

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌های مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن جهت بررسی انگ بیماری‌های شدید روانی در ایران

دکتر فاطمه رنجبر کرمانی⁽¹⁾، دکتر ربابه مزینانی⁽²⁾، دکتر فرید فدایی⁽³⁾، دکتر بهروز دولتشاهی⁽⁴⁾، دکتر مهدی رهگذر⁽⁵⁾

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن جهت بررسی انگ بیماری‌های شدید روانی انجام شد. **روش:** در این مطالعه توصیفی از نوع اعتبارسنجی، 200 نفر از افراد شاغل در حرفه‌های بهداشت روان، با روش نمونه‌گیری تصادفی، از بیمارستان روان‌پزشکی رازی انتخاب شدند. این افراد دو مقیاس فاصله اجتماعی و خطرناک بودن را تکمیل کردند. برای بررسی پایایی از روش‌های همسانی درونی و آزمون-بازآزمون استفاده شد. روایی سازه و محتوایی این دو مقیاس نیز بررسی گردید. **یافته‌ها:** ضریب آلفای کرونباخ برای دو مقیاس فاصله اجتماعی و خطرناک بودن به ترتیب 0/92 و 0/96 و ضریب پایایی بازآزمایی به ترتیب 0/89 و 0/88 به دست آمد. روایی محتوایی این دو مقیاس نیز به ترتیب 0/75 و 0/77 بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن هر دو دارای یک ساختار تک عاملی هستند. عامل طرد اجتماعی، 0/76 از واریانس مقیاس فاصله اجتماعی و عامل خطرناک بودن، 0/74 از واریانس مقیاس خطرناک بودن را تبیین نمودند. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از روایی و پایایی قابل قبول نسخه فارسی مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن است. بنابراین می‌توان از این دو مقیاس جهت بررسی انگ بیماری‌های شدید روانی در ایران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: مقیاس فاصله اجتماعی؛ مقیاس خطرناک بودن؛ روایی؛ پایایی

[دریافت مقاله: 1392/11/19؛ پذیرش مقاله: 1394/3/19]

مقدمه

پیشرفت‌های چشمگیری که طی چند دهه اخیر در زمینه درمان اختلالات روانی صورت گرفته است، انگ ناشی از این بیماری‌ها همچنان تداوم دارد و نه تنها بیماران و خانواده‌هایشان بلکه افراد شاغل در حرفه‌های بهداشت روان را نیز در بر گرفته است (3-5).

انگ ناشی از بیماری روانی یکی از مهمترین عواملی است که بر کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هایشان تأثیر می‌گذارد. انگ، بار بیماری را افزایش می‌دهد، به ناتوانی دراز مدت می‌انجامد و مانع مهمی بر سر راه موفقیت درمان است (6-9).

استیگما¹ (به معنی انگ) واژه‌ای با منشأ یونانی به معنای داغ یا اسکار ناشی از سوختگی یا بریدگی بر روی بدن یک برده یا مجرم است تا به این وسیله فرد رسوا شده و از بقیه جامعه متمایز گردد. بنا به تعریف، انگ نشانه بی‌ارزشی است و شخص را از دیگران متمایز می‌سازد. انگ زدن فرآیندی است که در آن یک موقعیت یا خصوصیت شخص به طور نافذی به هویت او نسبت داده می‌شود (1، 2). بیماری‌های روانی همواره با انگ همراه بوده‌اند. علی‌رغم

(1) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روانپزشکی روزبه؛ (2) روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، شهر ری، امین‌آباد، بیمارستان روانپزشکی رازی، دورنگار: 021-33401216 (نویسنده مسئول) E-mail: Robabeh_mazinani@yahoo.com

(3) روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ (4) دکترای روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛

(5) دکترای آمار زیستی، دانشیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

روانی با استفاده از مدل ارزیابی خطر نشان دهند. بر اساس مدل ارزیابی خطر اگر رفتار فردی خطرناک تلقی شود باعث بروز ترس می‌شود و احساس ترس از خطرناک بودن فرد باعث رفتارهای اجتنابی از جمله طرد اجتماعی می‌گردد (12). مقیاس فاصله اجتماعی یکی از پرکاربردترین ابزارهای به کار رفته جهت سنجش نگرش افراد نسبت به بیماری‌های روانی است که تمایل پاسخ دهنده به داشتن تعامل با شخص هدف (بیمار روانی) را اندازه‌گیری می‌کند (12).

مقیاس خطرناک بودن، نگرش پاسخ دهنده در مورد خطرناک بودن بیماران روانی را می‌سنجد. خطرناک دانستن بیماران روانی به بروز رفتارهای تبعیض آمیز و جداسازی بیماران منجر می‌شود (12). بر اساس نظر کوریگان⁵ (13) بخشی از انگک بیماری‌های روانی به طور مستقیم از باور به خطرناک بودن بیمار ناشی می‌شود (13). مقیاس خطرناک بودن در سال 1987 توسط لینک⁶ (12) طراحی شد. وی این مقیاس را به همراه پرسشنامه فاصله اجتماعی، برای اولین بار در گروهی از دانشجویان برای فهم ارتباط بین برجسب بیماری روانی و درک خطر با فاصله اجتماعی به کار گرفت. بر اساس این مطالعه، وی به این نتیجه رسید که تعامل بین داشتن برجسب بیماری روانی و درک خطر در ایجاد فاصله اجتماعی مهم است. به عبارت دیگر نمره بالاتر در مقیاس خطرناک بودن پیش بینی کننده نمره بالاتر در مقیاس فاصله اجتماعی است (12).

طبق مطالعات کوریگان (13، 14)، دو مقیاس فاصله اجتماعی و خطرناک بودن، روایی و پایایی بالایی دارند و می‌توان از آن‌ها در مطالعات مربوط به انگک، به عنوان شاخصی از تبعیض در بیماران روانی، استفاده کرد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن انجام گرفت تا ابزار مناسبی جهت شناسایی انگک ناشی از بیماری‌های شدید روانی فراهم شود.

روش

پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی از نوع اعتبارسنجی است. در این مطالعه، 200 نفر از افراد شاغل در حرفه‌های بهداشت روان از گروه‌های روانپزشک، دستیار روانپزشکی، روانشناس، پرستار، مددکار اجتماعی و کاردرمانگر شاغل در

نگرش منفی نسبت به بیماران روانی باعث محرومیت آنها از حقوق انسانی، تبعیض در کار، کاهش اعتماد به نفس و تخریب روابط اجتماعی در این افراد شده است (6، 10). چرخه معیوب انگک‌زنی در حوزه روانپزشکی با ورود بیمار به مراکز بهداشتی تکمیل می‌گردد. متأسفانه علی‌رغم آگاهی از گسترش انگک، افراد شاغل در حرفه‌های بهداشت روان احساس مسئولیت و اشتیاق کمی برای انجام فعالیت‌هایی در زمینه کاهش و مهار آن نشان می‌دهند (11).

در سال 1996، انجمن جهانی روانپزشکی (WPA)¹ عهده‌دار انجام برنامه‌ای تحت عنوان انگک و تبعیض ناشی از اسکیزوفرنیا² شد. از زمان تشکیل اولین جلسه، بیش از بیست کشور در حدود دویست مداخله ضد انگک را انجام داده‌اند، این مداخلات بر روی گروه‌های هدف مشخص و تعریف شده مثل بیماران و خانواده‌هایشان، شاغلین حرفه‌های بهداشت روان، دانش‌آموزان و دانشجویان انجام گرفته و هدف آن یافتن قسمت‌های مختلف حلقه‌های معیوبی بوده است که منجر به تبعیض و پیش‌داوری می‌شوند (1).

انجمن جهانی روانپزشکی تأکید می‌کند که دیدگاه‌های تمام گروه‌های درگیر در مبارزه با بیماری‌های روانی را باید مورد توجه قرار داد تا بتوان تصویری جامع از چگونگی تأثیر انگک ناشی از بیماری‌های روانی بر کیفیت زندگی بیمار، اعتماد به نفس او و فرصت‌های بهره‌برداری از مداخلات درمانی را به دست آورد (1).

با توجه به اهمیت مسأله فوق در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی متناسب با نیازهای بیماران روانی و ضرورت برخورداری بیماران از امکانات و فرصت‌های یکسان خدمات بهداشتی و درمانی، لازم است که ابعاد مختلف پدیده انگک در ایران مورد بررسی قرار گیرد. یکی از مهم‌ترین ابعاد این حوزه، شناسایی نگرش گروه‌های مختلف نسبت به بیماری‌های روانی است.

از آن‌جا که تحقیقات اندکی در زمینه انگک بیمارهای روانی و از جمله ساخت یا اعتباریابی پرسشنامه برای سنجش نگرش نسبت به این بیماری‌ها در ایران صورت گرفته است، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

مقیاس فاصله اجتماعی³ (12) و مقیاس خطرناک بودن⁴ (12) به خوبی می‌توانند نگرش افراد را نسبت به بیماری‌های

¹ World Psychiatric Association

² Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia

³ Social Distance Scale

⁴ Dangerousness Scale

⁵ Corrigan

⁶ Link

برای تعیین شاخص روایی محتوایی، میانگین مقادیر CVR آیتم‌های آزمون که نشان دهنده جامعیت قضاوت‌های مربوط به روایی آزمون یا ابزار نهایی است، محاسبه گردید.

برای سنجش روایی سازه دو مقیاس، از روش تحلیل عاملی استفاده شد. قبل از انجام تحلیل عاملی، روابط بین آیتم‌های هر یک از دو مقیاس به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نظر تیانچینگ و فیدل (18) اگر هیچکدام از ضرائب همبستگی بین آیتم‌ها به $0/30$ نرسد، تحلیل عاملی با تردید مواجه است. در گام بعد تحلیل عاملی انجام شد. در این گام باید آزمون کرویت بارتلت معنی‌دار باشد و شاخص کایزر مایر از $0/60$ بیشتر باشد (18، 19).

جهت بررسی پایایی مقیاس‌ها، از روش پایایی آزمون-بازآزمون⁷ و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ⁸ استفاده شد. آلفای آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از آیتم‌ها است که یک سازه را می‌سنجند. برای داشتن همسانی درونی⁹ در حد خوب و کافی، میزان آلفای کرونباخ باید بین $0/7$ تا $0/8$ باشد (20). همچنین چنانچه ضریب همبستگی بین نمرات آزمون-بازآزمون بالاتر از $0/8$ باشد، میزان ثبات مطلوب است (21).

زمان بین آزمون اول و تکرار آن، یک ماه انتخاب شد که تا حد امکان از تاثیر حافظه فرد مورد مطالعه در به خاطر سپردن پاسخ‌ها جلوگیری شود. در مرحله بازآزمون پس از یک ماه، تعداد 50 نفر از حجم نمونه اولیه به روش تصادفی انتخاب و از آن‌ها درخواست شد تا مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. با محاسبه همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها در مرحله آزمون و بازآزمون این پنجاه نفر، ضریب پایایی بازآزمایی به دست آمد.

برای این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس فاصله اجتماعی: این مقیاس تمایل پاسخ دهندگان به داشتن تعامل با یک شخص هدف (بیمار روانی) را می‌سنجد. پاسخ دهندگان ابتدا شرح حال یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی¹⁰ را مطالعه می‌کند و سپس به پرسش‌ها در مورد شخص هدف (بیمار اسکیزوفرنی) پاسخ می‌دهد. این پرسش‌نامه شامل هفت سؤال است و با استفاده از یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت¹¹ (قطعاً مایل/احتمالاً مایل/

مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه مورد نیاز جهت انجام تحلیل عاملی، از نظر پژوهشگران مختلف متفاوت است و 5 تا 10 نمونه به ازای هر عبارت توصیه شده است (15). ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل مقیاس خطرناک بودن و مقیاس فاصله اجتماعی بود.

ابتدا متن انگلیسی مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن به طور جداگانه توسط سه روانپزشک عضو هیئت علمی به فارسی ترجمه مستقیم و با هم تطبیق داده شدند. سپس یک کارشناس مسلط به زبان انگلیسی که با متن تخصصی انگلیسی روانپزشکی آشنایی نداشت، متن را از فارسی به انگلیسی برگرداند. متن انگلیسی حاصل از ترجمه معکوس، توسط 3 نفر از اساتید روانپزشک مسلط به زبان انگلیسی مجدداً به زبان فارسی برگردانده شد. سپس با تطبیق نسخه‌های فارسی حاصل از ترجمه انگلیسی و انجام اصلاحات لازم، نسخه‌های نهایی فارسی دو مقیاس تهیه گردید.

در مرحله بعد در یک مطالعه متدولوژیک¹ (16) روایی صوری² و محتوایی³ دو مقیاس توسط 20 نفر از متخصصان شاغل در حرفه‌های بهداشت روان ارزیابی، و از آن‌ها خواسته شد که پس از بررسی کیفی ابزارها، بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، سطح دشواری (دشواری درک عبارات و کلمات)، میزان تناسب (تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با ابعاد پرسش‌نامه) و ابهام (احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات)، بازخورد لازم را ارائه دهند. همچنین از آن‌ها خواسته شد که هر آیتم را بر اساس یک طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند.

برای محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR)⁴ از فرمول لاوشه⁵ (17) استفاده شد. نتیجه به دست آمده با اعداد ارایه شده در جدول، مقایسه و در صورتی که مقدار نسبت به دست آمده، از مقادیر جدول بزرگ‌تر بود، برای محاسبه شاخص روایی محتوایی (CVI)⁶ (17) مورد استفاده قرار می‌گرفت.

¹ methodological research

² face validity

³ content validity

⁴ content validity ratio

⁵ Lawsche

⁶ content validity index

⁷ test-retest reliability

⁸ cronbach's alpha

⁹ internal consistency

¹⁰ schizizophrenia

¹¹ likert scale

شخصی افراد به جز در زمینه پژوهش و تحلیل اطلاعات صرفاً به صورت گروهی (و نه انفرادی) اطمینان داده شد. به علاوه پرسشنامه‌ها با کد و بدون ذکر نام تکمیل می‌شدند و اطلاعات شرکت کنندگان محفوظ می‌ماند.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16 و LISREL و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی تاییدی و نیز همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ صورت گرفت.

یافته‌ها

از بین 200 نفر شرکت کننده در این مطالعه، 46/5 درصد زن و 53/5 درصد مرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان $37/73 (\pm 7/48)$ سال و سابقه کاری آن‌ها $6/44 (\pm 9/38)$ سال بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در **جدول 1** نشان داده شده است.

پس از ترجمه پرسشنامه‌ها به زبان فارسی، ارزیابی موارد ترجمه شده و ترجمه معکوس نشان داد که مفاهیم اصلی هر دو پرسشنامه به خوانندگان فارسی زبان قابل انتقال است.

به منظور تعیین روایی محتوایی پرسشنامه‌ها، از بیست نفر از متخصصان حرفه‌های بهداشت روان نظرخواهی شد. روایی صوری دو مقیاس مورد تأیید متخصصان قرار گرفت و هیچ سؤالی حذف نشد. در هر دو مقیاس، میزان عددی CVR تمام سؤالات از 0/42 بالاتر بود. این عدد با توجه به تعداد اعضای متخصصین (بیست نفر) و بر اساس جدول لاوشه به دست آمد. بر اساس میانگین مقادیر CVR سؤالات هر یک از دو مقیاس، شاخص روایی محتوایی (CVI) مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن به ترتیب 0/75 و 0/77 به دست آمد (**جدول 2**). بنابراین ابزارها از روایی محتوایی قابل قبولی برخوردار بودند.

محاسبه ضریب پایایی به روش بازآزمایی نشان داد که همبستگی بین نمرات آزمون و آزمون مجدد در مقیاس فاصله اجتماعی، 0/89 و در مقیاس خطرناک بودن برابر با 0/88 است که هر دو از لحاظ آماری معنی‌دار هستند ($p < 0/01$) (**جدول 2**).

به منظور سنجش همسانی درونی و همبستگی بین آیتم‌های موجود در هر یک از دو مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس فاصله اجتماعی 0/92 و برای مقیاس خطرناک بودن 0/96 به دست آمد (**جدول 2**).

احتمالاً مایل نیستم/ قطعاً مایل نیستم) نمره گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده فاصله اجتماعی و تبعیض بیشتر است (12).

این مفهوم ابتدا به وسیله روبرت پارک¹ (به نقل از 12) یکی از رؤسای مدرسه شیکاگو در سال 1924 تعریف شد. براساس تعریف پارک، این مقیاس درجه فهم، تمایل و صمیمیت در مناسبات و روابط اجتماعی را نشان می‌دهد. مقیاس فاصله اجتماعی ابتدا بوسیله بوگاردوس² برای سنجش فاصله اجتماعی بر اساس نژاد و قومیت به کار گرفته شد. کامینگ³ در سال 1957 (به نقل از 12) برای اولین بار از این پرسشنامه در جهت تلاش برای تغییر نگرش مردم نسبت به بیماری‌های روانی استفاده کرد و فیلیپس⁴ در سال 1963 (به نقل از 12) اولین کسی بود که مقیاس فاصله اجتماعی را با محتوای یک شرح حال به کار گرفت. این مطالعه نشان داد که شخص توصیف شده در شرح حال از طرف پاسخ دهندگان به شدت طرد شده است (12).

درجه بندی این مقیاس از یک مطالعه دیگر فرق می‌کند. اسپیرو⁵ اولین کسی بود که درجه بندی را براساس قطعاً مایلیم تا قطعاً مایل نیستم به کار برد. از آن به بعد استفاده از این نوع درجه بندی به دلیل تنوع بیشتر پاسخ‌ها رایج شد (12).

در یک مطالعه مروری (22) ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار بین 0/75 تا 0/90 گزارش شد. بررسی روایی با روش تحلیل عامل نشان داد که این مقیاس در یک ساختار تک عاملی برازنده است (23، 24).

پرسشنامه سنجش خطرناک بودن: مقیاس خطرناک بودن توسط لینک (1987) طراحی شد (12). این ابزار نگرش پاسخ دهندگان در مورد خطرناک بودن بیماران روانی را می‌سنجد. شامل هشت آیتم است و با استفاده از یک مقیاس سه درجه‌ای لیکرت (مخالفم/ نظری ندارم/ موافقم) نمره دهی می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده خطرناک دانستن بیمار روانی است (12). لینک (12) ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار 0/85 گزارش داد. پن و همکاران (23، 24) با استفاده از روش تحلیل عاملی دریافتند که این مقیاس دارای یک ساختار تک عاملی است.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، هدف از اجرای پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و به محرمانه ماندن پاسخ‌ها، عدم استفاده از اطلاعات

¹ Robert Park

² Bogardus

³ Cumming

⁴ Phillips

⁵ Spiru

جدول 1- ویژگی‌های جمعیت شناختی

| شغل | جنس | | سن | سابقه کار |
|----------------|--------------------|-------------------|---------------|---------------|
| | مرد فراوانی (%) | زن فراوانی (%) | | |
| پرستار | 44 (22) | 43 (21/5) | 37/68 (±7/44) | 11/68 (±6/90) |
| رزیدنت | 8 (4) | 5 (2/5) | 36/62 (±5/84) | 2/23 (±0/72) |
| روانپزشک | 14 (7) | 12 (6) | 47/44 (±6/35) | 12/5 (±5/91) |
| روانشناس | 21 (10/5) | 18 (9) | 35/62 (4±/82) | 8/31 (±4/4) |
| کاردرمانگر | 10 (5) | 7 (3/5) | 32/82 (4±/21) | 6 (±4/65) |
| مددکار اجتماعی | 10 (5) | 8 (4) | 33/44 (3±/55) | 5/05 (±3/79) |
| کل | 107 (53/5) | 93 (46/5) | 37/73 (±7/48) | 9/38 (±6/44) |

جدول 2- ضرایب پایایی و شاخص روایی محتوایی پرسشنامه‌های مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن

| پرسشنامه | تعداد سؤال‌ها | آلفای کرونباخ | ضریب پایایی بازآزمایی | شاخص روایی محتوایی |
|---------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------------|
| فاصله اجتماعی | 7 | 0/96 | 0/89 * | 0/75 |
| خطرناک بودن | 8 | 0/92 | 0/88 * | 0/77 |

*p<0/001

نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که فقط یک عامل، 0/76 واریانس مقیاس فاصله اجتماعی و یک عامل 0/74 مقیاس خطرناک بودن را تبیین می‌کند. در مجموع می‌توان گفت که ساختار دو ابزار تک عاملی است و به استناد محتوای سؤال‌ها، مقیاس فاصله اجتماعی بعد طرد اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن بعد خطرناک دانستن بیمار روانی را می‌سنجد (جدول 3).

بحث

این پژوهش به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس‌های فاصله اجتماعی و خطرناک بودن انجام شد تا ابزار مناسبی برای سنجش نگرش نسبت به بیماری‌های شدید روانی در ایران فراهم شود.

نسخه ترجمه شده این دو مقیاس به فارسی برای پاسخ‌دهندگان قابل درک بود. این ابزار همچنین از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار بود.

نتایج تحلیل عاملی بیانگر برازندگی هر یک از دو مقیاس در یک ساختار تک عاملی بود. یعنی تنها یک عامل بیشترین میزان واریانس را تبیین می‌کند. این یافته همسو با مطالعات قبلی (24، 23) است که از نسخه اصلی ابزارها استفاده کرده‌اند. ضریب پایایی بازآزمایی بالا (0/88) برای مقیاس خطرناک بودن و 0/89 برای مقیاس فاصله اجتماعی) نشان

محاسبه ماتریس همبستگی آیتم‌های هر دو مقیاس نشان داد که ضرایب همبستگی بین آیتم‌ها در مقیاس فاصله اجتماعی در همه موارد بالاتر از 0/4 و در مقیاس خطرناک بودن بالاتر از 0/3 است. در گام بعد، شاخص کروییت مقیاس بارتلت برای هر دو مقیاس معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، و شاخص کایزر مایر در هر دو مقیاس بیشتر از 0/6 به دست آمد. بنابراین اجرای تحلیل عاملی، بر اساس ماتریس همبستگی به دست آمده در نمونه مورد مطالعه، قابل توجیه است.

جدول 3- بارهای عاملی سؤالات پرسشنامه‌های مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن در تحلیل عاملی

| مقیاس فاصله اجتماعی | | مقیاس خطرناک بودن | |
|---------------------|-------|-------------------|-------|
| شماره | عامل | شماره | عامل |
| 1 | 0/759 | 1 | 0/871 |
| 2 | 0/797 | 2 | 0/895 |
| 3 | 0/807 | 3 | 0/898 |
| 4 | 0/828 | 4 | 0/91 |
| 5 | 0/776 | 5 | 0/881 |
| 6 | 0/789 | 6 | 0/919 |
| 7 | 0/832 | 7 | 0/921 |
| | | 8 | 0/830 |

سپاسگزاری

از کلیه شاغلین حرفه‌های بهداشت روان بیمارستان روانپزشکی رازی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌شود.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع تخصصی روانپزشکی نویسنده اول است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Sartorius N, Schulze H. Reduction the stigma of mental illness. Farhadi Y. translator. Tehran: Danjeh Publication; 1389. [Persian].
2. Byrne P. Psychiatric stigma. *Brit J Psychiat*. 2001; 178(3): 281-284.
3. Leff J, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Farhadi Y. translator. Tehran: Danjeh Publication; 1389. [Persian]
4. Ostman M, Kjellin L. Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Brit J Psychiat*. 2002; 181(6): 494-498.
5. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, M Amering. Stigma resistance in patient with schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2011; 37(2): 316-323.
6. Stuart H. The new WPA section on stigma and mental disorder. *World psychiatry*. 2005; 4(1):64.
7. Link BG, Struening EL, Neesetodd SH, Asmussen S, Phelan JO. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(12): 1621-1626.
8. Gaebel W, Bauman A. Intervention to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiat*. 2003; 48: 657-66.
9. Corrigan PW, River L, Lundin R, Penn D, Uphoffwasowaki K, Campion J, et al. Three strategies for changing attribution about severe mental illness. *Schizophr. Bull*. 2001; 27(2): 187-195.
10. Pescosolido BK, Martin JK, Scottlong J, Medina TR, Phelan J, Link BG. A disease like any other? A decade of change in public reaction to schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Am J Psychiat*. 2010; 167:1321-1330.

می‌دهد که نسخه فارسی این دو مقیاس از تکرارپذیری خوبی برخوردار است و نتایج آزمون‌ها با گذر زمان پایاست. این یافته همسو با نتایج مطالعات قبلی (12، 13، 23، 24) انجام شده با نسخه اصلی این مقیاس‌ها است. تکرارپذیری موجود همچنین بیانگر این است که یک نگرش یا باور بنیادین محکم نسبت به بیماران و بیماری‌های روانی در افراد شرکت کننده در پژوهش وجود دارد.

نسخه فارسی مقیاس خطرناک بودن و مقیاس فاصله اجتماعی در مقایسه با نسخه انگلیسی و ترکی (12، 13، 24-22) آن دارای همسانی درونی بالاتری است. ضریب همسانی درونی نسخه اصلی پرسشنامه مقیاس فاصله اجتماعی در یک مطالعه مروری با موضوع انگ که توسط لینک (22) انجام شد بین 0/75 تا 0/90، در مطالعه کوریگان (13) 0/76، در پژوهش پن¹ (23) 0/75 و در مطالعه دیگری از پن (24) 0/81 گزارش شده است.

همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خطرناک بودن در مطالعه لینک (12) 0/85 و در مطالعات پن (23 و 24) به ترتیب 0/78 و 0/75 به دست آمده است. در مطالعه ساورون² و همکاران (25) ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه ترکی مقیاس‌های فاصله اجتماعی و خطرناک بودن به ترتیب 0/89 و 0/72 گزارش شد. اما در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خطرناک بودن 0/92 و برای مقیاس فاصله اجتماعی 0/96 به دست آمد.

همسانی درونی بالا در مطالعات مختلف بیانگر آن است که بین آیت‌های هر کدام از دو مقیاس، تجانس لازم وجود دارد و آیت‌های هر یک از دو ابزار تنها یک مفهوم (خطرناک دانستن بیمار روانی در مقیاس خطرناک بودن و طرد اجتماعی در مقیاس فاصله اجتماعی) را می‌سنجند.

طبق نتایج این پژوهش، نسخه فارسی پرسشنامه‌های مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک بودن دارای روایی و پایایی قابل قبولی است و می‌تواند جهت سنجش انگ بیماری‌های شدید روانی در ایران مورد استفاده قرار گیرد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این است که مطالعه تنها بر روی جامعه افراد شاغل در حرفه‌های بهداشت روان صورت گرفته است بنابراین تعمیم نتایج به افراد جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آتی، پژوهش مشابهی بر روی گروه‌های دیگر انجام شود.

¹ Penn

² Savrun

11. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*. 2002; 324:1470
12. Link BG, Cullen FT, Frank J, woznik JF. The social rejection of former mental patient understanding why labels matter. *Am J Psychol*. 1987; 92:1461-1500.
13. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River L, Uphoffwasowaki K, et al. Challenging two metal illness stigma: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophr. Bull*. 2002; 28(2): 293-309.
14. Corrigan PW, Backs Edwards A, Green A, Lickey Diwan S, Penn D. Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophr. Bull*. 2001; 27(2): 219-225.
15. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement commandments that often broken. *Res Nurs Health*. 1995; 18(5):465-469.
16. Domholdt E. *Rehabilitation Research, Principles and applications*. 3rd ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2005. P 265.
17. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975; 28: 563-575.
18. Tabachnick , B. C., Fidell, L. S. *Using multivariate statistics* (6th Edition). New York: Harper Collins; 1996.
19. Human HA. *Multivariable analysis in behavioral researching*. Tehran: parsa Publication; 2002. [Persian].
20. Bland JM, Atman DG. *Statistic Note: Cronbach Alpha*. *BMJ*. 1997; 314: 572.
21. de Boer MR, Moll AC, de Vet HC, Terwee CB, Vo'iker-Dieben HJ, van Rens GH. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: A systematic review. *Ophthal Physl Opt*. 2004; 24:257-273.
22. Link BJ, Yang LH, Phelan JO, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr. Bull*. 2004; 30(3): 511-541.
23. Penn D, Guyan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin C, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best?. *Schizophr. Bull*. 1994; 20(3):567-577.
24. Penn D, Nowlin Drummond A. Politically correct labels and schizophrenia: A Rose by any other name. *Schizophr. Bull*. 2001; 27(2):197-203.
25. Savrun B, Arikan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz B, Aksoy, et al. Gender effect on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university student. *Israel J Psychiat*. 2007; 44(1):57-61.

Original Article

Psychometric Properties of the Persian Version
of Social Distance and Dangerousness Scales to Investigate Stigma Due
to Severe Mental Illness in Iran

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to assess the psychometric properties of the Persian version of the Social Distance and Dangerousness scales used for studying stigma of severe mental illnesses. **Method:** In a cross sectional study, Social Distance and Dangerousness scales were administered to 200 mental health workers of Razi Psychiatry Hospital who were selected through random sampling procedure. The reliability of the scales was assessed through internal consistency and test-retest procedures. The content and construct validity were also assessed. **Results:** Cronbach's alpha for the Social Distance and Dangerousness scales were 0.92 and 0.96, respectively. Test-retest reliability coefficients for the two scales were 0.89 and 0.88, respectively. The content validity coefficients of the scales were 0.75 and 0.77. Factor analysis of each scale yielded one factor. The social rejection factor accounted for 76% of the Social Distance scale and the dangerousness factor accounted for 74% of the Dangerousness scale. **Conclusion:** The results indicate that the Persian version of the Social Distance and Dangerousness scales have satisfactory psychometric properties and can be used to measure the stigma of severe mental illness in Iran.

Key words: Social Distance Scale; Dangerousness Scale; reliability; validity

[Received: 8 February 2014; Accepted: 9 June 2015]

Fateme Ranjbar Kermani ^a, Robabeh Mazinani ^{*}, Farbod Fadaei ^b, Behrooz Dolatshahi ^b, Mehdi Rahgozar ^b

^{*} Corresponding author: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Razi Hospital, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-33401216

E-mail: Robabeh_mazinani@yahoo.com

^a Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran; ^b University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.