

پایایی، روایی و ساختار عاملی آزمون غربالگری مصرف مواد

سید هادی سید علی تبار^۱، مجتبی حبیبی عسگرآباد^{۲*}، مریم فلاح‌پیشه^۳، موسی آروین^۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره شغلی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. استادیار روان‌شناسی سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، تهران، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. کارشناس مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، خوزستان، ایران

* نویسنده مسئول: مجتبی حبیبی عسگرآباد، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

mo_habibi@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: مهر ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: آبان ۱۳۹۴

نحوه استناد به این مقاله:

Sayed Alitabar SH, Habibi Asgarabad M, Falahatpisheh M, Arvin M. Reliability, Validity and Factor Structure of Drug Abuse Screening Tes. Community Health 2015; 2(4): 246-55..

چکیده

زمینه و هدف: هدف مطالعه حاضر، تعیین روایی و پایایی و ساختار عاملی تأییدی آزمون غربالگری مصرف مواد بود.

روش و مواد: این مطالعه به صورت همبستگی انجام شد. گروه نمونه شامل ۳۸۱ نفر (۱۴۳ زن و ۲۳۸ مرد) بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مناطق دو، شش و ۱۲ تهران انتخاب شدند و سپس از بین هر منطقه، شش مرکز ترک اعتیاد به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه آزمون غربالگری مصرف مواد بود. روایی همگرای این مقیاس به ترتیب با استفاده از مقیاس‌های ارزیابی مشکلات مصرف مواد بیماران روان‌پزشکی و پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت یا عود بررسی شد.

یافته‌ها: مقیاس غربالگری مصرف مواد در ساختار عاملی مرتبه اول با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. همین‌طور این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار بود (آلفای کرونباخ، ۰/۹ و پایایی باز آزمایی در فاصله یک هفته‌ای، ۰/۸). از سوی دیگر این سازه با مقیاس ارزیابی مشکلات مصرف مواد بیماران روان‌پزشکی و پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت یا عود از همبستگی مثبت و معنادار برخوردار بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که مقیاس غربالگری مصرف مواد از روایی و پایایی مناسبی در جامعه ایرانی برخوردار است. می‌توان گفت این مقیاس ابزار خودگزارش‌دهی مفید و کارآمد برای اهداف پژوهشی و هم‌چنین اعتیاد است.

واژگان کلیدی: مقیاس غربالگری مصرف مواد، پایایی، روایی و ساختار عاملی

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر، مشکل اساسی در جامعه است، مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و آسیب‌های ناشی از آن می‌کند. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است که نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد، بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری، فحشا و بی‌کاری

را نیز در بر دارد (۱). اعتیاد را مصرف تکراری مواد تعریف کرده‌اند، به صورتی که این مصرف باعث شکست در کار، تحصیل، نقش‌های خانوادگی یا موقعیت‌هایی حساس نظیر رانندگی شده و یا باعث ایجاد مشکلات قانونی مربوط به مصرف مواد می‌شود (۲). به گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۰۵ میلادی، تعداد مصرف‌کنندگان انواع مواد مخدر حدود ۲۰۰ میلیون نفر بود (۳). بر اساس آمار این سازمان، در سال ۲۰۰۳، بین ۴ تا ۷ میلیون نفر در ایران به مواد اعتیاد آور غیر قانونی

نظیر مواد افیونی، حشیش و مواد محرک آلوده بودند (۴). بر اساس پژوهشی دیگر نیز در ایران، سوء مصرف مواد در حال گسترش است و حدود ۳/۳-۱/۸ میلیون نفر مصرف کننده مواد وجود دارد (۵). هم چنین برخی برآوردهای اولیه و ساده در ایران، تعداد افراد مصرف کننده مواد مخدر را رقمی در حدود دو میلیون نفر ذکر می کند که با در نظر گرفتن حداقل یک خانواده پنج نفری مرتبط با این افراد به رقمی در حدود ده میلیون نفر (یک نفر از هر هفت ایرانی) که مستقیماً در خانواده درگیر هستند خواهیم رسید (۶).

اندازه گیری دقیق مصرف مواد مخدر و سوء مصرف آن، یک مسأله مهم در زمینه سوء مصرف مواد است. تکنیک های مختلفی برای اندازه گیری سوء مصرف مواد مخدر طراحی شده که از بین آنها می توان به پرسشنامه های غربالگری خودگزارشی (۷) درجه بندی مصاحبه گر (۸)، شاخص شدت (۹) و مصاحبه های بالینی ساختار یافته و روش های غربالگری مواد نظیر آزمایش ادرار اشاره نمود (۱۰). با وجود اینکه مطالعات حاکی از آن است که پرسشنامه های خود گزارشی ممکن است یک اندازه گیری پایا و روا از مصرف مواد داشته باشند (۱۱)، کمبود یک ارزیابی روان سنجی قاطعانه برای این مقیاس ها همواره وجود دارد. اطلاعات جمع آوری شده از ابزارهای غیر استاندارد ممکن است درجه واقعی مصرف مواد را از میان پاسخ های افراد به پرسشنامه، به طور دقیق مشخص نکنند (۱۲). مشکل اساسی دیگر آن است که بیش تر مقیاس های مصرف مواد در تنظیمات غیر بالینی و با استفاده از جمعیت دانشجویان و دانش آموزان، توسعه یافته اند (۱۳). Skinner در سال ۱۹۸۲ درباره عمومیت بخشیدن به اندازه گیری های خود گزارشی از مصرف مواد و تنظیمات بالینی آنها تاکید کرد (۱۱). در این میان، یکی از معمول ترین ابزارهای اندازه گیری مصرف مواد، آزمون غربالگری مصرف مواد یا DAST می باشد (۷). مقیاس اولیه یا اصلی آن، در آمریکای شمالی توسعه یافت یک ابزار غربالگری ۲۸ گویه ای می باشد که پس از تست غربالگری الکل Michigan یا MAST طراحی شد (۱۵) که افراد را در یک پیوستار از شدت بالای مشکل مواد تا شدت پایین آن

طبقه بندی می کند (۱۶). این آزمون یک اندازه گیری خود گزارشی از مصرف مواد است که برای غربالگری بالینی و تحقیقات مربوط به ارزیابی و درمان مورد استفاده قرار می گیرد. این آزمون، پیامد های مصرف مواد و شدت مشکل را طی یک سال گذشته اندازه گیری می نماید (۱۷). تحلیل عاملی نشان می دهد که این آزمون، یک مقیاس تک بعدی است. نسخه های کوتاه شده آن تحت عنوان بیست آیتمی و ده آیتمی توسعه یافت (۱۸). Skinner در سال ۱۹۸۲ نسخه های ده آیتمی و بیست آیتمی این آزمون را گسترش داد و هر دوی این نسخه ها همبستگی درونی بالایی از خود نشان دادند (آلفای کرونباخ = ۰/۸)، پایایی باز آزمایشی بالاتری داشتند (۰/۷)، همبستگی بالایی با نسخه بیست و هشت آیتمی آن داشتند، و مصرف کنندگان مواد را از مصرف کنندگان الکل متمایز می کردند (۱۸ و ۱۹). نسخه ده و بیست گویه ای این مقیاس، با یکدیگر همبستگی دارند (۰/۹). سه پژوهش در سه کشور، پایایی نسخه ده گویه ای آزمون را ارزیابی کردند: ایالات متحده آمریکا: (آلفای کرونباخ = ۰/۸، ضریب کاپای باز آزمایشی = ۰/۷) (۲۰)، اسپانیا: (آلفای کرونباخ = ۰/۹) (۱۷)، و هند: (آلفای کرونباخ = ۰/۹) (۱۷).

نسخه بیست گویه ای DAST، با نسخه اصلی آن که بیست و هشت گویه داشت، همبستگی تقریباً بالایی دارد و همچون نسخه بلندتر آن، ساختار مشابهی را اندازه می گیرد. علاوه بر این، این نسخه، پایایی درونی بالایی نیز دارد (آلفای ۰/۹۵ برای نسخه کلی و آلفای ۰/۸۶ برای زیر نمونه ای که شامل مراجعانی می شود که فقط مصرف الکل دارند). بیش تر مراجعانی که مصرف الکل دارند، نمره پنج یا کمتر می گیرند در حالی که اکثر مراجعانی که مشکلات مصرف مواد دارند، در نسخه بیست گویه ای این آزمون، نمره ی شش یا بالاتر را به دست می آورند (۱۶). نمرات بالا در نسخه بیست آیتمی DAST نشان دهنده گرایش به رفتارهای پر خطر و ابراز نگرش هایی است که با قوانین و برنامه های معمول اجتماعی در تضاد است. DAST با مشکلات بین فردی، شکاکیت، نشانه های افسردگی و اشتغال با بدعملکردی بدنی، همبستگی مثبتی دارد (۱۷). در نهایت، نمره کلی

اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و قبل از اجرای پژوهش نیز، از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد. ابزارهای پژوهش به شرح زیر بود:

پرسشنامه مصرف مواد Drug Use Questionnaire (DAST): نسخه اولیه این پرسشنامه شامل ۲۸ گویه است. دو نسخه کوتاه این مقیاس، دربرگیرنده پرسشنامه ۱۰ سؤالی و پرسشنامه ۲۰ سؤالی است. نسخه بیست سؤالی DAST به صورت بلی-خیر پاسخ داده می‌شود. نسخه ۲۰ سؤالی همبستگی بالایی با مقیاس اولیه از خود نشان داده است ($r=0/99$). علاوه براین، همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) آن نیز بسیار بالا بوده است ($0/95$) برای کل نمونه و $0/86$ برای نمونه‌ای از افراد دارای مشکلات اعتیاد به الکل بودند). بیشتر مراجعان دارای مشکلات مرتبط با مصرف الکل، نمره ۵ یا کمتر به دست آوردند، در حالی که بیش‌تر مراجعان دارای مشکلات مصرف مواد، نمره شش یا بیش‌تر در نسخه ۲۰ سؤالی کسب کردند. نسخه ۱۰ سؤالی این پرسشنامه نیز دارای همبستگی بالایی با نسخه ۲۰ سؤالی بود ($r=0/98$) و از ضریب همسانی درونی بسیار خوبی برای چنین مقیاس کوتاهی برخوردار بود ($0/92$ برای کل نمونه و $0/74$ برای نمونه مصرف مواد) (۱۶).

مقیاس ارزیابی مشکلات مصرف مواد بیماران

روانپزشکی Problem Assessment For Substance Using Psychiatric Patients (PASUPP): این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که پیامدهای منفی حاصل از مصرف مواد در بین افرادی که به طور همزمان دارای اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد هستند را مورد سنجش قرار می‌دهد. افراد می‌بایست پیامدهای منفی مصرف مواد را در طی ۱۲ ماه گذشته گزارش کنند. این گویه‌ها، منعکس‌کننده رخدادها (مانند از دست دادن خانه) و حالت (مانند عصبانی‌شدن نسبت به دیگران). رخدادها شامل ۳۰ گویه نخست می‌باشد و آزمودنی‌ها فراوانی آن‌ها را روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱=اصلاً تا ۴=بیشتر اوقات گزارش می‌کنند. حالت‌ها نیز شامل ۲۰ گویه پایانی است و شرکت‌کنندگان باید شدت حالت خود را روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱=اصلاً تا ۴=بسیار زیاد گزارش کنند (۲۳). این مقیاس از همسانی درونی و روایی سازه

این آزمون به شکل واضحی بین مراجعین دسته اول که دارای مشکلات مواد هستند، مراجعین دسته دوم که هم مشکل الکل و هم مواد دارند و مراجعین دسته سوم که فقط مشکل الکل دارند، تمایز قائل می‌شود (۲۲). آزمون غربالگری مصرف مواد یک سری مزایا و محدودیت‌هایی دارد. مزایای آن به این ترتیب می‌باشد: (۱) کوتاه است و برای اجرا کننده ارزان تمام می‌شود. (۲) یک شاخص کمی از مشکلات گسترده سوء مصرف مواد فراهم می‌کند. (۳) این تست می‌تواند برای تأیید کردن اطلاعاتی که توسط منابع ارزیابی دیگر جمع‌آوری می‌شود، به کار رود. (۴). اجرای معمول این تست یک روش مناسب را برای ثبت و ضبط دامنه‌ای از مشکلات مرتبط با مواد فراهم می‌کند. (۵) یک منبع استاندارد برای مشاهده تغییرات در جمعیت مراجعین فراهم می‌کند. محدودیت‌های آن نیز به شرح زیر است: (۱). از آنجا که گویه‌های این آزمون واضح و مشهود هستند، مراجعین ممکن است نتایج را جعل کرده و در پاسخ به سؤال‌ها دچار وانمود کردن شوند. (۲). از آنجا که این رویکرد ارزیابی یک تصویر ناکامل از وضعیت مراجع فراهم می‌کند، این خطر وجود دارد که به آن بیش از حد تکیه کنیم. زیرا آزمون حاضر، یک نمره کمی در اختیار ما قرار می‌دهد و این نمره ممکن است غیر قابل تفسیر باشد (۱۶).

این پژوهش با دو هدف انجام شد: (۱) تعیین ساختار عاملی آزمون غربالگری مصرف مواد بر روی مردان و زنان وابسته به مواد به کمک تحلیل عاملی تأییدی و (۲) تعیین پایایی و روایی آزمون غربالگری مصرف مواد.

روش و مواد

این مطالعه به روش همبستگی انجام شد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مردان و زنان وابسته به مواد (معتاد) شهر تهران تشکیل دادند که حداقل یک‌سال از زمان حضور آن‌ها در مراکز اعتیاد گذشته باشد. نمونه پژوهش شامل ۳۸۱ نفر، ۱۴۳ ($37/5\%$) نفر زن و ۲۳۸ ($62/5\%$) نفر مرد بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. از میان مناطق شهر تهران، سه منطقه دو، شش و ۱۲ به صورت تصادفی انتخاب و از بین هر یک از این مناطق، شش مرکز ترک اعتیاد به صورت تصادفی انتخاب شدند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که

خوبی در بین افراد با اختلالات همزمان برخوردار است. پایایی باز آزمایی حاصل از اجرای این پرسشنامه در فاصله یک هفته‌ای، بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده است (۲۴) و (۲۵).

پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت یا عود Relapse

RPS) Prediction Scale: این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۴۵ سؤالی است که توسط Write (۲۶) برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر تهیه شده است. هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و به دو قسمت این مقیاس پاسخ دهد، الف) شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص، ب) احتمال مصرف در آن موقعیت (۲۷). این مقیاس توسط گودرزی ترجمه شده است و به منظور سنجش میزان پایایی آن فیروز آبادی (۲۸) این مقیاس را بر روی یک نمونه ۴۵ نفری دارای ملاک‌های وابستگی به مواد اجرا نمود و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی برای میزان وسوسه را ۰/۵۸ و برای احتمال مصرف ۰/۶۳ گزارش کرد. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ در خرده مقیاس وسوسه ۰/۹۴ و در خرده مقیاس احتمال مصرف ۰/۹۳ گزارش می‌شود.

در روش اجرا، نسخه اصلی پرسشنامه مصرف مواد از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس ترجمه فارسی آن توسط فرد دیگری به انگلیسی برگردانده شد و مجدداً دو نسخه انگلیسی از نظر تفاوت‌ها با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. سپس آیت‌های پرسشنامه در گروهی متمرکز متشکل از ۱۰ مرد و هفت زن، یک به یک خوانده شد و هرگونه ابهام در آیت‌ها مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. پس از انجام این مراحل پرسشنامه بین زنان و مردان که در مراکز اعتیاد به سر می‌بردند، توزیع شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 و LISREL 8.80 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان ۳۳/۱ (۳۸/۲) سال و کم‌ترین و بیشترین سن به ترتیب ۱۸ و ۵۶ سال بود. از نظر تحصیلات ۱۸۹ (۴۹/۵٪) نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۱۰۳ (۲۹٪) نفر فوق دیپلم، ۵۶ (۱۷/۵٪) نفر

لیسانس، ۳۳ (۴٪) نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند. قبل از بررسی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، پیش‌فرض‌هایی شامل: ۱) نرمال بودن توزیع متغیرها، ۲) متغیرهای مشاهده شده چندگانه (داشتن حداقل دو متغیر مشاهده شده برای هر متغیر نهفته)، ۳) مدلی بیش از حد مشخص‌شده، ۴) فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری بررسی شد. در مطالعه حاضر، نیز بررسی و رعایت آنها مورد تأیید قرار گرفت. رعایت پیش‌فرض اول با توجه به نتایج آزمون تک متغیره و چند متغیره نرمال بودن در نرم افزار LISREL بررسی شد و با توجه به رد شدن فرضیه نرمال بودن در تعدادی از متغیرها از روش برآورد مقاوم در برابر نقض نرمال بودن استفاده شد که در قسمت برآورد پارامترها به آن پرداخته می‌شود. همچنین برون‌داده‌های نرم‌افزار LISREL، و برازش یافتن مدل‌های اندازه‌گیری نشان داد که پیش‌فرض‌های «مدلی بیش از حد مشخص شده» و «عدم هم‌خطی چندگانه» بین متغیرها نیز رعایت شده است و نهایتاً مفروضه فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری با توجه به ماهیت داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

ابتدا برازش آماری مدل اندازه‌گیری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار LISREL مورد بررسی قرار گرفت. مدل مورد بررسی شامل مدل تک بعدی Skinner (۱۶)، با بار شدن ۲۰ گویه روی یک عامل پرسشنامه مصرف مواد بود. در جدول شماره ۱ بارهای عاملی، خطای استاندارد برآورد پارامترها، آزمون t برای بررسی معنی‌داری پارامترها و ضریب تبیین پارامترها ارائه شده است. با توجه به نقض مفروضه نرمال بودن از روش بیشینه درست‌نمایی مقاوم در برابر نقض مفروضه نرمال بودن توزیع برای برآورد مدل و از شاخص‌های زیر برای برازش مدل استفاده شد: شاخص مجذور خی ساتورا- بنتلر Satorra Bentler Scaled chi Square (2) χ ، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (2/df) χ ، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و باقیمانده ریشه مجذور میانگین (RMR).

بارهای عاملی و ضریب تعیین هر یک از سؤالات روی عامل مربوطه (R2) ارائه شده است. بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است بارهای عاملی در حد رضایت بخشی است ($P.E > 0/3$).

در جدول شماره ۱ نتایج تحلیل عاملی تأییدی سؤالات مقیاس ارزیابی چند مرحله‌ای رضایت از همسر به صورت مقادیر بارهای عاملی (P E)، خطای استاندارد برآورد بارهای عاملی (S E)، مقادیر t برای بررسی معنی‌داری

جدول شماره ۱- نتایج تحلیل عاملی تأییدی سؤال‌های پرسشنامه مصرف مواد

گوپه	بارهای عاملی	S.E.	t. value	R2
آیا تا به حال از مواد دیگری غیر از داروهای مورد نیاز به دلایل پزشکی استفاده کرده‌اید؟	۰/۲۰	۰/۰۲	۸/۵	۰/۱۷
آیا تا به حال از داروهای تجویز شده استفاده غیر مجاز (سوء مصرف) کرده‌اید؟	۰/۴۵	۰/۰۱	۲۷/۰	۰/۹۵
آیا به طور همزمان از چند دارو (ماده) استفاده نا مناسب کرده‌اید؟	۰/۳۷	۰/۰۱	۱۹/۸	۰/۶۶
آیا می‌توانید یک هفته را بدون مصرف مواد غیر مجاز سپری کنید؟	۰/۳۸	۰/۰۲	۱۹/۴	۰/۶۴
آیا همیشه می‌توانید در مصرف مواد هنگامی که به آن نیاز دارید، خودداری کنید؟	۰/۴۴	۰/۰۱	۲۶/۹	۰/۹۵
آیا تا به حال، "بیپوشی" یا "بازگشت به قبل" را در نتیجه استفاده از مواد تجربه کرده‌اید؟	۰/۴۴	۰/۰۱	۲۷/۱	۰/۹۶
آیا احساس بد بودن یا احساس گناه به خاطر استفاده از مواد به شما دست داده است؟	۰/۲۸	۰/۰۲	۱۲/۰	۰/۳۱
آیا همسر (یا والدین‌تان) در مورد مصرف مواد شما، ایراد گرفته‌اند؟	۰/۴۲	۰/۰۱	۲۴/۰	۰/۸۴
آیا سوء مصرف مواد، مشکلی بین شما و همسر یا والدین‌تان ایجاد کرده است؟	۰/۴۳	۰/۰۱	۲۴/۹	۰/۸۷
آیا تا به حال به خاطر مصرف مواد، دوستان‌تان را از دست داده‌اید؟	۰/۲۱	۰/۰۲	۸/۸	۰/۱۸
آیا تا به حال به خاطر مصرف مواد، خانواده‌تان را مورد بی‌توجهی قرار داده‌اید؟	۰/۴۱	۰/۰۱	۲۱/۹	۰/۷۵
آیا تا به حال به خاطر سوء مصرف مواد، در محل کار (یا مدرسه) با مشکل مواجه شده‌اید؟	۰/۲۲	۰/۰۲	۹/۱	۰/۱۹
آیا تا به حال به خاطر سوء مصرف مواد، شغل‌تان را از دست داده‌اید؟	۰/۴۰	۰/۰۲	۱۹/۹	۰/۶۷
آیا زمانی که تحت تأثیر مواد بودید، وارد درگیری یا دعوا شده‌اید؟	۰/۱۱	۰/۰۲	۴/۳	۰/۰۴
آیا تا به حال برای به دست آوردن مواد، دست به فعالیت‌های غیرقانونی زده‌اید؟	۰/۳۰	۰/۰۲	۱۳/۸	۰/۳۹
آیا تا به حال به خاطر داشتن مواد غیر مجاز بازداشت شده‌اید؟	۰/۱۲	۰/۰۲	۴/۹	۰/۰۵
آیا تا به حال به هنگام توقف مصرف مواد، علائم ترک (حالت مریضی) را تجربه کرده‌اید؟	۰/۱۸	۰/۰۲	۷/۳	۰/۱۳
آیا تا به حال در نتیجه مصرف مواد، مشکلات پزشکی (مانند از دست دادن حافظه، هپاتیت، تشنج، خون‌ریزی و ...) داشته‌اید؟	۰/۱۸	۰/۰۲	۷/۳	۰/۱۳
آیا تا به حال از کسی به خاطر مشکلات مربوط به مصرف مواد درخواست کمک کرده‌اید؟	۰/۱۸	۰/۰۲	۷/۳	۰/۱۲
آیا تا به حال در برنامه درمانی به خصوص در رابطه با مصرف مواد شرکت کرده‌اید؟	۰/۱۳	۰/۰۲	۵/۲	۰/۰۶

مجدور خیی بر درجه آزادی، کوچک تر از سه باشد برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ تر از ۰/۹۵ و شاخص‌های RMSEA و RMR کوچک تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد و اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ تر از ۰/۹۰ و شاخص‌های RMSEA و RMR کوچک تر از ۰/۰۸ باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد (۳۸، ۳۹ و ۴۰). در نتیجه شاخص‌های CFI، GFI، RMR بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت

بررسی میزان تفاوت برازش مدل مورد بررسی حاکی از آن است که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد، یعنی نتایج پژوهش از مدل تک عاملی متمایل حمایت می‌کند. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش نسبتاً مطلوبی با داده‌ها دارد. اگر مجدور خیی از لحاظ آماری معنادار نباشد، دال بر برازش بسیار مناسب است. اما این شاخص در نمونه‌های بزرگ‌تر از ۱۰۰ غالباً معنادار است و از این رو شاخص مناسبی برای سنجش برازش مدل نیست. اگر شاخص نسبت

کاربرد در جامعه مورد مطالعه را دارد. به منظور بررسی روایی پرسشنامه مصرف مواد، این پرسشنامه به همراه مقیاس ارزیابی مشکلات مصرف مواد (PASUPP)، مقیاس پیش بینی بازگشت (RPS) خرده مقیاس‌های آن روی ۵۰ آزمودنی اجرا شد و سپس ضریب همبستگی بین آن‌ها محاسبه شد

دارد و شاخص‌های AGFI و RMSEA بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی برازش رضایت بخش است (جدول شماره ۲). بنابراین، بر اساس نتایج بدست آمده از مدل اندازه گیری مرتبه اول نتیجه می‌گیریم که مدل‌های اندازه گیری پرسشنامه مصرف مواد، روایی مناسب برای

جدول شماره ۲- شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی مقیاس اثرات مصرف سیگار

RMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	Df	χ^2
۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۹۸	۰/۸۶	۰/۹۰	۲/۹۳	۱۶۰	۴۷۰/۱۹

مطالعه حاضر، جهت بررسی ساختار عاملی تأییدی مرتبه اول پرسشنامه مصرف مواد انجام شد. ساختار عاملی مرتبه اول تک عاملی پرسشنامه غربالگری مصرف مواد نیز برازش بهتری با داده‌های مشاهده شده داشتند. این مسأله، تأییدی بر پژوهش‌های پیشین (۲۰-۱۶) است که حاکی از ساختار عاملی مناسب این مقیاس می‌باشد. ساختار عاملی تأییدی، اعتبار و روایی مقیاس مصرف مواد برای کاربردهای پژوهشی و تشخیص‌های بالینی در حد قابل قبول بود. به هر حال براساس یافته‌های بدست آمده مقیاس مصرف مواد، مقیاس قابل اطمینان و معتبری است که می‌توان از آن برای ارزیابی افراد معتاد و افراد در آستانه اعتیاد استفاده نمود و نتایج پایا و با ثباتی هم به دست آورد.

برای بررسی روایی همگرا از همبستگی بین نمره کل مقیاس مصرف مواد و مقیاس‌های ارزیابی مشکلات مصرف مواد و مقیاس پیش‌بینی بازگشت استفاده شد. همان‌طور که می‌دانیم، مقیاس مصرف مواد به لحاظ نظری رفتارهایی را بررسی می‌کند که با مقیاس مشکلات مصرف مواد و پیش‌بینی بازگشت مشابه است، بنابراین وجود همبستگی بالا یا مستقیم بین این آزمون و مقیاس مصرف مواد در مطالعه حاضر را می‌توان به عنوان شاهدهی بر روایی همگرای مناسب این مقیاس به حساب آورد. نتایج حاصل از بررسی همسانی درونی مقیاس مصرف مواد با استفاده از آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۸ برآورد شده است. این یافته

همان‌طور که در جدول ۳ شماره مشاهده می‌شود همبستگی نمره کل پرسشنامه مصرف مواد با مقیاس ارزیابی مشکلات مصرف مواد و مقیاس پیش‌بینی بازگشت به ترتیب برابر با ۰/۵۲ و ۰/۳۳ می‌باشد که بیان‌گر روایی همگرای قابل قبول این پرسشنامه است.

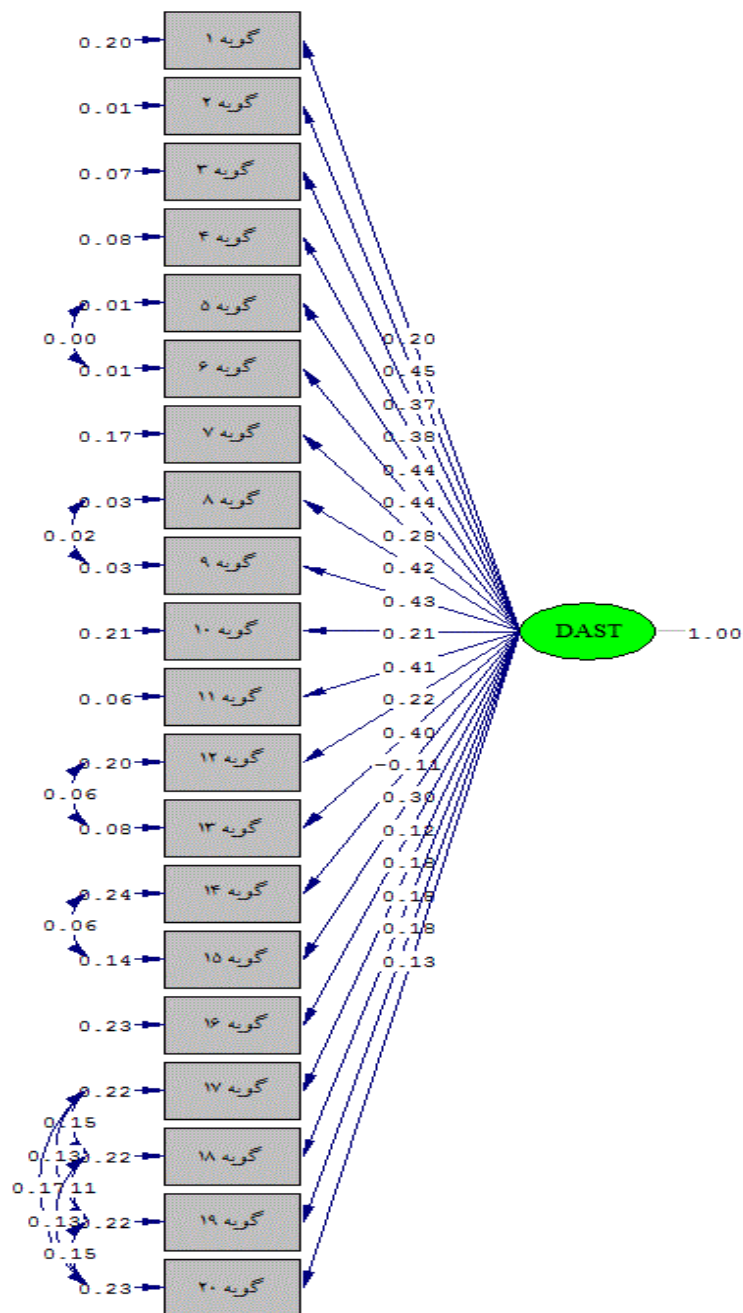
آزمون	مصرف مواد	پیش‌بینی مشکلات مصرف مواد
مصرف مواد (DAST)	۰/۵۲**	۰/۳۳**

**P<۰/۰۱

برای تعیین پایایی این مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ حاصل از اجرای این آزمون، ۰/۹۲ و ضریب باز آزمایی آن در فاصله یک هفته‌ای ۰/۸۸ برآورد شده است.

بحث:

مطالعه در زمینه اعتیاد به مواد و بررسی ابعاد مختلف آن به جهت تأثیری که بر بهداشت روانی افراد دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است و توجه و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات در این راستا می‌تواند نویدبخش جامعه‌ای ارزشمند و متعالی باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس مصرف مواد در میان زنان و مردان وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران بود. یافته‌های این مطالعه حاکی از روایی و پایایی مطلوب مقیاس فراهم آمده برای غربالگری مصرف مواد و برای استفاده در ایران است.



Chi-Square=470.19, df=160, P-value=0.00000, RMSEA=0.070

شکل ۱- ساختار عاملی مرتبه اول مقیاس غربالگری مصرف مواد

ناشی از بی‌کفایتی فردی ترغیب کند. دوم، نمونه پژوهش شامل مردان و زنان متأهل شهر تهران بود، افراد با سایر مشاغل و طبقات اجتماعی در نمونه پژوهش حضور نداشتند.

نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن اهدافی که مقیاس مصرف مواد دنبال می‌کند، می‌توان گفت این مقیاس می‌تواند به صورت فردی یا گروهی در موارد متعددی مانند یک ابزار

مؤید این مطلب است که این ابزار دارای همسانی درونی مناسب این مقیاس است.

ذکر این نکته لازم است که برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعمیم‌پذیری نتایج آن را محدود می‌کند. اول، نتایج مطالعه هم‌چون بسیاری از مطالعات دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی (به جای مطالعه رفتار واقعی) ممکن است مشارکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بد نامی

تشخیصی در زمینه مشاوره اعتیاد و پیش‌بینی اعتیاد و یا تشخیص اولیه و ثانویه آن مورد استفاده قرار گیرد.

مشکلات و محدودیت ها:

از محدودیت های پژوهش فوق می توان به عدم سواد کافی برخی شرکت کنندگان برای پاسخ دادن به سؤالات و فهم آیتم ها اشاره نمود. به علاوه، هوشیاری بعضی از افراد مصرف کننده، موجب می شد تا نتوانند به سؤالات پاسخ مناسبی بدهند. هم چنین، به علت کم تر بودن

مراکز ترک اعتیاد برای مصرف کنندگان زن، امکان ارائه پرسشنامه به مردان مصرف کننده بیشتر بود.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش که با شکیبایی و بردباری در این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌شود. همچنین لازم به ذکر است که این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی نبوده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

REFERENCES

1. Leatherdale ST, Burkhalter R. The Substance Use Profile of Canadian Youth: Exploring the Prevalence of Alcohol, Drug and Tobacco Use by Gender and Grade. *Addictive behaviors*. 2012;37(3):318-22
2. Khalatbari J, Bazarganiyan N. Comparison the Depression, Anxiety and Stress in Intravenous Drug Abusers, with and without HIV/ AIDS. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 78, 2010, , 76-83. [Full text in persian].
3. Kiani, M. Shamlu, B. Sadeghi, A. Prevention of Psychoactive Substance Use by Adolescents. *Journal of Medical Law*. 5 (19), 2011. [Full text in persian].
4. Mokri A. Brief Overview of the Status of Drug Abuse in Iran. *Arch Iranian Med*. 2002;5(3):184-90. [Full text in persian].
5. Mirzaei M, Mazloomi S, Yassini S, Askarshahi M, Jalilian F, Zinat Motlagh F et al . Fathers' Behavioral Intention and Behavior in Prevention of Children Tendency toward Addictive Drugs. 2013; 1 (2) :57-66 [Full text in persian].
6. Naghizadeh M, Rezaei Z, Zarei F, Firoozi E, Ahmadi D. Pattern of Illegal Drug Use in Women Referred to Substance Abuse Control Clinic in Fasa, Iran (2009-2011). *JFUMS*. 2014; 3 (4) :305-311 [Full text in persian].
7. Klitzner M, Schwartz RH, Gruenewald P, Blasinsky M. Screening for Risk Factors for Adolescent Alcohol and Drug Use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1987;141(1):45.
8. Cohen M, Karras A, Hughes R. The Usefulness and Reliability of a Drug Severity Scale. *Substance Use & Misuse*. 1977;12(2-3):417-22.
9. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, et al. New Data from the Addiction Severity Index Reliability and Validity in Three Centers. *The Journal of nervous and mental disease*. 1985;173(7):412-23.
10. Roehrich H, Gold MS. Diagnosis of Substance Abuse in an Adolescent Psychiatric Population. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1986;16(2):137-43.
11. Smart RG, Jarvis GK. Do Self-report Studies of Drug Use Really Give Dependable Esults. *Canadian J Criminology*. 1981;23:83.
12. Hochhauser M. Bias in Drug Abuse Survey Research. *Substance Use & Misuse*. 1979;14(5):675-87
13. Mdege ND, Lang J. Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: a systematic review. *Addictive behaviors*. 2011;36(12):1111-9.
14. Skinner HA. The Drug Abuse Screening Test. *Addictive behaviors*. 1982;7(4):363-71
15. Gibbs LE. Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: A review. *Drug and alcohol dependence*. 1983;12(3):279-85.
16. Skinner D. Assessment of Substance Abuse: Drug Abuse Screening Test (DAST). *Encyclopedia of drugs, alcohol, and addictive behaviors*. 2001;2.
17. Carey KB, Carey MP, Chandra PS. Psychometric Evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and Short Drug Abuse Screening Test with Psychiatric Patients in India. *The Journal of clinical psychiatry*. 2003;64(7):767

18. Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic Validity of the Drug Abuse Screening Test in the Assessment of DSM-III Drug Disorders. *British journal of addiction*. 1989;84(3):301-7.
19. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A Comprehensive Review of the Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007;32(2):189-98.
20. Cocco KM, Carey KB. Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test in Psychiatric Outpatients. *Psychological Assessment*. 1998;10(4):408.
21. Bedregal LE, Carter Sobell L, Sobell MB, Simco E. Psychometric Characteristics of a Spanish Version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive behaviors*. 2006;31(2):309-19.
22. Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. Use of the AUDIT and the DAST-10 to Identify Alcohol and Drug Use Disorders among Adults with a Severe and Persistent Mental Illness. *Psychological Assessment*. 2000;12(2):186.
23. Carey, Kate B., Lisa J. Roberts, Daniel R. Kivlahan, Michael P. Carey, and Dan J. Neal. "Problems Assessment for Substance Using Psychiatric Patients: Development and Initial Psychometric Evaluation." *Drug and alcohol dependence* 75, no. 1 (2004): 67-77.
24. Vincent, Paula C., Clara M. Bradizza, Kate B. Carey, Stephen A. Maisto, Paul R. Stasiewicz, Gerard J. Connors, and Nicole D. Mercer. "Validation of the Revised Problems Assessment for Substance Using Psychiatric Patients." *Addictive behaviors* 36, no. 5 (2011): 494-501.
25. Evren C, Can Y, Yilmaz A, Ovali E, Cetingok S, Karabulut V, et al. Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in Heroin Dependent Adults and Adolescents with Drug Use Disorder. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(4):351-9.
26. Write JF. Predicting Relapse among Young Adults: Psychometric Validation of the Advanced Warning of Relapse scale. *Addict Behav*. 1993;36(10):987-93.
27. Beck, A. T. Wright, D. F. *Cognitive Therapy Drug Addiction*. Translated by: Goudarzi, MA. Groundbreaking publication, 2002.
28. Firoozabadi, Abbas. Comparative Effectiveness Detached Mindfulness and Distraction Techniques to Reduce the Craving. MS thesis, unpublished. Ferdowsi University of Mashhad, 2008.

Original Article

Reliability, Validity and Factor Structure of Drug Abuse Screening Test

Sayed Hadi Sayed Alitabar¹, Mojtaba Habibi Asgarabad^{2*}, Maryam Falahatpisheh³, Musa Arvin⁴

1. Ph.D Student, Career Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Health Psychologist, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Master student of Family Therapy, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4. Bachelor of Counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

* **Corresponding Author:** Mojtaba Habibi Asgarabad, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Email: mo_habibi@sbu.ac.ir

How to cite this article:

Sayed Alitabar SH, Habibi Asgarabad M, Falahatpisheh M, Arvin M. Reliability, Validity and Factor Structure of Drug Abuse Screening Tes. Community Health 2015; 2(4): 246-55.

Abstract

Background and Objective: According to the increasing of substance use in the country, more researches about this phenomenon are necessary. This Study Investigates the Validity, Reliability and Confirmatory Factor Structure of the Drug Abuse Screening test (DAST).

Materials and Methods: The Sample Consisted of 381 Patients (143 Women and 238 Men) with a Multi-Stage Cluster Sampling of Areas 2, 6 and 12 of Tehran Were Selected from Each Region, 6 Randomly Selected Drug Rehabilitation Center. The DAST Was Used as Instrument. Divergent & Convergent Validity of this Scale Was Assessed with Problems Assessment for Substance Using Psychiatric Patients (PASUPP) and Relapse Prediction Scale (RPS).

Results: The DAST after the First Time Factor Structure of Using Confirmatory Factor Analysis Was Confirmed. The DAST Had a Good Internal Consistency (Cranach's Alpha, and the Reliability of the Test Within a Week, 0.9, 0.8). Also this Scale Had a Positive Correlation with Problems Assessment for Substance Using Psychiatric Patients and Relapse Prediction Scale ($P < 0.01$).

Conclusion: The Overall Results Showed that the Drug Abuse Screening Test in Iranian Society Is Valid. It Can Be Said that Self-Report Scale Tool Is Useful for Research Purposes and Addiction.

Keywords: Drug Abuse Screening Test, Reliability, Validity & Factor Structure