلأ پژوهشی طراحی شده، یکی مقیاس ۴۰ سؤالی است که ابعاد مرتبط با انگ فردی شامل بی‌ارزش‌سازی خود (Self-Devaluation)، ترس از انگ اعمال شده (Fear of Enacted Stigma)، اجتناب از انگ (Stigma Avoidance) و جدایی از ارزش‌ها (Values Disengagement) را مورد سنجش قرار می‌دهد. بررسی مقدماتی خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در گروهی متشکل از ۳۵۲ بیمار مبتلا به اختلال مصرف مواد که تحت درمان اقامتی یا سرپایی قرار داشتند نشان داده است که این مقیاس از خصوصیات روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است و ابزاری معتبر (با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای کل مقیاس و ضرایب آلفای بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ برای خرده‌مقیاس‌ها) و دارای روایی برای سنجش انگ فردی و شدت آن در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد هست [۱۹]. علاوه بر این، مطالعات جدید انجام‌گرفته با هدف

ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای این مصاحبه گزارش شده است [۲۴]. بررسی نسخه فارسی این مصاحبه نیز نشان‌دهنده توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی بوده که حاکی از اعتبار مناسب و قابلیت اجرای مطلوب این مصاحبه در جامعه ایرانی است [۲۳].

ب) مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد. مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد (SASSS) یک مقیاس خودگزارشی ۴۰ سؤالی است که به منظور سنجش انگ فردی طراحی شده است. سؤالات این مقیاس بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده و مؤلفه‌های انگ فردی شامل بی‌ارزش‌سازی خود (۸ سؤال؛ یعنی فرد تا چه اندازه کلیشه‌های تحقیرآمیز را درونی کرده است)، ترس از انگ اعمال شده (۹ سؤال؛ یعنی فرد تا چه اندازه از انگ اعمال‌شده وحشت دارد)، اجتناب از انگ (۱۳ سؤال؛ یعنی فرد تا چه اندازه از انگ اجتناب می‌کند) و جدایی از ارزش‌ها (۱۰ سؤال؛ یعنی انگ تا چه اندازه با اهداف زندگی فرد در تداخل قرار گرفته است) را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس SASSS نشان داده است که این مقیاس از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است (ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های بی‌ارزش‌سازی خود، ترس از انگ اعمال شده، اجتناب از انگ و جدایی از ارزش‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۸، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است). به علاوه، وجود ارتباط معنادار بین این مقیاس با سایر ابزارهای مرتبط نشان داده است که مقیاس SASSS از روایی همگرا و واگرای خوبی برای سنجش انگ فردی در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد برخوردار است [۱۹].

ج) پرسش‌نامه پذیرش و عمل - مصرف مواد. پرسش‌نامه پذیرش و عمل - مصرف مواد (AAQ-SA) یک ابزار خودگزارشی ۱۸ سؤالی است که به منظور سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد مصرف‌کننده مواد طراحی شده است. آیت‌های این پرسش‌نامه بر روی یک طیف لیکرت (از ۱ = هرگز صحیح نیست تا ۷ = همیشه صحیح است) نمره‌گذاری می‌شوند و خرده‌مقیاس‌های مرتبط با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یعنی پذیرش (۹ سؤال؛ یعنی ظرفیت فرد برای پذیرش امیال و خاطرات مرتبط با مصرف مواد) و تعهد نسبت به ارزش‌ها (۹ سؤال؛ یعنی تعهد نسبت به اعتدال و رفتار کردن همسو با ارزش‌ها) را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه ۱۸ تا ۱۲۶ قرار می‌گیرد و نمرات بیشتر نشان‌دهنده سطوح بالاتری از

هنجارهایی و انطباق فرهنگی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد نیز مؤید ساختار عاملی و اعتبار و روایی رضایت‌بخش نسخه‌های ترکی [۲۰] و لاتین [۲۱] این مقیاس در گروهی از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بوده‌اند که بر قابلیت کاربست آن در فرهنگ‌های مختلف صحنه می‌گذارد. با این حال، استفاده از این مقیاس در سطحی گسترده‌تر مستلزم بررسی بیشتر قابلیت اجرایی و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در گروه‌های دیگری از افراد مصرف‌کننده مواد است. بر این اساس، با توجه به عدم وجود ابزارهای سنجش انگ مصرف مواد و به‌ویژه انگ فردی مصرف مواد در ایران، مطالعه حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد در نمونه‌ای از بیماران ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش، جامعه آماری و نمونه. این پژوهش با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.353 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به ثبت رسیده است. پژوهش حاضر در زمره مطالعات توصیفی - روان‌سنجی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعین مبتلا به اختلال مصرف مواد بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ جهت دریافت خدمات درمانی به مراکز درمان نگهدارنده با متادون شامل مراکز خصوصی، درمانگاه وابسته به دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان و مراکز اقامتی کوتاه‌مدت درمان در سطح شهر تهران مراجعه کرده بودند. از این جامعه، ۲۶۶ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و با انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: الف) تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس ملاک‌های DSM-5 (ب) سن ۱۸ تا ۶۰ سال و ج) موافقت و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل الف) تشخیص اختلال روان‌پزشکی شدید بر اساس نظر روان‌پزشک یا روان‌شناس، ب) وجود نشانه‌های روان‌پریشی شدید بر اساس نظر روان‌پزشک و ج) مشکل در خواندن و نوشتن بود.

ابزارهای پژوهش. الف) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I؛ مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I [۲۲] یک ابزار پرکاربرد، جامع و استاندارد است که برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی در یک جلسه و به مدت ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طراحی شده و برای مقاصد بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۳]. در یک مطالعه

نتایج

تحلیل داده‌ها بر روی نمونه‌ای ۲۶۶ نفری شامل ۶۲ زن و ۲۰۴ مرد (با میانگین سنی ۳۷/۶۶ و انحراف استاندارد ۹/۹۹ سال) انجام شد که ۱۲۷ نفر از این افراد (۴۷/۷ درصد) طول مدت مصرفشان را بیش‌تر از ۵ سال گزارش کردند. علاوه بر این، میانگین سن شروع مصرف مواد در شرکت‌کنندگان برابر با ۲۷/۶۲ سال (با انحراف استاندارد ۹/۴۱ سال) بود. در نهایت، بیش‌ترین ماده مصرفی در بین شرکت‌کنندگان، تریاک (۳۳/۵ درصد) و کم‌ترین ماده مصرفی نیز هروئین (۱۲/۸ درصد) بود. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۶۲	۲۳,۳
	مرد	۲۰۴	۷۶,۷
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۸	۴۰,۶
	متارکه	۴۲	۱۵,۸
طول مدت مصرف مواد	کمتر از دو سال	۴۹	۱۸,۴
	دو تا پنج سال	۹۰	۳۳,۸
	بیشتر از پنج سال	۱۲۷	۴۷,۷
تعداد دفعات اقدام به ترک مصرف مواد	یک‌بار	۱۱۹	۴۵,۹
	دو تا پنج بار	۸۷	۳۳,۶
	بیشتر از پنج بار	۵۳	۲۰,۵
نوع ماده مصرفی	تریاک	۸۹	۳۳,۵
	هروئین	۳۴	۱۲,۸
	شیشه	۴۷	۱۷,۷
	حشیش	۳۵	۱۳,۲
سابقه بیماری روانی	دارو	۶۱	۲۲,۹
	بله	۷۴	۲۷,۸
	خیر	۱۹۲	۷۲,۲

به‌منظور بررسی اعتبار پرسش‌نامه، همسانی درونی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کلی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۸ بود که حاکی از همسانی درونی مطلوب بین گویه‌های پرسش‌نامه است. همچنین ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های بی‌ارزش‌سازی، ترس از انگ اعمال شده، اجتناب از انگ و جدایی از ارزش‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ بود. در بررسی پایایی این پرسش‌نامه نیز از روش اعتبار بازمی‌آزمایی استفاده شد. بدین منظور، ۳۴ شرکت‌کننده از اجرای اول انتخاب شده و بعد از ۲ هفته بار

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند. بررسی اعتبار پرسش‌نامه AAQ-SA نشان داده که این پرسش‌نامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش و تعهد نسبت به ارزش‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است. علاوه بر این ارتباط معنادار بین نمره پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ) با نمره کل پرسش‌نامه AAQ-SA نشان‌دهنده روایی قابل قبول این پرسش‌نامه است [۲۵].

روش اجرا. اجرای این مطالعه در چند مرحله انجام گرفت؛ ابتدا تک‌تک ماده‌های مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد ترجمه شده و سپس با کمک ۲ نفر از اساتید روان‌شناسی، صحت و روایی صوری و محتوایی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله بعد، این مقیاس توسط ۲ متخصص روان‌شناسی مسلط به زبان فارسی و انگلیسی ترجمه معکوس شده و با کنترل کردن تطابق نسخه‌های ترجمه شده، صحت ترجمه عبارات و اصطلاحات مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از طی این مراحل، نسخه اولیه فارسی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد در مطالعه‌ای مقدماتی بر روی ۵۰ فرد مصرف‌کننده مواد اجرا شده و میزان قابل درک بودن آن مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت نیز پس از بازخورد گرفتن از این نمونه مقدماتی و رفع نواقص، این مقیاس بر روی نمونه اصلی به اجرا درآمد.

به‌منظور اجرای پژوهش بر روی نمونه اصلی، پرسشگران به درمانگاه وابسته به انستیتو روان‌پزشکی، مراکز خصوصی درمان نگهدارنده با متادون و مراکز اقامتی کوتاه‌مدت درمان در سطح شهر تهران مراجعه کردند. در نهایت، افراد داوطلب انتخاب شده و فرم رضایت‌نامه اخلاقی و ابزارهای پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد. چنانچه شرکت‌کنندگان در درک مفهوم سؤالات مشکلی داشتند، پرسشگران به آن‌ها در فهم معنای هر سؤال کمک می‌کردند تا از این طریق از قابل فهم بودن سؤالات پژوهش توسط شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل شود. پس از جمع‌آوری داده‌ها و بررسی تعداد کل پرسش‌نامه‌های تکمیل شده که شامل ۳۱۷ پرسش‌نامه بود، ۵۱ پرسش‌نامه ناقص از فرآیند تحلیل کنار گذاشته شد و تحلیل‌های نهایی بر روی ۲۶۶ بیمار مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام گرفت. به‌منظور ارزیابی اعتبار بازمی‌آزمایی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد نیز این مقیاس به فاصله زمانی ۲ هفته مجدداً بر روی ۳۴ نفر از افراد نمونه پژوهش اجرا شده و هم‌بستگی بین اجراها (آزمون و بازآزمون) محاسبه شد.

خرده‌مقیاس با خرده‌مقیاس جدایی از ارزش‌ها رابطه منفی و معناداری وجود داشت ($r = -0.69$).

در نهایت، به منظور بررسی ساختار عاملی مقیاس SASSS و پاسخ به این سؤال که آیا ساختار پیشنهادی طراحان این مقیاس [۱۹]، با داده‌های حاصل از اجرا بر روی نمونه ایرانی انطباق دارد یا نه از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم استفاده شد. در تحلیل عاملی مرتبه اول رابطه هر خرده‌مقیاس با گویه‌های آن سنجیده شد و در تحلیل عاملی مرتبه دوم علاوه بر بررسی رابطه بین هر خرده‌مقیاس با گویه‌ها، یک عامل کلی نیز به مدل اندازه‌گیری اضافه شد که نشان‌دهنده متغیر مکنون کلی است. این عامل کلی، همان انگ فردی سوء‌مصرف مواد است.

شاخص‌های نیکویی برازش در تحلیل عاملی مرتبه اول شامل مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش هنجار نیافته (NNFI) و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) به ترتیب برابر با ۱/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۷۸، ۰/۹۰ و ۰/۰۶ به دست آمد. همچنین در تحلیل عاملی مرتبه دوم، شاخص‌های χ^2/df ، CFI، GFI، NNFI و RMSEA به ترتیب برابر با ۱/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۷۸، ۰/۹۰ و ۰/۰۵۹ بودند. در تحلیل‌های عاملی مرتبه اول و دوم، همه شاخص‌های برازش به جز شاخص نیکویی برازش (GFI) میزان قابل قبولی را نشان دادند؛ بنابراین، با توجه به شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که الگوهای اندازه‌گیری متغیرهای نهفته مورد تأیید هستند؛ به عبارت دیگر، مدل اندازه‌گیری پیشنهادی با داده‌های نمونه ایرانی برازش قابل قبولی دارد و عوامل در نظر گرفته شده به‌درستی سازه انگ فردی سوء‌مصرف مواد را تشکیل می‌دهند.

میزان تأثیر هر یک از گویه‌ها در ساخت صفت مکنون، به‌وسیله میزان ضریب استاندارد شده قابل مشاهده است. نتیجه تحلیل عاملی نشان داد که آماره t تمامی گویه‌ها معنادار است ($t > 1/96$)؛ بنابراین تمام گویه‌ها با عامل مربوط به خودشان هم‌بستگی مطلوبی دارند. معناداری ضرایب مسیر نیز حاکی از آن است که ابعاد مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد از گویه‌های مربوط به خود تشکیل شده‌اند. تمامی ضرایب مسیر نیز بزرگ‌تر از ۰/۳۰ هستند که بیانگر معناداری عملی گویه‌ها بوده و این معنی‌داری نشان می‌دهد که گویه‌ها از قدرت تبیین خوبی برخوردارند. همچنین ضرایب مسیر بین خرده‌مقیاس‌ها و عاملی کلی نیز معنادار شده است ($t > 1/96$) که نشان می‌دهد تمام خرده‌مقیاس‌ها تحت تأثیر یک عامل کلی قرار

دیگر به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دادند. بعد از اجرای دوم، هم‌بستگی بین نمرات اجرای اول و دوم با استفاده ضریب هم‌بستگی پیرسون محاسبه شد. میانگین هر اجرا و ضریب هم‌بستگی بین آن‌ها در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌طور که در این جدول نشان داده شده است، ضریب اعتبار بازآزمایی تمامی خرده‌مقیاس‌ها و مقیاس کلی معنادار شده است؛ به عبارتی دیگر، تمامی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد، ثبات خود را در طول زمان حفظ کرده و تغییر چندانی نداشته‌اند.

جدول ۲. ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر	نمره اجرای اول	نمره اجرای دوم	ضریب هم‌بستگی پیرسون
بی‌ارزش‌سازی	۱۷.۸۸	۱۷.۹۱	** ۰.۹۵۳
ترس از انگ اعمال شده	۲۰.۲۶	۲۰.۶۲	** ۰.۹۴۵
اجتناب از انگ	۲۸.۲۱	۲۸.۳۵	** ۰.۹۲۰
جدایی از ارزش‌ها	۲۰.۷۹	۲۰.۸۲	** ۰.۸۲۲
نمره کلی انگ فردی	۸۷.۱۵	۸۷.۷۱	** ۰.۹۷۱

** $p < 0.01$

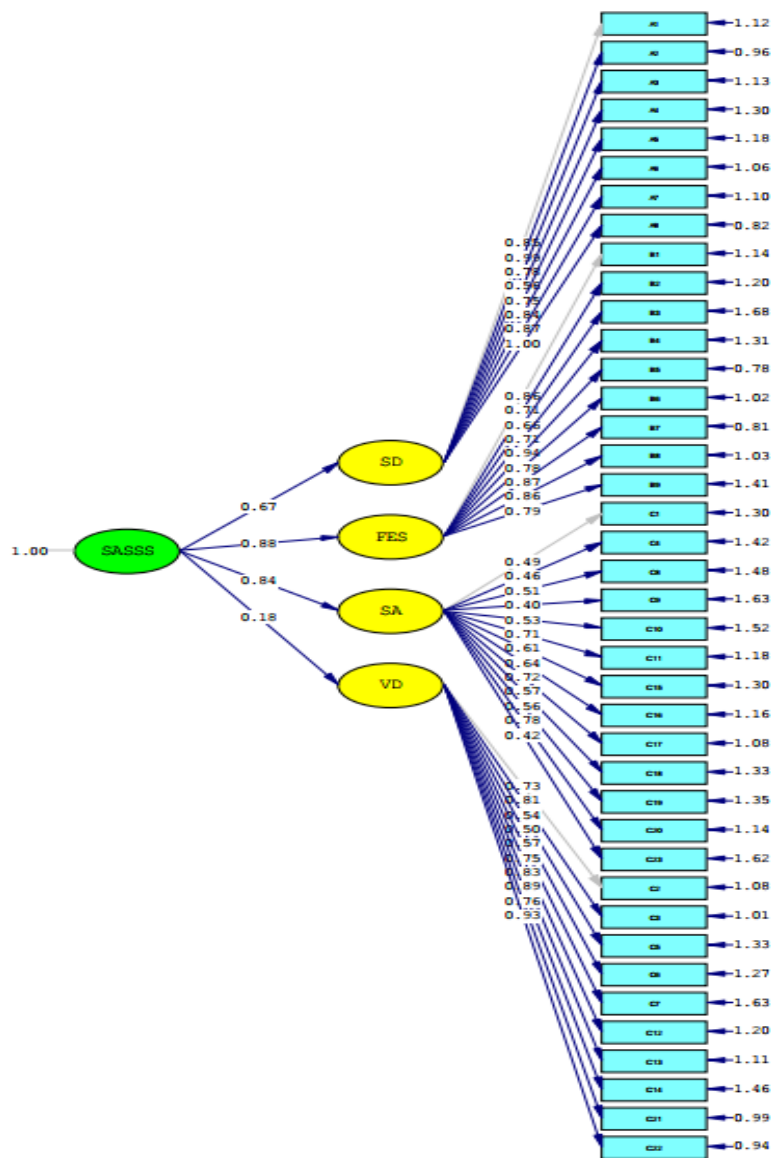
به منظور بررسی روایی افتراقی از پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده شد؛ به طوری‌که هر فرد علاوه بر پاسخگویی به مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد به سؤالات این پرسش‌نامه نیز جواب داد. در نهایت، برای بررسی روایی افتراقی، ضرایب هم‌بستگی بین نمره کل و خرده‌مقیاس‌های مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد با نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن (شامل پذیرش و تعهد نسبت به ارزش‌ها) محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول نشان داده شده است، بین نمره کل پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انگ فردی سوء‌مصرف مواد رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($r = -0.54$) که نشان‌دهنده روایی افتراقی مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد است. در مجموع، نمره کل پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خرده‌مقیاس پذیرش با تمامی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی مقیاس انگ فردی سوء‌مصرف مواد رابطه منفی و معناداری داشتند. این در حالی است که بین خرده‌مقیاس تعهد نسبت به ارزش‌ها با خرده‌مقیاس‌های بی‌ارزش‌سازی، اجتناب از انگ و ترس از انگ اعمال شده رابطه معناداری مشاهده نشد، اما بین این

دارند. در شکل ۱، مدل اندازه‌گیری همراه با ضرایب مسیر ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد با پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- بی‌ارزش‌سازی	۱							
۲- ترس از انگ اعمال شده	۰/۵۴**	۱						
۳- اجتناب از انگ	۰/۴۴**	۰/۶۱**	۱					
۴- جدایی از ارزش‌ها	۰/۰۷	۰/۱۵*	۰/۱۵*	۱				
۵- نمره کلی انگ فردی	۰/۰۷**	-۰/۰۸**	-۰/۰۸**	-۰/۴۸**	۱			
۶- تعهد نسبت به ارزش‌ها	-۰/۱۱	-۰/۱۱	-۰/۱۲	-۰/۶۹**	-۰/۳۵**	۱		
۷- پذیرش	-۰/۴۷**	-۰/۰۵**	-۰/۵۴**	-۰/۰۲**	-۰/۵۶**	۰/۲۴**	۱	
۸- نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	-۰/۳۵**	-۰/۳۸**	-۰/۴۱**	-۰/۵۷**	-۰/۵۴**	۰/۸۲**	۰/۷۶**	۱

۰/۰۵* p < ۰/۰۱p **



Chi-Square=1427.00, df=736, P-value=0.00000, RMSEA=0.059

شکل ۱. تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به ضرورت سنجش استیگمای مصرف مواد، به‌ویژه استیگمای فردی و عدم وجود ابزاری برای سنجش این سازه در ایران، پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی، همسانی درونی، اعتبار باآزمایی و روایی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در نمونه‌ای از بیماران ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی در این پژوهش نشان‌دهنده ساختار ۴ عاملی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد بود. به‌علاوه، نتایج این مطالعه حاکی از همسانی درونی، اعتبار باآزمایی و روایی واگرای نسخه فارسی این مقیاس در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد بود که بر قابلیت کاربست این مقیاس در فعالیت‌های بالینی و مطالعات پژوهشی صحت می‌گذارد.

از حیث ساختار عاملی، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در نمونه‌های مختلفی از افراد تحت درمان اختلال مصرف مواد از ۴ عامل بی‌ارزش‌سازی خود، ترس از انگ اعمال‌شده، اجتناب از انگ و جدایی از ارزش‌ها تشکیل شده است [۱۹-۲۱]. به‌طور مشخص، نتایج این مطالعه مؤید آن بود که سؤالات نسخه فارسی این مقیاس در افراد ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد نیز از همین عوامل تشکیل شده‌اند، به‌طوری‌که سؤالات شماره ۸-۱ (بخش اول) بر روی عامل بی‌ارزش‌سازی خود، سؤالات شماره ۹-۱۱ (بخش دوم) بر روی عامل ترس از انگ اعمال‌شده، سؤالات شماره ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۳ (بخش سوم) بر روی عامل اجتناب از انگ و در نهایت سؤالات شماره ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۱ و ۲۲ (بخش سوم) نیز بر روی عامل جدایی از ارزش‌ها بارگذاری می‌شوند؛ بارهای عاملی تمامی آیتم‌های این مقیاس نیز در نمونه بیماران ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد بالای ۰/۴۰ بود. علاوه بر مدل عاملی مرتبه اول، نتایج این مطالعه مؤید مدل عاملی مرتبه دوم نیز بود؛ بنابراین، علاوه بر خرده‌مقیاس‌های بی‌ارزش‌سازی خود، ترس از انگ اعمال‌شده، اجتناب از انگ و جدایی از ارزش‌ها می‌توان از نمره کل این مقیاس نیز برای سنجش شدت انگ فردی مصرف مواد در بیماران ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد استفاده کرد. در مجموع، نتایج این مطالعه مؤید ساختار عاملی مناسب مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در جامعه افراد ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد بود.

به‌منظور بررسی همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد در پژوهش حاضر، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. همسو با سایر مطالعاتی که با هدف سنجش همسانی درونی این مقیاس بر روی گروه‌های بالینی انجام گرفته است [۲۱-۱۹]، نتایج تحلیل‌های صورت‌گرفته در این مطالعه نیز نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای تمام خرده‌مقیاس‌های بی‌ارزش‌سازی خود، ترس از انگ اعمال‌شده، اجتناب از انگ و جدایی از ارزش‌ها و همچنین نمره کل این مقیاس بالای ۰/۷۵ قرار دارد؛ با توجه به نتایج گزارش‌هایی که میزان قابل قبول آلفای کرونباخ را در محدوده ۰/۷۰ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند [۲۶]، می‌توان گفت که نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد و همچنین خرده‌مقیاس‌های آن از همسانی درونی مناسبی در جامعه افراد ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد برخوردار هستند. علاوه بر این، مقایسه نتایج مطالعه حاضر با پژوهش‌های قبلی انجام شده نشان می‌دهد که همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد ($\alpha=0/88$) بالاتر از همسانی درونی نسخه اصلی مقیاس ($\alpha=0/86$) [۱۹] و همچنین ترجمه‌های ترکی ($\alpha=0/77$) [۲۰] و لاتین ($\alpha=0/82$) [۲۱] این مقیاس قرار دارد که این تفاوت نشان‌دهنده تغییر مقادیر آلفای کرونباخ در فرهنگ‌های مختلف است. در تبیین این تفاوت، توجه به نوع ماده مصرفی شرکت‌کنندگان در مطالعات مختلف ضروری است؛ به عبارتی دیگر، با وجود آن که نمونه مورد بررسی در تمامی مطالعات ذکر شده، افراد مصرف‌کننده مواد تحت درمان بودند، با این حال، شرکت‌کنندگان مطالعات پیشین را عمدتاً افراد مصرف‌کننده الکل و کانابیس تشکیل می‌دادند؛ این در حالی است که بخش عمده‌ای از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر ماده مصرفی‌شان را تریاک، هروئین و شیشه گزارش کرده‌اند. این موضوع از آن جهت حائز اهمیت است که بر اساس نتایج مطالعات، بیماران مصرف‌کننده هروئین و آمفتامین در مقایسه با مصرف‌کنندگان الکل، سطوح بالاتری از استیگمای فردی را تجربه می‌کنند [۲۷] و همین تفاوت در نوع ماده مصرفی بیماران در مطالعات مختلف می‌تواند منجر به تفاوت نتایج آن‌ها شده باشد.

به‌منظور بررسی اعتبار باآزمایی مقیاس انگ فردی سوءمصرف مواد، ضریب همبستگی بین نمره کل و نمرات حاصل از خرده‌مقیاس‌های این مقیاس با یک‌دیگر به فاصله زمانی ۲ هفته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل‌های صورت‌گرفته در این خصوص نشان داد که ضرایب همبستگی پیرسون به‌دست‌آمده همگی بالای ۰/۸۰ هستند (کم‌ترین و بیش‌ترین ضریب همبستگی به‌دست‌آمده به ترتیب متعلق به

که مؤید ارتباط منفی بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و استیگمای اختلالات روانی، از جمله استیگمای مصرف مواد بوده‌اند [۳۲-۳۴]. نتایج این مطالعه نیز نشان‌دهنده رابطه معنادار بین نمره کلی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد و خرده‌مقیاس‌های آن با نمرات حاصل از پرسش‌نامه پذیرش و عمل - مصرف مواد بود که روایی واگرایی این مقیاس را در جامعه افراد ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد مورد تأیید قرار می‌دهد. در زمینه ارتباط بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انگ مصرف مواد، برخی از مطالعات، عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌عنوان یکی از فرآیندهای مهم مرتبط با شروع و تداوم استیگمای اختلالات روانی مطرح کرده‌اند [۳۵]. در واقع، افراد دارای سطوح بالایی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس کامل با لحظه حال به‌عنوان یک انسان آگاه را دارند و می‌توانند در صورت لزوم (برای مثال، زمانی که تغییر یک رفتار در خدمت اهداف ارشمندهشان قرار می‌گیرد) رفتارشان را تغییر دهند. به‌علاوه، این افراد قادر خواهند بود تا بدون قضاوت، افکار، رفتارها و احساسات منفی را تجربه کنند [۳۶] که این تجربه غیر قضاوتی مانعی بر سر راه رفتارهای قضاوت‌گرانه‌ای نظیر انگ و پیش‌داوری نسبت به گروه‌های خاصی از افراد از جمله افراد مصرف‌کننده مواد خواهد بود و شدت استیگمای اعمال‌شده نسبت به این افراد را کاهش می‌دهد. بر این اساس، در درمان اعتیاد و استیگمای مرتبط با آن در افراد مصرف‌کننده مواد، استفاده از رویکردهای روان‌شناختی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این بیماران تأکید دارند، بسیار سودمند بوده و می‌تواند استیگمای فردی در این بیماران را به میزان چشمگیری تقلیل دهد.

این مطالعه با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود که از جمله آن‌ها می‌توان به دسترسی دشوار به گروه بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد به‌واسطه همه‌گیری ویروس کرونا، رغبت پایین افراد مصرف‌کننده مواد برای شرکت در مطالعه (شاید به دلیل انگ مرتبط با مصرف مواد)، عدم انجام آزمایش‌های تشخیصی نظیر آزمایش ادرار برای تأیید اطلاعات خودگزارشی شرکت‌کنندگان در خصوص نوع ماده مصرفی‌شان، دسترسی دشوار به زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد و حجم کم زنان شرکت‌کننده در این مطالعه و عدم سنجش شدت اعتیاد به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار بر استیگمای افراد مصرف‌کننده مواد نسبت به خودشان اشاره کرد. مطالعات آتی می‌توانند با رفع این محدودیت‌ها و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد در زیرگروه‌های مبتلایان به اختلال مصرف مواد (برای مثال

خرده‌مقیاس جدایی از ارزش‌ها و خرده‌مقیاس بی‌ارزش‌سازی خود بود). از آن جایی که در انطباق و هنجاریابی ابزارها، ضرایب اعتبار بازآزمایی بالاتر از ۰/۷۰ نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آن ابزار هستند [۲۸]، نتایج مطالعه حاضر حاکی از ثبات نمرات حاصل از نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد در طول زمان و در نتیجه، اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش این مقیاس در جامعه بیماران ایرانی مبتلا به اختلال مصرف مواد است. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای است که اعتبار بازآزمایی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد را در گروهی از بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد ارزیابی کرده و در سایر مطالعات پیشین، اعتبار بازآزمایی این مقیاس مورد بررسی قرار نگرفته است. با این حال، از حیث پایداری و ثبات استیگمای فردی در افراد مصرف‌کننده مواد، نتایج این پژوهش همسو با مطالعاتی است که نشان می‌دهند بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با سایر بیماران روان‌پزشکی، به میزان بیشتری خودشان را به‌صورت مستمر مورد سرزنش قرار داده و احساس شرمندگی (به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های استیگمای فردی) می‌کنند [۲۹] و ارائه درمان‌های مرسوم نیز کاهش معناداری در شدت استیگمای فردی این بیماران ایجاد نمی‌کند [۲۷]؛ به عبارتی دیگر، بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد نه تنها به‌صورت مستمر سطوح بالایی از استیگمای فردی را تجربه می‌کنند، بلکه شدت این نوع از استیگما در آن‌ها نیز عموماً پایدار است. در تبیین این یافته می‌توان به ارتباط بین استیگمای فردی و عمومی اشاره کرد؛ به عبارتی دیگر، استیگمای فردی عموماً ناشی از درونی‌سازی تفکرات کلیشه‌ای است که از سوی افراد جامعه و در قالب استیگمای عمومی به افراد مصرف‌کننده مواد تحمیل می‌شود [۳۰]. از آنجایی که استیگمای عمومی غالباً به‌واسطه یک استیگمای ساختاری و قانون‌گذاری‌های نادرستی که تأییدکننده تبعیض و پیش‌داوری نسبت به افراد مصرف‌کننده مواد هستند، تداوم می‌یابد [۳۱]، می‌توان انتظار داشت که این تداوم استیگمای عمومی منجر به تداوم و ثبات استیگمای فردی در افراد مصرف‌کننده مواد شود.

در نهایت، به‌منظور بررسی روایی واگرایی نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد نیز از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده شده و هم‌بستگی این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن با پرسش‌نامه پذیرش و عمل - مصرف مواد و خرده‌مقیاس‌های آن شامل پذیرش و تعهد نسبت به ارزش‌ها (که شاخصی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند) مورد ارزیابی قرار گرفت. همسو با یافته‌های مطالعات پیشین

of patients participating in narcotics anonymous program and undergoing methadone maintenance therapy towards substance abuse. *Koomesh* 2020; 22: 550-555. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/koomesh.22.3.550>

[5] Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Abraham MS, et al. Types of stigmas experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *Int J Ment Health Syst* 2021; 15: 1-12.

<https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>

PMid:34663399 PMCid:PMC8524985

[6] Cheung M, Leung P, Chen W, Gearing RE, Brewer KB, Chen X, et al. Public stigma on substance users in China. *J Subst Use* 2022; 27: 398-403.

<https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1953163>

[7] Sattler S, Zolala F, Baneshi MR, Ghasemi J, Amirzadeh Goghari S. Public stigma toward female and male opium and heroin users: An experimental test of attribution theory and the familiarity hypothesis. *Front Public Health* 2021; 9: 1-13.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.652876>

PMid:33959582 PMCid:PMC8096178

[8] Gärtner L, Asbrock F, Euteneuer F, Rief W, Salzmann S. Self-stigma among people with mental health problems in terms of warmth and competence. *Front Psychol* 2022; 13: 1-16.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877491>

PMid:35774956 PMCid:PMC9237425

[9] Vatanasin D, Dallas JC. Factors predicting self-stigma among youths receiving substance abuse treatment. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2022; 26: 82-93.

[10] Saberi Zafarghandi MB, Vahed N, Ranjbar H, Saeidi N, Shirazi M. Challenges of addiction treatment with opioid agonist drugs from the perspective of stakeholders: A qualitative study. *Koomesh* 2022; 24: 451-459. (Persian).

[11] Zwick J, Appleseth H, Arndt S. Stigma: How it affects the substance use disorder patient. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2020; 15: 1-4.

<https://doi.org/10.1186/s13011-020-00288-0>

PMid:32718328 PMCid:PMC7385978

[12] Jones N, Corrigan PW. Understanding stigma. In: Corrigan PW. Editors. *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices*. Washington: American Psychological Association; 2014; p: 9-34.

<https://doi.org/10.1037/14297-002>

[13] Kulesza M, Ramsey S, Brown R, Larimer M. Stigma among individuals with substance use disorders: Does it predict substance use, and does it diminish with treatment? *J Addict Behav Ther Rehabil* 2014; 3: 1-11.

[14] Sánchez J, Rush RD, Rothmiller SJ, Tansy TN, Crespo-Jones M, Chan F. A factor analytic evaluation of the Self-Stigma Scale-Short (SSS-S) among psychosocial clubhouse members in the United States. *Psychiatry Res* 2020; 286: 1-11.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112836>

PMid:32062519

[15] Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rüschi N. Self-stigma of mental illness scale--short form: Reliability and validity. *Psychiatry Res* 2012; 199: 65-69.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.009>

PMid:22578819 PMCid:PMC3439592

[16] Golay P, Moga M, Devas C, Staecheli M, Poisat Y, Israël M, et al. Measuring the paradox of self-stigma: Psychometric properties of a brief scale. *Ann Gen Psychiatry* 2021; 20: 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s12991-021-00325-7>

PMid:33468180 PMCid:PMC7814463

[17] Corrigan PW, Kuwabara SA, O'Shaughnessy J. The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *J Soc Work* 2009; 9: 139-147.

<https://doi.org/10.1177/1468017308101818>

[18] Palamar JJ, Kiang MV, Halkitis PN. Development and psychometric evaluation of scales that assess stigma associated with illicit drug users. *Subst Use Misuse* 2011; 46: 1457-1467.

معتادان تزریقی)، مقایسه استیگمای فردی سوء مصرف مواد در بیمارانی با شدت‌های مختلف اختلال مصرف مواد و بررسی تفاوت‌های جنسیتی استیگمای مصرف مواد گامی در جهت شناخت بهتر این مشکل در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد بردارند.

در مجموع، از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نسخه فارسی مقیاس انگ فردی سوء مصرف مواد، ابزاری معتبر جهت سنجش انگ (استیگمای) افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد نسبت به خودشان است. بر این اساس، می‌توان از این ابزار برای سنجش ابعاد مختلف انگ مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد استفاده کرد. با این حال، توجه به این نکته ضروری است که استفاده گسترده از این مقیاس مستلزم ارزیابی بیشتری آن در سایر مطالعات و با زیرگروه‌های مختلفی از افراد مصرف‌کننده مواد (برای مثال معتادان تزریقی، افراد مصرف‌کننده مواد مختلف یا افرادی که به‌صورت هم‌زمان به چندین ماده وابسته هستند) است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت داشته‌اند، تشکر می‌کنیم. همچنین، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

مشارکت و نقش نویسندگان

محمدباقر صابری زفرقندی و محمد درهرج: ایده و طراحی مطالعه و ویرایش نسخه نهایی مقاله؛ فرحناز محمدقزل ایاغ و محمد درهرج: نگارش نسخه اولیه مقاله؛ زهرا نادری اصل و محدثه قاسمی: جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را تأیید نمودند.

منابع

[1] United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2022: Executive Summary: Conclusions and Policy Implications*. Vienna: UNODC; 2022.

[2] Moradinazar M, Najafi F, Jalilian F, Pasdar Y, Hamzeh B, Shakiba E, et al. Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: Findings from a national survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2020; 15: 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s13011-020-00279-1>

PMid:32503660 PMCid:PMC7275311

[3] Noorbala AA, Saljoughian A, Bagheri Yazdi SA, Faghizadeh E, Farahzadi MH, Kamali K, et al. Evaluation of drug and alcohol abuse in people aged 15 years and older in Iran. *Iran J Public Health* 2020; 49: 1940-1946.

<https://doi.org/10.18502/ijph.v49i10.4697>

PMid:33346232 PMCid:PMC7719666

[4] Sotodehasi N, Mahigir S, Paknazar F, Mirmohammadhani M. A comparative study of the attitude

- [29] Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry* 2018; 30: 378-388.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000351>
PMid:28700360 PMCID:PMC5854406
- [30] Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and self-stigma in addiction. *J Bioeth Inq* 2017; 14: 275-286.
<https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>
PMid:28470503 PMCID:PMC5527047
- [31] Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public stigma of mental illness in the United States: A systematic literature review. *Adm Policy Ment Health* 2013; 40: 384-399.
<https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
PMid:22833051 PMCID:PMC3835659
- [32] Aliche CJ, Ifeagwazi CM, Ozor CC. Psychological flexibility as a moderator of the relationship between HIV-related stigma and resilience among HIV/AIDS patients. *Afr J AIDS Res* 2022; 21: 345-353.
<https://doi.org/10.2989/16085906.2022.2138473>
PMid:36538543
- [33] Valdivia-Salas S, Martín-Albo J, Cruz A, Villanueva-Blasco VJ, Jiménez TI. Psychological flexibility with prejudices increases empathy and decreases distress among adolescents: A Spanish validation of the Acceptance and Action Questionnaire-Stigma. *Front Psychol* 2021; 11: 1-9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565638>
PMid:33551895 PMCID:PMC7862551
- [34] Krafft J, Ferrell J, Levin ME, Twohig MP. Psychological inflexibility and stigma: A meta-analytic review. *J Contextual Behav Sci* 2018; 7: 15-28.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.11.002>
- [35] Masuda A, Hayes SC, Lillis J, Bunting K, Herbst SA, Fletcher LB. The relation between psychological flexibility and mental health stigma in Acceptance and Commitment Therapy: A preliminary process investigation. *Behav Soc Issues* 2009; 18: 25-40.
<https://doi.org/10.5210/bsi.v18i1.2525>
- [36] Masuda A, Price M, Anderson PL, Schmertz SK, Calamaras MR. The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *J Soc Clin Psychol* 2009; 28: 1244-1262.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.10.1244>
- <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.596606>
PMid:21767076
- [19] Luoma JB, Nobles RH, Drake CE, Hayes SC, O'Hair A, Fletcher L, et al. Self-stigma in substance abuse: development of a new measure. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 35: 223-234.
<https://doi.org/10.1007/s10862-012-9323-4>
PMid:23772099 PMCID:PMC3680138
- [20] Sukut Ö, Buzlu S. Psychometric properties of the Turkish version of the substance abuse self-stigma scale. *Addicta* 2022; 9: 295-302.
<https://doi.org/10.5152/ADDICTA.2022.21086>
- [21] Pérez-Pedrogo C, Planas-García BY, Ortega-Guzmán J, Rivera-Suazo S, Caraballo JN, Albizu-García CE. Cultural adaptation and psychometric properties of the Substance Abuse Self-Stigma Scale among Latinos with substance use disorders: An effective screening tool for correctional and community settings. *Stigma Health* 2022; 7: 347-357.
<https://doi.org/10.1037/sah0000383>
PMid:35978841
- [22] First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I Clinical Version. Washington, D.C: APA; 1996.
<https://doi.org/10.1037/t07827-000>
- [23] Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Psychol* 2004; 6: 10-22. (Persian).
- [24] Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In: Hayne SN, Heiby EM. Editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York, NY: John Wiley & Sons Pub; 2004; p: 269-291.
- [25] Luoma J, Drake CE, Kohlenberg BS, Hayes SC. Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addict Res Theory* 2011; 19: 3-13.
<https://doi.org/10.3109/16066359.2010.524956>
- [26] Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2011; 2: 53-55.
<https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
PMid:28029643 PMCID:PMC4205511
- [27] Chang KC, Chen HP, Huang SW, Chen JS, Potenza MN, Pakpour AH, et al. Comparisons of psychological distress and self-stigma among three types of substance use disorders receiving treatment-as-usual approaches: Real-world data from a 9-month longitudinal study. *Ther Adv Chronic Dis* 2022; 13: 1-12.
<https://doi.org/10.1177/20406223221140393>
PMid:36483780 PMCID:PMC9723802
- [28] Seçer I. *Practical data analysis with SPSS and LISREL*. Ankara: Ani Publishing; 2015.

Factor Structure and Psychometric Properties of the Substance Abuse Self-Stigma Scale in Patients with Substance Use Disorder

Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi (M.D)¹, Farahnaz Mohammad Ghezel Ayagh (Ph.D)^{*1}, Mohammad Darharaj (Ph.D)^{*1}, Zahra Naderi Asl (M.Sc)², Mohadeseh Ghasemi (M.Sc)³

1- Addiction Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University South Tehran Branch, Tehran, Iran

3- Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Eyvanekey, Semnan, Iran

* Corresponding author. +98 21-66551655 Darharaj.m@iums.ac.ir- Farahnazghezelayagh@gmail.com Received: 14 Aug 2022; Accepted: 7 May 2023

Introduction: This study aimed to examine the factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Substance Abuse Self-Stigma Scale (SASSS) in a group of patients with substance use disorder.

Materials and Methods: A total of 266 patients with substance use disorder (204 men and 62 women) aged from 18 to 60 were selected using the convenience sampling method and completed the SASSS and Acceptance and Action Questionnaire-Substance Abuse (AAQ-SA).

Results: Confirmatory factor analysis of the Persian version of the SASSS upheld its original four-factor structure. In addition, our results indicated satisfactory test-retest reliability of the SASSS subscales, ranging from .822 to .953. Also, there was a significant negative correlation between the SASSS scores and AAQ-SA scores ($r = -.54$), which provides evidence for the divergent validity of the scale. Finally, the results showed good internal consistency of the SASSS (Cronbach's alpha coefficients ranged from .753 to .845).

Conclusion: These findings support the Persian version of the SASSS as a reliable and valid measure for the assessment of self-stigma in patients with substance use disorder.

Keywords: Substance-Related Disorders, Statistical Factor Analysis, Reproducibility of Results.