

روایی و پایایی پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی

وحید دستیار^{۱*}، محمد اسماعیل ریاحی^۱، امیر عرفانی^۲، محمود شارع پور^۱

^۱گروه علوم اجتماعی، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران، ^۲گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه نیپسینگ، کانادا

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۴/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: استیگما به نگرش‌ها و باورهای منفی و مخربی اشاره دارد که جامعه نسبت به برخی گروه‌های اجتماعی، مانند بیماران روانی، معلولان و یا نژاد خاصی دارد. در ایران پرسشنامه جامع و دقیقی درباره سنجش استیگمای معلولیت جسمی از دیدگاه جامعه‌شناختی وجود ندارد. بنابراین هدف از این پژوهش تعیین و روایی و پایایی پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه پیمایشی - مقطعی است که در بین ۶۲۰ نفر از معلولان جسمی ساکن شهرهای تهران و یاسوج به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. برای ارزیابی روایی پرسشنامه از اعتبار محتوایی، صوری، سازه، همگرا، واگرا، متقاطع اشتراکی و افزونگی و جهت ارزیابی پایایی از آلفای کرونباخ، روش لوپ و قابلیت اعتماد ترکیبی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و PLS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اعتبار همگرا در سطح متغیرها ($AVE > 0.50$) و در سطح گویه‌ها (> 0.40 بارهای عاملی) برقرار است؛ که نشان از اعتبار و دقت گویه‌های مورد بررسی برای اندازه‌گیری متغیرهای مربوط به خود بوده است. با توجه به مقادیر بارهای عاملی، در اندازه‌گیری استیگمای اجتماعی، بُعد استیگمای خانوادگی (0.770)، در اندازه‌گیری استیگمای درک شده، بُعد «احساس متفاوت دیده شدن» (0.870) و در اندازه‌گیری خودانگیزی، بُعد «استیگمای اجتناب» (0.871) بیشتر از دیگر ابعاد نقش داشته‌اند. همچنین نشان داده شد که اعتبار واگرا در سطح متغیرها و گویه‌ها برقرار است و طبق شاخص فورنل - لارکر جذر میانگین واریانس استخراج شده هر متغیر بیشتر از حداکثر همبستگی آن متغیر با متغیرهای دیگر است. نتایج قابلیت اعتماد ترکیبی نشان داد پرسشنامه از پایایی ثبات درونی قابل قبولی برخوردار است و پایایی مدل اندازه‌گیری مورد تأیید است ($CR > 0.70$). در آخر نتایج روایی متقاطع اشتراکی و افزونگی نشان داد که مدل اندازه‌گیری از تناسب و قدرت پیش‌بینی خوبی برخوردار است ($Q^2 > 0.11$).

نتیجه‌گیری: با توجه به بررسی شاخص‌های روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری، می‌توان گفت که این پرسشنامه از نظر محتوا مناسب است و گویه‌ها توانسته‌اند متغیرهای مورد نظر خود را به خوبی اندازه‌گیری کنند. همچنین پرسشنامه مذکور از کیفیت خوب و مطلوبی برخوردار بوده و می‌تواند ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری استیگمای معلولیت جسمی باشد.

واژه‌های کلیدی: استیگما، پایایی، روایی، معلولیت، پرسشنامه

***نویسنده مسئول:** وحید دستیار، مازندران، دانشگاه مازندران، گروه علوم اجتماعی

Email: Vdastyar95@gmail.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^(۱)، افراد دارای معلولیت ۱۶ درصد (۱/۳ میلیارد نفر) از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند^(۱). در ایران نیز بیش از ۱۱ میلیون نفر دارای معلولیت می‌باشند^(۲). استیگما یک پدیده جهانی شناخته شده است، اما تجربه لمس آن و تبعیض‌های حاصل آن در هر محیط، از کشوری به کشور دیگر و حتی از شهری به شهر دیگر متفاوت است^(۳). در ایران مفهوم استیگما بیشتر در بین بیماران مبتلا به ایدز^(۴) و دارای اختلالات روانی و اسکیزوفرنی^(۳)، مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم^(۵)، فلج مغزی^(۶) و ناتوانی‌های رشدی و ذهنی^(۷) و در بین بستگان درجه یک و درجه دو افراد ناتوان^(۸) مورد پژوهش قرار گرفته است. این مفهوم در خارج از ایران نیز در بین افرادی که درگیر جذام^(۹)، بیماری روانی^(۱۰ و ۱۱)، اسکیزوفرنی^(۱۲) و اختلالات عاطفی و رفتاری^(۱۱) بودند، سنجش شده است. پژوهش‌هایی که در خارج از ایران انجام شده است، بیشتر به دنبال بررسی اثرات استیگما بر وضعیت اجتماعی، فرهنگی، روانی و اقتصادی معلولان بوده‌اند نه به تعریف عملیاتی و مشخص کردن ابعاد جامع از آن؛ چرا که در پژوهش‌های خود بیشتر به یک بُعد از ابعاد استیگما اشاره کرده‌اند. به عنوان مثال راوردر^(۱۳) با بررسی استیگمای معلولیت در کشورهای در حال توسعه نشان داد که در سراسر جهان، کلیشه‌ها، تعصبات و

انگ‌ها به تبعیض و طرد شدن افراد معلول و خانواده‌هایشان منجر شده است.^{۱۴} ترینی و همکاران^(۱۴) با بررسی استیگمای افراد معلول در آفریقای جنوبی بیان داشت که این افراد با خطرات بالای فقر، تغذیه نامناسب، محدودیت در بازار کار و سلامت روانی ضعیف روبرو هستند. همچنین مطالعه پرزگارین و همکاران^(۱۵) نشان داد که پایین بودن عزت نفس افراد دارای اختلالات شنوایی و بینایی ناشی از استیگمای درونی است. تا جایی که محقق در نشریات و پایگاه‌های معتبر علمی از جمله مگ ایران، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، نورمگز، سیویلیکا، گوگل اسکولار، وب آو ساینس، پاب مد، ساینس دایرکت و آکادمیا از سال ۱۳۹۷ تا اواخر اسفند ۱۴۰۲ جست و جو کرد، مقیاسی دقیق و جامع درباره استیگمای معلولیت جسمی از دیدگاه جامعه‌شناختی در ایران مشاهده نشد، حتی در خارج از ایران هم پژوهش دقیقی درباره عملیاتی کردن این مفهوم و مشخص کردن ابعاد آن یافت نشد. بنابراین، با توجه به کمبود ابزار و مقیاسی دقیق در زمینه استیگمای معلولیت جسمی، اهمیت انجام چنین پژوهشی مشخص شده است. لذا این پژوهش به دنبال تعیین روایی و پایایی پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی بود.

1-World Health Organization (WHO)

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه پیمایشی - مقطعی می باشد که از خرداد ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ انجام شد، جامعه آماری شامل معلولان جسمی (جسمی - حرکتی، بینایی، شنوایی و صوت و گفتار) شهرهای تهران (N=۴۰۷۰۳) و یاسوج (N=۷۲۶۲) می باشد. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد، که نمونه هایی به حجم ۲۸۱ نفر در شهر تهران و ۳۶۵ نفر در شهر یاسوج انتخاب شدند. اما به دلیل محدودیت های مانند رفت و آمد، نیروی انسانی، زمان و هزینه زیاد و همکاری نکردن برخی از پاسخگویان، در نهایت ۳۲۵ معلول در تهران و ۲۹۵ معلول در یاسوج با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس جهت نمونه پژوهش انتخاب شدند. به این صورت که تمامی معلولان مورد نظر (معلولان جسمی)، که در سازمان بهزیستی یا مراکز و انجمن های توانبخشی و مددکاری در رفت و آمد و در دسترس محقق بودند، به صورت اتفاقی انتخاب شدند. مراکز و انجمن های که محقق در شهر تهران به آنها مراجعه کرد شامل: انجمن خانواده ناشنوایان ایران، انجمن نابینایان ایران، انجمن دفاع از حقوق معلولین، جامعه معلولین ایران و بنیاد خیریه معلولین ایرانیان می باشند، مراکز و انجمن های که در شهر یاسوج به آنها مراجعه کرد شامل: خانه هنر معلولین، خانه تئاتر معلولین، جامعه معلولین استان، مراکز مثبت زندگی (۱۰ مرکز) و سازمان بهزیستی شهر یاسوج بوده است. در نهایت پرسشنامه طراحی شده استیگمای معلولیت جسمی که

به وسیله نویسندگان این پژوهش تهیه شده است، بین آنها توزیع و داده ها جمع آوری شد. معرفی پرسشنامه مذکور، مراحل ساخت و بررسی روایی و پایایی آن در ادامه گزارش شده است.

پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی: استیگما (نگ، انگ، شرمساری، بدنامی، بی آبرویی، لیبیل، داغ، رسوایی) در اصل به معنای لکه (لکه با یک شیء برنده) می باشد و به نگرش ها و باورهای منفی و مخربی اشاره دارد که جامعه نسبت به برخی گروه های اجتماعی (بیماران روانی، معلولان و غیره) یا قومی (نژاد خاص) دارد (۱۷). اگر فردی انگ بیماری بخورد، دیگران از اطراف او پراکنده می شوند و او را از روابط اجتماعی محروم می سازند که خود موجب بروز ناسلامتی می گردد (۱۹ و ۱۸). به تعبیر گافمن "استیگما" یک نسبت بی اعتبارکننده است که زندگی اجتماعی فرد و فردیت او را تخریب می نماید (۲۰) و زشتی ها و معایب مربوط به بدن (انواع بدشکلی ها و نقایص جسمانی) یکی از اشکال آن است (۲۱). لینک و فلان (۲۲) مفهوم استیگما را از طریق روابط بین مفاهیم برچسب زنی، کلیشه های منفی، جدایی، از دست دادن موقعیت و تبعیض توصیف کردند و بیان داشتند انگ زمانی وجود دارد که این مفاهیم همگرا شوند. در ادامه کوریجان و همکاران (۲۴ و ۲۳) و استیوارد و همکاران (۲۵) یک مدل نظری از استیگما توصیف کردند که در آن اعمال و نگرش های عمومی به خودانگ زنی منجر می شود (نمودار ۱). از نظر آنها فردی که دارای یک وضعیت انگ زنی است، تبعیض را

تجربه می‌کند و از کلیشه‌های منفی پیرامون بیماری خود آگاه می‌شود. آگاهی از کلیشه‌های منفی گاهی اوقات استیگمای احساس شده یا درک شده نامیده می‌شود و تجربه واقعی یک رفتار تبعیض‌آمیز، مانند طرد اجتماعی، استیگمای اعمال شده نامیده می‌شود. در مرحله آخر فرآیند، فرد موافق است که کلیشه‌های منفی در مورد او اعمال می‌شود و سپس کلیشه‌ها را درونی می‌کند و با توجه به مدل آنها، خودانگ‌زنی آخرین مرحله انگ است.

در بخش دیگری از نظریات، پرایور و ریدر (۲۶) استیگما را در سطوح اجتماعی، بین‌فردی و فردی مورد بررسی قرار داده و با تکیه بر نظریه‌های کوریجان (۲۷) و هرک (۲۸)، آن را شامل چهار شکل به هم مرتبط دانسته‌اند (نمودار ۲). انگ عمومی^(۱) هسته اصلی مدل پرایور و ریدر است و نشان‌دهنده واکنش‌های اجتماعی و روانی افراد نسبت به شخصی است که دارای یک وضعیت انگ است. انگ عمومی شامل واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری کسانی است که انگ می‌زنند (ناظران یا بینندگان). دومین نوع انگ در مدل پرایور و ریدر، خودانگ‌زنی^(۲) یا استیگما به خود است. خودانگ‌زنی تأثیر اجتماعی و روانی داشتن انگ را منعکس می‌کند. خودانگ‌زنی هم شامل ترس از قرار گرفتن در معرض انگ است و هم شامل درونی شدن بالقوه باورها و احساسات منفی مرتبط با شرایط انگ است. سومین نوع انگ، انگ از طریق انجمن یا انگ انجمنی^(۳) (انگ از طریق پیوستگی با یک تجمع) است. انگ از طریق انجمن، مستلزم واکنش‌های

اجتماعی و روانی نسبت به افراد مرتبط با یک فرد انگ‌خورده (به عنوان مثال، خانواده و دوستان) و همچنین واکنش افراد به ارتباط با یک فرد انگ‌خورده است. در نهایت، انگ ساختاری^(۴) به عنوان «مشروعیت بخشیدن و تداوم انگ زده شده به وسیله نهادها و سیستم‌های ایدئولوژیک جامعه» تعریف می‌شود (۲۶).^۱ با بهره‌گیری از نظریات مطرح شده و پژوهش‌های پیشین، محقق مفهوم استیگما را در سه شکل استیگمای اجتماعی، استیگمای درک شده یا مورد انتظار^(۵) و استیگما به خود (خودانگ‌زنی) مطرح کرده است؛ ۱- استیگمای اجتماعی عبارت است از عدم تأیید یا تبعیض علیه یک فرد یا گروه بر اساس ویژگی‌های اجتماعی قابل درک که آنها را از دیگر اعضای یک جامعه متمایز می‌کند (۳). در استیگمای اجتماعی، انگ زدن به بیماری روانی به وسیله خانواده‌ها، اعضای جامعه، متخصصان و کارکنان بهداشت روان، نهادهای دولتی و رسانه‌ها آشکار می‌شود، زمانی اتفاق می‌افتد که عموم، کلیشه‌ها و پیشداوری‌های منفی را تأیید می‌کنند و در نتیجه باعث تبعیض علیه افرادی با شرایط اختلال روان می‌شوند (۳۱ و ۳۰، ۲۹). در جهت عملیاتی کردن این شکل از استیگما، می‌توان آن را شامل پنج خرده مقیاس؛ استیگمای ساختاری یا نهادی، انجمنی، حرفه‌ای (پزشک سلامت)، خانوادگی و شغلی دانست.

1-Public Stigma

2-Self-Stigma

3-Stigma by Association

4-Structural Stigma

5-Perceived or Expected Stigma

استیگمای ساختاری یا نهادی به سیاست‌های خاص نهادهای بزرگ (دولت‌ها، شرکت‌ها، مدارس و غیره) و سازمان‌های خصوصی اشاره دارد که حقوق یا فرصت‌های افراد دچار مشکل یا اختلال روان را نادیده می‌گیرند و نسبت به افراد انگ‌خورده نگرش و باورهای منفی دارند (۳۲). استیگمای شغلی^(۱)، یعنی نگرش منفی کارفرمایان نسبت به افراد دچار استیگما، که باعث می‌شود در پیدا کردن شغلی ایمن در جامعه دچار مشکل شوند و یا حتی در محیط کار به طور تبعیض‌آمیزی با آنها برخورد شود (۳۳). استیگمای خانوادگی^(۲)، یعنی اعضای خانواده از فرد دچار استیگما حمایت نمی‌کنند، او را مورد آزار قرار می‌دهند و آن را مایه شرم و خجالت خانواده می‌دانند. حتی بعضی از خانواده‌ها بخاطر ترس از سرزنش شدن و احساس شرم بین اقوام خود، انکار می‌کنند که دارای فردی بیمار هستند (۳۴). در استیگمای انجمنی، دلیل بی‌ارزش شدن افراد مرتبط با فرد انگ‌خورده مانند؛ خانواده، دوستان یا مراقبان سلامت به این خاطر است که آنها با فردی که دارای شرایط بدنامی است، در ارتباط هستند (۳۵) و استیگمای حرفه‌ای^(۳) (پزشک سلامت)، زمانی رخ می‌دهد که برخی از بیماران، انگ را از طرف پرستارن سلامت یا متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تجربه کرده باشند (۳۶).

۲- استیگمای درک شده، به باورهای فرد در مورد نگرش دیگران نسبت به خود اشاره دارد، به این صورت که او در جامعه احساس شرم و انزوایی دارد،

احساس می‌کند با سایر افراد "عادی" متفاوت دیده می‌شود و معتقد است که دیگران فکر می‌کنند ناکافی (ناقص) است (۳۳).^۱ بنابراین، در جهت عملیاتی کردن این شکل از استیگما، می‌توان آن را شامل سه خرده‌مقیاس احساس شرم و انزوا، احساس متفاوت دیده شدن و احساس ناکافی و ناقص بودن دانست. ۳- خودانگ‌زنی، به معنای درونی کردن انگ اجتماعی است و می‌تواند بر نحوه تفکر شما در مورد خود و روابط خود با دیگران تأثیر بگذارد (۳۷). در مدل پرایور و ریدر (۲۶)، خودانگ‌زنی شامل استیگمای اجتناب و درونی شدن بالقوه باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ است. بنابراین، جهت عملیاتی کردن این شکل از استیگما، از این دو خرده‌مقیاس استفاده شده است. زمانی که فرد به خاطر ترس از قرار گرفتن در معرض انگ، تصمیم می‌گیرد به دنبال درمان اختلال روان یا مشکل خود نباشد، استیگمای اجتناب را پیش گرفته است (۲۹) و درونی شدن بالقوه باورها و احساسات منفی مرتبط با شرایط انگ، به درونی‌سازی باورهای تبعیض‌آمیز اشاره دارد (۳۸)، یعنی پذیرش و درونی کردن کلیشه‌ها و نگرش‌های منفی جامعه نسبت به بیماری یا مشکل خود که منجر به شرم، سرزنش، ناامیدی، گناه و ترس می‌شود (۳۹ و ۲۹، ۱۰).

برای طراحی گویه‌های پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی که شامل سه شکل استیگمای

1-Occupational Stigma
2-Family Stigma
3-Professional Stigma

اجتماعی، استیگمای درک شده و استیگمای به خود است از پژوهش‌های گرین و همکاران (۴۰)، مولرو و مکاران (۴۱)، پرزگارین و همکاران (۱۵)، ترینی و همکاران (۴۲ و ۱۴)، پرایور و ریدر (۲۶)، جری پون (۲۹)، بوید و همکاران (۴۳)، زانگ و همکاران (۴۴)، سوبو و همکاران (۳۳)، تنب و همکاران (۴۵)، برون و سیکیورکیت (۴۶)، یانوس و همکاران (۳۲) و بارنز (۳۱) و پرسشنامه‌های استیگمای معلولیت ترامل (۴۸ و ۴۷)، تبعیض و استیگمای بروهان و همکاران (۱۰)، استیگمای معلولیت ابدل چانی و همکاران (۴۹)، نگرش انگ زدن به معلولیت‌ها به وسیله می و هسی (۱۱)، مشارکت و استیگمای درک شده به وسیله چانگ و جیگی (۹) و انگ درونی بیماری روانی به وسیله تنب و همکاران (۴۵) کمک و الگو گرفته شد (گویه‌های طرح شده برای هر خرده‌مقیاس در بخش ضمیمه گزارش شده است).

جهت بسط ذهنی و طراحی گویه‌های بهتر ابزار اندازه‌گیری، علاوه بر کمک گرفتن از پژوهش‌ها و ابزارهای پیرامون آن، به تماشا و تحلیل سریال‌ها و فیلم‌هایی پرداخته شد که مفهوم استیگمای معلولیت و تبعیض علیه آنها را عرضه کرده‌اند. از جمله سریال ستایش، محصول کشور ایران و به کارگردانی سعید سلطانی که در سه فصل طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۸ از شبکه سوم سیما پخش شد، سریال دکتر خوب، یک درام پزشکی محصول کشور کره جنوبی و به کارگردانی کی‌مین سو که در سال ۲۰۱۳ از شبکه کی‌بی‌اس ۲ در ۲۰ قسمت پخش شد و همچنین سریال

دکتر خوب، محصول کشور آمریکا و به کارگردانی دیوید شور که در سال ۲۰۱۷ از شبکه ABC در ۱۸ قسمت پخش شد و سریال دکتر معجزه‌گر محصول کشور ترکیه و به کارگردانی یوسف پیرحسن که در سال ۲۰۱۹ از شبکه فاکس در ۶۴ قسمت پخش شد، فیلم سکسکه، یک فیلم درام کمدی محصول کشور هند و به کارگردانی سیدهارت پی. مالوترا که در سال ۲۰۱۸ پخش شد.

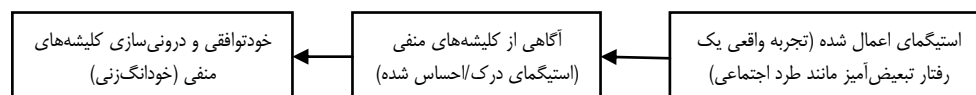
خرده‌مقیاس‌های "استیگمای ساختاری"، "استیگمای شغلی"، "احساس شرم و انزوا"، "احساس متفاوت دیده شدن" و "درونی شدن بالقوه باورها و احساسات منفی مرتبط با شرایط انگ" با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده از کاملاً مخالفم = نمره ۱، مخالفم = ۲، نه مخالفم و نه موافقم = ۳، موافقم = ۴ و کاملاً موافقم = نمره ۵ سنجیده شد. خرده‌مقیاس‌های "استیگمای انجمنی"، "استیگمای خانوادگی"، "استیگمای حرفه‌ای"، "احساس ناکافی و ناقص بودن" و "استیگمای اجتناب" نیز با استفاده از مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و با گزینه‌های اصلاً اینطور نیست = نمره ۱، به ندرت پیش می‌آید = ۲، گاهی اوقات = ۳، اغلب اوقات = ۴ و همیشه این طور است = نمره ۵ سنجیده شد.

در اجرای مقدماتی پیمایش، جهت ارزیابی روایی پرسشنامه از اعتبار محتوایی، اعتبار صوری و اعتبار سازه (با روش‌های ضریب تمیز و تحلیل عاملی اکتشافی) استفاده شده است و جهت ارزیابی پایایی از پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) و روش لوپ

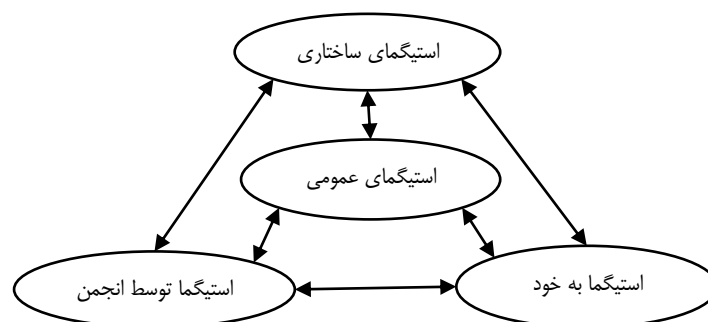
و روایی متقاطع افزونگی (CV Red)^(۶) با کمک شاخص Q^2 یا معیار استون - گیزر^(۷) استفاده شده است و جهت ارزیابی پایایی از قابلیت اعتماد ترکیبی (CR)^(۸) استفاده گردیده است.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و PLS تجزیه و تحلیل شدند.

استفاده شده است. در اجرای نهایی پیمایش، جهت ارزیابی روایی پرسشنامه از اعتبار همگرا در سطح گویه با استفاده از بارهای عاملی، اعتبار همگرا در سطح متغیر با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده^(۱)، اعتبار واگرا^(۲) (ممیز یا تشخیصی) در سطح گویه با استفاده از بارهای عاملی متقاطع^(۳)، اعتبار واگرا در سطح متغیر با استفاده از ماتریس فورنل و لارکر^(۴)، روایی متقاطع اشتراکی (CV Com)^(۵)



نمودار ۱: منجر شدن اعمال و نگرش‌های عمومی به خودانگیزی (۲۴ و ۲۵).^۱



نمودار ۲: مدل استیگمای پرایور و ریدر (۲۶).

- 1-Average Variance Extracted
- 2-Discriminant validity
- 3-Cross Loadings
- 4-Fornell-Larcker Criterion
- 5-Cross-validated Communalities
- 6-Cross-validated Redundancy
- 7-Stone-Geisser
- 8-Composite Reliability

یافته‌ها

جهت بررسی اعتبار محتوایی (از نوع کیفی) و صوری، پرسشنامه طراحی شده (با ۶۰ سوال) به همراه تمامی ابعاد و مولفه‌ها، جهت اصلاح و بازنگری در اختیار برخی از اساتید مجرب (۳ نفر جامعه‌شناس از جمله اساتید راهنما و مشاور، ۲ نفر روانشناس و ۱ نفر استاد آمار)، ۹ نفر از معلولان جسمی و ۵ دانشجوی دکتری که در حیطه جامعه‌شناسی سلامت و روان‌شناسی اجتماعی مشغول به تحصیل بودند قرار داده شد. در این بررسی کیفی برخی سوالات حذف شد و برخی نیز تغییر یافتند. در نهایت پرسشنامه مقدماتی با تعداد ۵۶ سوال آماده توزیع گردید و بین ۵۰ معلول جسمی (۳۰ نفر در شهر تهران و ۲۰ نفر در شهر یاسوج) اجرا شد. اما انتخاب سوال با این ملاک (اعتبار محتوایی) به تنهایی کافی نیست و برای سوال مناسب‌تر از اعتبار سازه، پایایی ثبات درونی و روش لوپ استفاده شده است، که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱، از آنجا که گویه‌های مفهوم استیگمای ساختاری - نهادی بر بیش از یک عامل بار شدند، تصمیم بر آن شد که گویه‌های ۵ و ۶ حذف شوند. همچنین با توجه به نتایج ضریب تمیز می‌توان دریافت که این دو گویه دارای همبستگی معنی‌داری با عامل استخراج شده (استیگمای ساختاری) نیستند. در استیگمای شغلی، گویه ۱۰ و در استیگمای خانوادگی گویه ۲۵ به علت داشتن همپوشانی و همبستگی بالا با دیگر گویه‌ها از تحلیل حذف شدند و در استیگمای انجمنی با حذف گویه ۱۸، مقرر آلفای ۰/۶۸۳ با تسامح پذیرفتنی بود. و در

مفهوم استیگمای حرفه‌ای با حذف گویه‌های ۲۷ و ۲۹، به ترتیب مقرر آلفا به ۰/۵۳۸ و ۰/۶۰۵ تغییر پیدا کرد، اما پذیرفتن این مقدار (۰/۶۰۵) و صرفاً با سه گویه مورد قبول نیست، لذا از طرف استاد راهنما و مشاور پیشنهاد شد این دو گویه حذف و دو گویه مناسب دیگر جایگزین شود و در اجرای اصلی یا تحلیل نهایی در مورد این مفهوم تصمیم‌گیری شود. در نهایت گویه‌های مفاهیم استیگمای ساختاری، شغلی، انجمنی و خانوادگی به ترتیب، ۴۹/۶۱، ۶۴/۵۲، ۵۳/۳۳ و ۵۸/۲۸ درصد از واریانس انباشته آنها را تبیین کردند، که نشان از اعتبار گویه‌های مورد بررسی برای سنجش و اندازه‌گیری مفاهیم مذکور است؛ اما گویه‌های مفهوم استیگمای حرفه‌ای توانسته‌اند تنها ۳۶/۶۲ درصد (پایین‌تر از ۰/۵۰) از واریانس انباشته آن را تبیین کنند، که نشان از فقدان اعتبار برخی از گویه‌های مورد بررسی برای سنجش و اندازه‌گیری این مفهوم است.

با توجه به نتایج جدول ۲، از آنجا که گویه‌های مفهوم «احساس ناکافی و ناقص بودن» بر بیش از یک عامل بار شدند، تصمیم بر آن شد که گویه ۴۰ حذف شود؛ همچنین با حذف این گویه میزان پایایی بالاتر رفت. در مفهوم «درونی شدن احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ»، گویه ۵۱ به علت همپوشانی با دیگر سوالات از تحلیل خارج شد، همچنین با حذف سوال ۴۸، گویه‌های این مفهوم زیر یک عامل قرار گرفتند. به علاوه ضریب تمیز نشان می‌دهد که، سوال ۴۸ دارای همبستگی معنی‌داری با عامل استخراج شده (احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ) نیست.

برای تحلیل سوالات (۴۸ سوال) در اجرای اصلی (با ۶۲۰ نمونه) از اعتبار سازه، اعتبار همگرا در سطح گویه و متغیر، اعتبار واگرا در سطح گویه و متغیر، روایی متقاطع اشتراکی و افزونگی و قابلیت اعتماد ترکیبی استفاده شده است، که نتایج آن در جداول ۳ تا ۶ گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳، از آنجا که مقدار متوسط واریانس استخراج شده (AVE) برای همه متغیرها بالاتر از ۰/۵۰ است، می‌توان گفت که اعتبار همگرا در سطح عامل‌ها (متغیرها) برقرار است، که این خود نشان از همبستگی خوب بین گویه‌های هر متغیر است و با توجه به این که مقادیر بارهای عاملی همه معرف‌ها (گویه‌ها) بزرگتر از ۰/۴۰ است (اکثراً بین دامنه ایده‌آل ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ هستند)، می‌توان گفت اعتبار همگرا در سطح گویه‌ها نیز برقرار است؛ که نشان می‌دهد گویه‌ها برای اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر خود از دقت لازم برخوردار هستند ($p_s < 0/01$ و $t_s > 1/96$). از آنجا که بارهای عاملی گویه‌های ۱ و ۶ در استیگمای ساختاری و گویه ۳ در استیگمای حرفه‌ای پایین‌تر از ۰/۴۰ بودند، از مدل اندازه‌گیری حذف شدند.

با توجه به نتایج جدول ۴، از آنجا که جذر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برای متغیرهای پژوهش نسبت به ضرایب همبستگی این متغیرها با متغیرهای دیگر بزرگتر است، می‌توان گفت اعتبار واگرا یا تشخیصی برای متغیرها برقرار است. مثلاً با توجه به این که ریشه دوم AVE برای متغیر «احساس انزوا» (۰/۸۷۸) نسبت به ضریب همبستگی این متغیر با متغیر «احساس متفاوت دیده شدن» (۰/۷۱۱) بزرگتر

است، می‌توان گفت اعتبار ممیز برای متغیر «احساس انزوا» برقرار است. با توجه به جدول ۴، گویه‌های پژوهش حاضر اندازه‌گیرنده متغیر مورد نظر خود هستند، اما اندازه‌گیرنده سایر متغیرها نیستند.

با توجه به نتایج جدول ۵، همان‌طور که مشخص است در مجموع همبستگی بین گویه‌های هر متغیر بیشتر از همبستگی آنها با گویه‌های متغیرهای دیگر است. به این صورت که گویه‌های یک متغیر، آن متغیر را اندازه‌گیری کرده‌اند، اما سایر متغیرها را اندازه‌گیری نکرده‌اند.

با توجه به این که میزان پایایی ترکیبی (CR) همه متغیرها در جدول ۶ بالاتر از ۰/۷۰ است، لذا پایایی ابزار اندازه‌گیری پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. از آنجا که مقادیر روایی متقاطع اشتراکی (CV Com) مثبت‌اند، می‌توان گفت که مدل اندازه‌گیری پژوهش از کیفیت مطلوبی برخوردار است، در واقع مدل اندازه‌گیری توانایی پیش‌بینی متغیرهای مشاهده‌پذیر از طریق مقادیر متغیر پنهان متناظرشان را دارد. همچنین از آنجا که کلیه مقادیر به دست آمده برای شاخص Q^2 (با در نظر گرفتن متغیر پنهان درون‌زا انعکاسی) مثبت‌اند، می‌توان گفت که روایی متقاطع افزونگی برقرار است و مدل اندازه‌گیری از کیفیت، تناسب و قدرت پیش‌بینی خوبی برخوردار است. علاوه بر این مقدار Q^2 در همه سازه‌های درون‌زا بالاتر از ۰/۱۱ است، که این خود باز نشان‌دهنده کیفیت مناسب مدل اندازه‌گیری است (مقادیر ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ به ترتیب نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی کوچک، متوسط و بزرگ برای سازه‌های درون‌زا است). بنابراین، مدل توانسته است

نشانگرهای متغیرهای مکنون درونزا انعکاسی را
پیش‌بینی کند. میزان Q2 برای ۶ سازه بالاتر از ۰/۳۵
(نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی بزرگ آنها) و برای دیگر
سازه‌ها بالاتر از ۰/۱۱ (نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی
متوسط آنها) است، اما میزان Q2 برای سازه
استیگمای اجتماعی (عمومی) برابر با ۰/۰۰۰ است، چرا
که یک سازه برونزا است (مدل ۱).

جدول ۱: بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه استیگمای اجتماعی (اجرای مقدماتی تعداد=۵۰)

متغیر	گویه	پایایی قبل از تحلیل عامل اکتشافی			Rotated Component Matrix			Component Matrix		ضریب تمیز	پایایی بعد از تحلیل عامل اکتشافی و با در نظر گرفتن روش لوپ	
		گویه	۱	۲	گویه	۱	۲	گویه	۱			
استیگمای ساختاری - نهادی ^۱	۱	۰/۶۹۸	۲	۰/۸۴۰	۲	۰/۷۸۷	۴	۰/۷۵۷	**	۴	۰/۷۳۸	
	۲	۰/۷۲۰	۴	۰/۸۰۹	۴	۰/۷۷۱	۲	۰/۷۴۲	**	۲	۰/۷۴۴	
	۳	۰/۷۳۸	۳	۰/۶۷۷	۳	۰/۷۵۹	۷	۰/۷۵۹	**	۷	۰/۷۳۸	
	۴	۰/۷۰۹	۷	۰/۶۶۷	۷	۰/۷۱۴	۱	۰/۷۱۹	**	۱	۰/۷۵۶	
	۵	۰/۷۵۱	۱	۰/۶۳۲	۱	۰/۶۳۴	۳	۰/۶۴۲	**	۳	۰/۷۷۳	
	۶	۰/۷۷۶	۸	۰/۴۳۵	۸	۰/۵۲۶	۸	۰/۵۸۰	**	۸	۰/۷۹۷	
	۷	۰/۶۹۱	۵	۰/۸۴۸	۵	۰/۲۲۳	۵	۰/۲۲۳	**			
	۸	۰/۷۳۹	۶	۰/۸۰۳	۶	۰/۰۷۴	۶	۰/۰۷۴	**			
استیگمای شغلی ^۲	کل	۰/۷۵۶								کل	۰/۷۹۱	
	۹	۰/۸۱۵				۰/۸۵۲	۹	۰/۸۵۷	**	۹	۰/۸۱۵	
	۱۱	۰/۸۴۷				۰/۸۱۴	۱۴	۰/۸۰۷	**	۱۴	۰/۸۳۰	
	۱۲	۰/۸۳۰				۰/۸۱۰	۱۲	۰/۸۰۷	**	۱۲	۰/۸۳۰	
	۱۳	۰/۸۴۰				۰/۷۸۳	۱۳	۰/۷۷۸	**	۱۳	۰/۸۴۰	
	۱۴	۰/۸۳۰				۰/۷۵۴	۱۱	۰/۷۶۳	**	۱۱	۰/۸۴۷	
	کل	۰/۸۶۲								کل	۰/۸۶۲	
	۱۵	۰/۶۳۹				۰/۸۴۵	۱۹	۰/۷۹۶	**	۱۹	۰/۵۲۷	
استیگمای انجمنی ^۳	۱۶	۰/۵۰۶				۰/۷۹۲	۱۷	۰/۷۷۹	**	۱۷	۰/۵۵۰	
	۱۷	۰/۴۹۰				۰/۷۵۷	۱۶	۰/۷۱۲	**	۱۶	۰/۶۲۳	
	۱۸	۰/۶۸۳				۰/۴۶۹	۱۵	۰/۵۹۷	**	۱۵	۰/۷۴۹	
	۱۹	۰/۴۵۱										
	کل	۰/۶۲۰								کل	۰/۶۸۳	
	۲۰	۰/۸۲۸				۰/۹۱۶	۲۳	۰/۸۹۲	**	۲۳	۰/۷۶۲	
	۲۱	۰/۷۷۷				۰/۸۱۶	۲۱	۰/۸۱۳	**	۲۱	۰/۷۷۷	
	۲۲	۰/۸۲۴				۰/۷۵۴	۲۶	۰/۷۸۰	**	۲۶	۰/۷۹۶	
استیگمای خانوادگی ^۴	۲۳	۰/۷۶۲				۰/۷۴۱	۲۴	۰/۶۷۵	**	۲۴	۰/۸۱۱	
	۲۴	۰/۸۱۱				۰/۷۰۴	۲۰	۰/۷۶۶	**	۲۰	۰/۸۲۸	
	۲۶	۰/۷۹۶				۰/۶۱۵	۲۲	۰/۵۹۵	**	۲۲	۰/۸۲۴	
	کل	۰/۸۲۸								کل	۰/۸۲۸	
	۲۷	۰/۵۳۸	۳۰	۰/۸۴۶	۳۰			۰/۵۴۱	**	۲۷	۰/۵۳۸	
	۲۸	۰/۳۲۸	۲۹	۰/۷۳۲	۲۹			۰/۶۹۹	**	۲۸	۰/۳۲۸	
	۲۹	۰/۵۱۶	۳۱	۰/۶۰۲	۳۱		۰/۴۲۰	۰/۴۹۶	**	۲۹	۰/۵۱۶	
	۳۰	۰/۴۰۶	۲۸	۰/۶۰۲	۲۸		۰/۸۹۲	۰/۵۷۰	**	۳۰	۰/۴۰۶	
استیگمای حرفه‌ای ^۵	۳۱	۰/۳۳۲	۲۷	۰/۶۹۸	۲۷		۰/۶۲۲	**	۳۱	۰/۳۹۸		
	کل	۰/۵۳۸								کل	۰/۴۹۷	

۱- (شاخص KMO = ۰/۶۹۶، کای اسکور = ۹۴/۹۴۲، درجه آزادی = ۱۵، سطح معنی‌داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۴۹/۶۱۷)
 ۲- (شاخص KMO = ۰/۷۹۶، کای اسکور = ۱۱۳/۸۲۶، درجه آزادی = ۱۰، سطح معنی‌داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۶۴/۵۲۵)
 ۳- (شاخص KMO = ۰/۶۶۵، کای اسکور = ۴۱/۴۶۷، درجه آزادی = ۶، سطح معنی‌داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۵۲/۳۳۶)
 ۴- (شاخص KMO = ۰/۶۵۶، کای اسکور = ۱۶۰/۴۱۲، درجه آزادی = ۱۵، سطح معنی‌داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۵۸/۲۸۶)
 ۵- (شاخص KMO = ۰/۳۷۵، کای اسکور = ۴۷/۴۶۳، درجه آزادی = ۱۰، سطح معنی‌داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۳۶/۶۲۸)

جدول ۲: بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه استیگمای درک شده و استیگما به خود (اجرای مقدماتی: تعداد=۵۰)

متغیر	گویه	پایایی قبل از تحلیل عامل		Rotated Component Matrix		Component Matrix		پایایی بعد از تحلیل عامل اکتشافی و با در نظر گرفتن روش لوپ	
		گویه	۱	۲	گویه	۱	گویه	ضریب تمیز	ضریب تمیز
احساس شرم و انزوا ^۱	۳۲	۰/۷۸۸			۳۲	۰/۹۳۷	۰/۹۳۲	**	۳۲
	۳۳	۰/۸۴۰			۳۳	۰/۹۰۹	۰/۹۰۳	**	۳۳
	۳۴	۰/۸۹۶			۳۴	۰/۸۷۱	۰/۸۸۲	**	۳۴
	کل	۰/۸۸۹							کل
احساس متفاوت دیده شدن ^۲	۳۵	۰/۸۹۲			۳۷	۰/۹۳۰	۰/۹۲۵	**	۳۷
	۳۶	۰/۸۸۳			۳۸	۰/۹۱۲	۰/۸۲۳	**	۳۸
	۳۷	۰/۸۲۰			۳۶	۰/۸۲۱	۰/۹۰۷	**	۳۶
	۳۸	۰/۸۳۳			۳۵	۰/۸۰۳	۰/۸۱۲	**	۳۵
احساس ناکافی و ناقص بودن ^۳	کل	۰/۸۹۰							کل
	۳۹	۰/۸۴۳	۰/۸۸۷	۴۳	۴۴	۰/۸۹۶	۰/۸۹۳	**	۴۴
	۴۰	۰/۸۶۳	۰/۸۳۰	۴۱	۴۲	۰/۸۶۴	۰/۸۵۸	**	۴۲
	۴۱	۰/۸۴۲	۰/۸۰۲	۴۴	۴۳	۰/۸۲۵	۰/۸۲۲	**	۴۳
درونی شدن احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انک ^۴	۴۲	۰/۸۰۸	۰/۶۹۶	۴۲	۴۱	۰/۷۶۱	۰/۷۷۰	**	۴۱
	۴۳	۰/۸۳۱	۰/۹۱۱	۴۰	۳۹	۰/۶۵۸	۰/۶۶۴	**	۳۹
	۴۴	۰/۷۹۸	۰/۸۲۵	۳۹					کل
	کل	۰/۸۵۷							کل
استیگمای اجتناب (ترس از قرار گرفتن در معرض انک) ^۵	۴۵	۰/۸۳۸	۰/۹۲۲	۴۵	۴۵	۰/۸۱۸	۰/۸۴۰	**	۴۵
	۴۶	۰/۸۲۰	۰/۸۴۹	۴۹	۵۰	۰/۸۱۸	۰/۷۹۲	**	۵۰
	۴۷	۰/۸۱۹	۰/۷۳۱	۴۶	۴۹	۰/۸۰۶	۰/۸۱۱	**	۴۹
	۴۸	۰/۸۶۸	۰/۶۴۵	۵۰	۴۶	۰/۷۹۸	۰/۸۱۳	**	۴۶
کلی	۴۹	۰/۸۲۹	۰/۸۸۲	۴۸	۴۷	۰/۷۱۳	۰/۶۹۰	**	۴۷
	۵۰	۰/۸۰۹	۰/۴۳۲	۴۷	۴۸	۰/۷۳۷	۰/۲۵۴		
	۵۱	۰/۸۱۷							کل
	کل	۰/۸۵۰							کل
کلی	۵۲	۰/۷۲۹			۵۳	۰/۸۵۰	۰/۸۵۶	**	۵۳
	۵۳	۰/۶۴۱			۵۲	۰/۷۱۸	۰/۶۸۵	**	۵۲
	۵۴	۰/۷۲۷			۵۴	۰/۷۱۰	۰/۶۸۱	**	۵۴
	۵۵	۰/۷۴۸			۵۵	۰/۶۶۵	۰/۷۲۲	**	۵۵
کلی	۵۶	۰/۷۴۲			۵۶	۰/۶۵۲	۰/۶۴۳	**	۵۶
	کل	۰/۷۶۳							کل

- ۱- (شاخص KMO = ۰/۷۱۵، کای اسکوتر = ۸۷/۴۱۹، درجه آزادی = ۳، سطح معنی داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۸۲/۰۹۰)
- ۲- (شاخص KMO = ۰/۸۰۴، کای اسکوتر = ۱۲۲/۸۱۲، درجه آزادی = ۶، سطح معنی داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۷۵/۳۹۵)
- ۳- (شاخص KMO = ۰/۸۱۵، کای اسکوتر = ۱۱۸/۷۴۶، درجه آزادی = ۱۰، سطح معنی داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۶۴/۸۵۲)
- ۴- (شاخص KMO = ۰/۶۶۶، کای اسکوتر = ۱۲۳/۲۱۲، درجه آزادی = ۱۰، سطح معنی داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۶۲/۶۷۳)
- ۵- (شاخص KMO = ۰/۶۷۵، کای اسکوتر = ۷۰/۰۰۳، درجه آزادی = ۱۰، سطح معنی داری = ۰/۰۰۰۱ و واریانس انباشه = ۵۲/۲۲۲)

جدول ۳: نتایج اعتبار همگرا در سطح معرف‌ها (گویه‌ها) و عامل‌ها (متغیرها) برای مدل اندازه‌گیری

سازه‌های اصلی	عامل‌ها (ابعاد)	معرف‌ها (گویه‌ها)	بارهای عاملی	آماره t	سطح معنی‌داری	R ²	AVE
استیگمای ساختاری - نهادی	استیگمای ساختاری - نهادی	ES_2	۰/۷۳۹	۲۷/۷۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۶	۰/۵۴۷
		ES_3	۰/۸۱۸	۴۸/۹۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۰	
		ES_4	۰/۶۷۸	۲۰/۱۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۰	
		ES_5	۰/۷۱۵	۲۷/۴۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۱	
		کل	۰/۵۸۴	۱۲/۱۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۲	
استیگمای شغلی	استیگمای شغلی	ESH_1	۰/۷۲۸	۲۵/۵۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۰	۰/۵۳۱
		ESH_2	۰/۶۸۳	۲۰/۸۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۶	
		ESH_3	۰/۶۵۷	۱۴/۵۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۱	
		ESH_4	۰/۷۸۶	۳۹/۹۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۷	
		ESH_5	۰/۷۸۲	۳۹/۲۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۱	
استیگمای اجتماعی (عمومی)	استیگمای اجتماعی (عمومی)	کل	۰/۴۹۶	۹/۵۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۶	۰/۵۶۱
		EA_1	۰/۶۳۵	۱۷/۴۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۳	
		EA_2	۰/۸۲۶	۵۱/۰۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۲	
		EA_3	۰/۷۵۲	۳۴/۹۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۵	
		EA_4	۰/۷۷۰	۳۳/۲۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۰	
استیگمای خانوادگی	استیگمای خانوادگی	کل	۰/۷۰۵	۲۳/۱۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۷	۰/۶۲۱
		EKH_1	۰/۶۷۹	۲۱/۶۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۱	
		EKH_2	۰/۸۱۶	۳۶/۷۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۵	
		EKH_3	۰/۸۳۸	۳۷/۶۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	
		EKH_4	۰/۸۵۵	۴۵/۱۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۱	
استیگمای حرفه‌ای	استیگمای حرفه‌ای	EKH_5	۰/۷۹۵	۳۳/۸۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۲	۰/۵۲۵
		EKH_6	۰/۷۳۲	۲۳/۰۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۵	
		کل	۰/۷۷۰	۲۳/۵۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۳	
		EH_1	۰/۶۸۶	۲۰/۱۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۰	
		EH_2	۰/۷۱۳	۲۱/۱۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۸	
احساس شرم و انزوا	احساس شرم و انزوا	EH_4	۰/۷۳۹	۲۷/۰۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۶	۰/۷۷۱
		EH_5	۰/۷۶۰	۳۱/۴۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۷	
		کل	۰/۶۹۰	۲۴/۵۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۶	
		EE_1	۰/۸۸۰	۷۳/۹۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۴	
		EE_2	۰/۸۶۷	۵۶/۵۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۱	
احساس متفاوت دیده شدن	احساس متفاوت دیده شدن	EE_3	۰/۸۸۶	۹۲/۰۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۷	۰/۶۲۸
		کل	۰/۸۵۲	۷۴/۱۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۷	
		EM_1	۰/۷۳۱	۲۷/۲۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۴	
		EM_2	۰/۸۰۱	۳۸/۴۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۱	
		EM_3	۰/۸۳۵	۵۶/۷۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۷	
احساس ناکافی و ناقص بودن	احساس ناکافی و ناقص بودن	EM_4	۰/۸۰۰	۴۷/۶۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۰	۰/۵۵۷
		کل	۰/۸۷۰	۷۸/۷۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۷	
		EN_1	۰/۶۵۱	۱۹/۸۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۳	
		EN_2	۰/۷۲۷	۲۹/۷۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۸	
		EN_3	۰/۸۲۱	۵۳/۸۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۴	
استیگمای درک شده (مورد انتظار)	استیگمای درک شده (مورد انتظار)	EN_4	۰/۷۹۵	۴۵/۹۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۲	۰/۵۵۶
		EN_5	۰/۷۲۷	۳۱/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۹	
		کل	۰/۸۲۴	۵۲/۶۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۸	
		ED_1	۰/۶۶۰	۲۰/۲۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۵	
		ED_2	۰/۷۶۹	۳۸/۵۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۰	
استیگما به خود (خودانگیزی)	استیگما به خود (خودانگیزی)	ED_3	۰/۷۸۲	۳۵/۹۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۱	۰/۵۵۸
		ED_4	۰/۸۱۴	۴۸/۷۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۲	
		ED_5	۰/۶۸۹	۲۳/۳۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۴	
		کل	۰/۸۶۱	۶۱/۵۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۲	
		ET_1	۰/۷۳۷	۳۱/۴۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۳	
استیگمای اجتناب	استیگمای اجتناب	ET_2	۰/۸۲۶	۴۸/۷۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۲	۰/۵۵۸
		ET_3	۰/۷۳۶	۲۵/۸۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۱	
		ET_4	۰/۶۸۷	۳۰/۲۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۲	
		ET_5	۰/۷۴۳	۲۸/۸۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۲	
		کل	۰/۸۷۱	۷۲/۰۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۸	

جدول ۴: نتایج اعتبار واگرا (ممیز) در سطح عامل (متغیر) با استفاده از ماتریس فورنل و لارکر

عامل‌ها	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)	(۷)	(۸)	(۹)	(۱۰)
احساس انزوا (۱)	۰/۸۷۸									
احساس متفاوت دیده شدن (۲)	۰/۷۱۱	۰/۷۹۲								
احساس ناکافی و ناقص بودن (۳)	۰/۵۰۸	۰/۵۲۹	۰/۷۴۷							
استیگمای اجتناب (۴)	۰/۳۳۲	۰/۲۸۹	۰/۵۹۹	۰/۷۴۷						
استیگمای انجمنی (۵)	۰/۳۹۵	۰/۳۲۶	۰/۵۴۰	۰/۴۶۷	۰/۷۴۹					
استیگمای حرفه‌ای (۶)	۰/۲۵۱	۰/۲۸۶	۰/۵۵۲	۰/۴۱۳	۰/۴۲۱	۰/۷۲۵				
استیگمای خانوادگی (۷)	۰/۳۵۳	۰/۳۲۶	۰/۵۴۶	۰/۵۰۵	۰/۵۱۵	۰/۴۳۷	۰/۷۸۸			
درونی شدن باورهای منفی (۸)	۰/۳۱۹	۰/۳۲۴	۰/۴۳۶	۰/۵۰۰	۰/۴۶۸	۰/۲۸۹	۰/۳۹۲	۰/۷۴۵		
استیگمای ساختاری (۹)	۰/۳۹۷	۰/۳۹۸	۰/۳۳۰	۰/۲۳۷	۰/۲۳۹	۰/۲۳۶	۰/۱۶۹	۰/۲۱۷	۰/۷۴۰	
استیگمای شغلی (۱۰)	۰/۴۱۸	۰/۴۸۱	۰/۲۵۴	۰/۰۵۰	۰/۱۲۰	۰/۲۱۰	۰/۰۸۲	۰/۰۰۲	۰/۴۸۶	۰/۷۲۹

راهنما: مقدار ۰/۸۷۸ برای عامل «احساس انزوا»، متوسط ضرایب همبستگی بین مجموع معرف‌های این عامل است یا جذر AVE این عامل است.

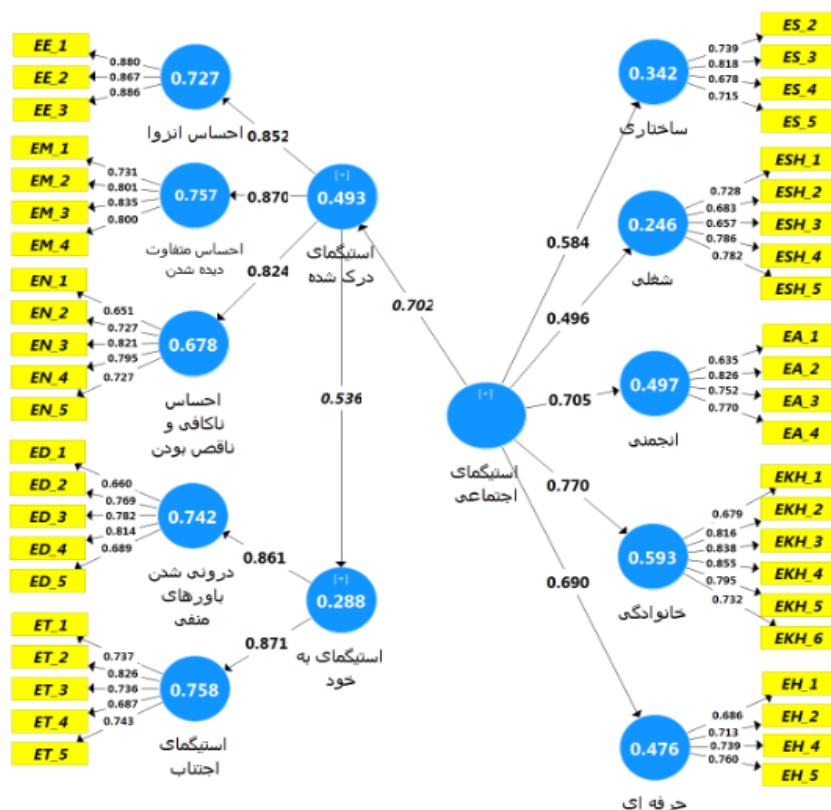
جدول ۵: نتایج اعتبار واگرا (ممیز) در سطح گویه با استفاده از بارهای عاملی متقاطع یا عرضی

گویه‌ها	احساس انزوا	احساس متفاوت دیده شدن	احساس ناکافی بودن	استیگمای اجتناب	استیگمای انجمنی	استیگمای حرفه‌ای	استیگمای خانوادگی	درونی شدن باورهای منفی	استیگمای ساختاری	استیگمای شغلی
EA_1	۰/۲۴۲	۰/۲۲۶	۰/۳۴۳	۰/۲۶۲	۰/۶۳۵	۰/۱۵۲	۰/۲۳۹	۰/۴۱۶	۰/۱۷۷	۰/۰۸۹
EA_2	۰/۲۵۰	۰/۲۶۵	۰/۴۴۸	۰/۴۰۲	۰/۸۲۶	۰/۲۷۸	۰/۴۶۰	۰/۳۶۳	۰/۱۸۲	۰/۰۹۵
EA_3	۰/۲۲۷	۰/۱۹۱	۰/۳۳۷	۰/۲۹۹	۰/۷۵۲	۰/۲۹۹	۰/۳۲۴	۰/۲۹۴	۰/۲۰۵	۰/۱۳۷
EA_4	۰/۳۴۸	۰/۲۹۰	۰/۴۷۸	۰/۴۱۳	۰/۷۷۰	۰/۲۸۸	۰/۴۷۸	۰/۳۵۵	۰/۱۶۰	۰/۰۴۸
ED_1	۰/۲۵۴	۰/۲۳۷	۰/۲۹۴	۰/۲۹۳	۰/۲۷۰	۰/۱۹۱	۰/۲۸۴	۰/۶۶۰	۰/۱۵۹	۰/۰۵۵
ED_2	۰/۳۱۶	۰/۳۴۰	۰/۴۳۲	۰/۴۴۷	۰/۴۰۲	۰/۲۴۴	۰/۳۷۱	۰/۷۶۹	۰/۲۲۵	۰/۰۲۲
ED_3	۰/۲۳۲	۰/۲۱۳	۰/۲۸۱	۰/۳۶۰	۰/۳۲۰	۰/۲۸۰	۰/۲۴۱	۰/۷۸۲	۰/۱۶۲	۰/۰۱۰
ED_4	۰/۲۳۲	۰/۲۵۶	۰/۲۵۶	۰/۴۰۵	۰/۳۸۱	۰/۲۱۲	۰/۳۵۰	۰/۸۱۴	۰/۱۶۲	۰/۰۰۳
ED_5	۰/۱۴۷	۰/۱۴۵	۰/۲۴۵	۰/۳۴۰	۰/۳۵۹	۰/۱۴۳	۰/۱۹۹	۰/۶۸۹	۰/۰۹۲	۰/۰۶۰
EE_1	۰/۸۸۰	۰/۶۵۰	۰/۴۶۰	۰/۳۱۶	۰/۳۵۶	۰/۱۷۷	۰/۲۹۷	۰/۳۰۸	۰/۳۷۲	۰/۳۷۹
EE_2	۰/۸۶۷	۰/۶۰۴	۰/۴۱۴	۰/۲۶۱	۰/۳۳۲	۰/۱۵۲	۰/۳۲۲	۰/۲۴۸	۰/۳۷۶	۰/۰۰۷
EE_3	۰/۸۸۶	۰/۶۱۷	۰/۴۶۱	۰/۲۹۷	۰/۳۵۲	۰/۲۳۳	۰/۳۱۲	۰/۲۸۳	۰/۲۹۹	۰/۳۱۵
EH_1	۰/۲۱۳	۰/۲۳۲	۰/۴۳۳	۰/۳۱۵	۰/۲۵۰	۰/۶۸۶	۰/۳۲۰	۰/۲۱۸	۰/۲۰۰	۰/۱۶۴
EH_2	۰/۲۱۶	۰/۲۴۲	۰/۲۷۹	۰/۲۲۲	۰/۲۸۶	۰/۱۱۳	۰/۳۲۷	۰/۱۶۱	۰/۱۷۳	۰/۱۴۰
EH_4	۰/۱۷۲	۰/۱۲۶	۰/۴۱۴	۰/۴۰۷	۰/۴۵۰	۰/۳۹	۰/۳۵۶	۰/۲۹۶	۰/۱۲۲	۰/۰۸۷
EH_5	۰/۱۲۵	۰/۲۳۶	۰/۳۷۱	۰/۲۴۲	۰/۲۲۱	۰/۷۶۰	۰/۲۵۸	۰/۱۵۶	۰/۱۹۳	۰/۲۲۵
EKH_1	۰/۲۷۸	۰/۲۵۶	۰/۳۹۰	۰/۲۰۳	۰/۴۱۳	۰/۶۷۹	۰/۲۵۶	۰/۲۵۶	۰/۱۲۸	۰/۱۳۳
EKH_2	۰/۲۹۵	۰/۲۵۲	۰/۳۸۸	۰/۴۱۷	۰/۳۷۶	۰/۳۱۹	۰/۸۱۶	۰/۳۰۰	۰/۱۰۹	۰/۰۴۶
EKH_3	۰/۲۹۶	۰/۲۷۱	۰/۴۳۷	۰/۴۰۴	۰/۴۳۵	۰/۳۴۳	۰/۸۳۸	۰/۲۹۸	۰/۱۳۲	۰/۰۵۱
EKH_4	۰/۳۰۴	۰/۲۶۳	۰/۴۶۳	۰/۴۶۶	۰/۴۶۸	۰/۳۴۱	۰/۸۵۵	۰/۳۹۰	۰/۱۱۴	۰/۰۳۹
EKH_5	۰/۲۴۷	۰/۲۷۹	۰/۴۵۹	۰/۴۲۶	۰/۳۳۹	۰/۳۴۶	۰/۷۹۵	۰/۲۸۸	۰/۱۶۹	۰/۰۷۱
EKH_6	۰/۲۴۵	۰/۲۱۷	۰/۴۴۲	۰/۳۶۳	۰/۴۰۰	۰/۳۱۹	۰/۷۳۲	۰/۳۱۶	۰/۱۴۶	۰/۰۵۰
EM_1	۰/۴۸۳	۰/۷۳۱	۰/۳۲۳	۰/۱۲۱	۰/۱۶۵	۰/۱۰۸	۰/۱۹۷	۰/۱۶۵	۰/۳۵۲	۰/۴۲۹
EM_2	۰/۵۲۳	۰/۸۰۱	۰/۳۷۲	۰/۱۶۳	۰/۱۷۹	۰/۲۴۱	۰/۲۳۵	۰/۲۳۵	۰/۳۲۶	۰/۲۹۲
EM_3	۰/۶۶۰	۰/۸۳۵	۰/۴۸۲	۰/۲۵۸	۰/۳۰۹	۰/۳۰۲	۰/۲۷۴	۰/۲۸۷	۰/۳۲۳	۰/۴۰۹
EM_4	۰/۵۷۰	۰/۸۰۰	۰/۴۷۹	۰/۲۵۱	۰/۳۵۵	۰/۲۳۳	۰/۳۱۸	۰/۳۲۲	۰/۲۷۰	۰/۳۰۶
EN_1	۰/۲۸۳	۰/۲۵۲	۰/۶۵۱	۰/۴۸۷	۰/۵۱۶	۰/۵۰۹	۰/۴۸۲	۰/۳۶۹	۰/۱۵۶	۰/۰۱۹
EN_2	۰/۳۵۱	۰/۴۱۷	۰/۷۲۷	۰/۳۶۴	۰/۳۶۱	۰/۴۸۵	۰/۳۶۷	۰/۲۴۸	۰/۲۶۳	۰/۲۶۳
EN_3	۰/۴۱۵	۰/۴۳۲	۰/۸۲۱	۰/۵۲۴	۰/۴۷۶	۰/۳۸۵	۰/۵۲۶	۰/۳۹۸	۰/۲۵۱	۰/۱۷۱
EN_4	۰/۴۰۷	۰/۴۰۲	۰/۷۹۵	۰/۴۹۹	۰/۳۸۸	۰/۳۸۷	۰/۳۷۶	۰/۳۲۰	۰/۲۱۴	۰/۱۹۱
EN_5	۰/۴۲۲	۰/۴۴۶	۰/۷۲۷	۰/۳۴۱	۰/۳۰۴	۰/۳۱۰	۰/۳۰۷	۰/۲۹۹	۰/۳۳۳	۰/۲۷۵
ESH_1	۰/۳۷۳	۰/۴۴۲	۰/۲۴۲	۰/۰۵۱	۰/۱۲۷	۰/۱۷۸	۰/۰۹۳	۰/۰۳۳	۰/۴۲۴	۰/۷۲۸
ESH_2	۰/۲۲۱	۰/۲۷۱	۰/۱۲۰	۰/۰۰۷	۰/۰۲۹	۰/۰۷۱	۰/۰۲۸	۰/۰۴۴	۰/۲۷۲	۰/۶۸۳
ESH_3	۰/۲۶۰	۰/۲۶۸	۰/۰۲۲	۰/۰۷۸	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۰۷۴	۰/۲۶۱	۰/۶۵۷
ESH_4	۰/۲۹۵	۰/۳۵۹	۰/۱۹۸	۰/۰۴۸	۰/۰۹۸	۰/۱۹۸	۰/۰۶۷	۰/۰۱۲	۰/۳۹۷	۰/۷۸۶
ESH_5	۰/۲۴۰	۰/۲۶۵	۰/۲۴۹	۰/۰۹۸	۰/۱۳۸	۰/۱۲۲	۰/۰۹۸	۰/۰۲۸	۰/۳۶۴	۰/۸۸۲
ES_2	۰/۳۲۴	۰/۲۹۷	۰/۲۳۰	۰/۲۱۵	۰/۲۱۹	۰/۱۶۰	۰/۱۶۴	۰/۲۱۹	۰/۷۳۹	۰/۲۵۱
ES_3	۰/۲۴۶	۰/۲۸۰	۰/۲۷۸	۰/۲۲۱	۰/۲۰۰	۰/۲۱۱	۰/۱۸۱	۰/۲۵۹	۰/۸۱۸	۰/۳۱۴
ES_4	۰/۲۲۱	۰/۲۰۳	۰/۱۵۶	۰/۰۸۳	۰/۰۸۹	۰/۱۲۱	۰/۰۴۰	۰/۰۲۱	۰/۶۷۸	۰/۴۱۲
ES_5	۰/۳۷۷	۰/۲۸۲	۰/۲۹۲	۰/۱۹۰	۰/۱۸۲	۰/۱۹۳	۰/۰۹۴	۰/۱۴۲	۰/۷۱۵	۰/۴۷۶
ET_1	۰/۲۷۵	۰/۲۵۸	۰/۳۹۴	۰/۷۳۷	۰/۲۴۸	۰/۳۴۱	۰/۲۹۹	۰/۳۶۶	۰/۳۳۷	۰/۱۱۹
ET_2	۰/۳۰۸	۰/۱۸۳	۰/۴۹۰	۰/۸۲۶	۰/۳۱۹	۰/۳۳۱	۰/۳۷۶	۰/۳۵۶	۰/۱۵۶	۰/۰۱۵
ET_3	۰/۲۴۶	۰/۱۲۵	۰/۴۳۷	۰/۷۳۶	۰/۴۷۷	۰/۴۳۵	۰/۴۴۲	۰/۴۲۹	۰/۱۵۳	۰/۰۴۸
ET_4	۰/۲۶۷	۰/۳۰۲	۰/۴۷۶	۰/۶۸۷	۰/۲۸۱	۰/۲۵۳	۰/۳۰۷	۰/۳۲۹	۰/۲۵۷	۰/۰۹۳
ET_5	۰/۲۵۱	۰/۲۲۵	۰/۴۴۳	۰/۷۴۳	۰/۴۱۱	۰/۲۷۷	۰/۴۵۵	۰/۳۸۲	۰/۱۳۱	۰/۰۱۹

جدول ۶: نتایج پایایی ترکیبی، روایی متقاطع افزونگی و اشتراکی برای مدل اندازه‌گیری پژوهش (تعداد=۶۲۰)

سازدها	پایایی ترکیبی	آلفا کرونباخ	CV Com	Q ²
استیگمای ساختاری - نهادی	۰/۸۲۸	۰/۷۲۳	۰/۲۶۶	۰/۱۷۵
استیگمای شغلی	۰/۸۴۹	۰/۷۸۴	۰/۳۰۹	۰/۱۱۶
استیگمای انجمنی	۰/۸۳۵	۰/۷۳۸	۰/۲۸۷	۰/۲۶۰
استیگمای خانوادگی	۰/۹۰۷	۰/۸۷۶	۰/۴۵۸	۰/۳۴۲
استیگمای حرفه‌ای	۰/۸۱۵	۰/۶۹۸	۰/۲۳۱	۰/۲۳۶
استیگمای اجتماعی (عمومی)	۰/۸۸۰	۰/۸۶۰	۰/۱۷۵	۰/۰۰۰
احساس شرم و انزوا	۰/۹۱۰	۰/۸۵۱	۰/۴۹۱	۰/۵۳۱
احساس متفاوت دیده شدن	۰/۸۷۱	۰/۸۰۳	۰/۳۷۸	۰/۴۴۷
احساس ناکافی و ناقص بودن	۰/۸۶۲	۰/۸۰۰	۰/۳۴۳	۰/۳۵۵
استیگمای درک شده یا مورد انتظار	۰/۹۰۸	۰/۸۸۹	۰/۳۵۷	۰/۲۰۷
درونی شدن باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ	۰/۸۶۱	۰/۷۹۸	۰/۳۴۰	۰/۳۸۸
استیگمای اجتناب	۰/۸۶۳	۰/۸۰۱	۰/۳۴۲	۰/۳۹۸
استیگما به خود(خودانگ‌زنی)	۰/۸۷۷	۰/۸۴۳	۰/۲۹۰	۰/۱۱۱

CR > 0.7 // CR > AVE // AVE > 0.5



مدل ۱: اندازه‌گیری استیگمای معلولیت جسمی.

بحث

ارزیابی اعتبار و پایایی ابزار تحقیق، معمولاً به وسیله محققان اجتماعی و پزشکی کشورهای در حال توسعه نادیده گرفته شده یا به درستی اندازه گیری نشده است، این محدودیت عمدتاً به دلیل کمبود دانش در بین محققان در مورد چگونگی اندازه گیری روایی و پایایی در تحقیقات مرتبط است (۱۶). لذا این پژوهش به دنبال تعیین روایی و پایایی پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی بود.

در این پژوهش به ساخت و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه استیگمای معلولیت جسمی پرداخته شد، که ۳۲۵ معلول در شهر تهران و ۲۹۵ معلول در شهر یاسوج جهت نمونه پژوهش انتخاب شدند. با بهره گیری از نظریات مطرح شده و پژوهش های پیشین در این حوزه، محقق مفهوم استیگمای معلولیت جسمی را از طریق متغیرهای استیگمای اجتماعی، استیگمای درک شده یا مورد انتظار و استیگما به خود (خودانگیزی) مورد اندازه گیری قرار داد.

در این پژوهش، استیگمای اجتماعی به وسیله پنج خرده مقیاس استیگمای ساختاری، شغلی، خانوادگی، انجمنی و حرفه ای سنجش و اندازه گیری شد؛ در حالی که در مطالعه می و هسی (۱۱) سه خرده مقیاس نگرش طردکننده، کلیشه منفی و رفتار انحرافی جهت اندازه گیری "نگرش انگ زدن به کودکان مبتلا به اختلالات عاطفی و رفتاری" مدنظر بوده است، که این سه خرده مقیاس بیشتر در بسط استیگمای ساختاری و خانوادگی نقش دارد. یا ترینی و

همکاران (۱۴) در پژوهش خود بیشتر به استیگمای شغلی پرداختند، چرا که بیان داشتند معلولان آفریقایی جنوبی با خطرات بالای فقر، تغذیه نامناسب و محدودیت در بازار کار روبرو هستند. همچنین راورد (۱۳) با بررسی استیگمای معلولیت در کشورهای در حال توسعه، به مفهوم استیگمای خانوادگی اشاره کرد و نشان داد که در سراسر جهان، کلیشه ها و انگ ها به تبعیض و طرد شدن افراد معلول و خانواده های خود منجر شده است. همان طور که مشخص است، پژوهش های پیشین، یک یا دو مورد از خرده مقیاس های استیگمای اجتماعی را مورد بررسی قرار داده اند، آن هم بیشتر در بین گروه هایی که دارای اختلالات رفتاری و عاطفی هستند، اما پژوهش حاضر ابعاد وسیع تری را برای سنجش متغیر استیگمای اجتماعی در بین معلولان جسمی (جسمی - حرکتی، حسی، احشایی و صوت و گفتار) بررسی کرد.

نتایج نشان داد که پنج خرده مقیاس استیگمای ساختاری، شغلی، خانوادگی، انجمنی و حرفه ای در جهت سنجش و اندازه گیری استیگمای اجتماعی از اعتبار و دقت کافی برخوردار هستند و همبستگی خوبی بین گویه های هر خرده مقیاس وجود دارد، اما از بین آنها استیگمای خانوادگی و استیگمای شغلی به ترتیب بیشترین و کمترین نقش را در سنجش استیگمای اجتماعی داشته اند. در ادامه مشخص شد که گویه های مورد بررسی برای سنجش و اندازه گیری متغیرهای مربوط به خود از اعتبار و دقت کافی

برخوردار هستند، اما در متغیر استیگمای ساختاری، گویه‌ی "دانش‌آموزان دارای معلولیت در مقایسه با دانش‌آموزان غیرمعلول فرصت و شانس کمتری برای بروز استعدادهای خود در مدارس عادی دارند" از دقت بیشتری نسبت به سایر گویه‌ها برخوردار بود. همچنین جهت سنجش متغیرهای استیگمای شغلی (گویه‌ی؛ ارتقاء و ترفیع شغلی برای افراد دارای معلولیت بسیار محدودتر است تا افراد غیرمعلول)، استیگمای انجمنی (گویه‌ی؛ همسایگان و خویشاوندان، به خاطر وضعیت معلولیت من، کمتر با اعضای خانواده‌ام دوست شده)، استیگمای خانوادگی (گویه‌ی؛ خانواده‌ام اغلب شرم دارند من را به دیگر خانواده‌ها نشان دهند) و استیگمای حرفه‌ای (گویه‌ی؛ ارتوپدان فنی به اظهارات و نگرانی‌های معلولان جسمی توجه نمی‌کنند و گفته‌های خود را کم‌اهمیت می‌دانند) نسبت به سایر گویه‌های هر یک از این ابعاد، از دقت بیشتری برخوردار بودند.

در این مطالعه، استیگمای درک شده یا مورد انتظار به وسیله سه خرده‌مقیاس احساس شرم و انزوا، احساس متفاوت دیده شدن و احساس ناکافی بودن در بین معلولان جسمی سنجش و اندازه‌گیری شد؛ در حالیکه در مطالعه چانگ و جیگی (۹) مقیاس "مشارکت و استیگمای درک شده" برای اندازه‌گیری استیگما در میان افراد مبتلا به جذام در برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه چین طراحی شد. بر اساس پژوهش مسعودنیا و همکاران (۴) استیگمای ادراک شده یکی از مهم‌ترین پیامدهای

اجتماعی - روانی در افراد با علایم HIV (ایدز) است. یا در پژوهش توفیقی و همکاران (۶) مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی از جمله افرادی بودند که استیگمای ادراک شده را تجربه و لمس کردند. در پژوهش‌های پیشین به هیچ یک از سه خرده‌مقیاس مذکور اشاره نشد و استیگمای ادراک شده را به طور کلی در بین دیگر افراد مورد سنجش قرار دادند، از جمله افرادی که درگیر جذام، مبتلا به ایدز و یا دارای کودک فلج مغزی بودند، ولی پژوهش حاضر ابعاد وسیع‌تری را برای سنجش متغیر استیگمای ادراک شده در بین معلولان جسمی بررسی کرد.

نتایج نشان داد که سه خرده‌مقیاس احساس شرم و انزوا، احساس متفاوت دیده شدن و احساس ناکافی و ناقص بودن در جهت سنجش و اندازه‌گیری استیگمای ادراک شده از اعتبار و دقت کافی برخوردار هستند و همبستگی خوبی بین گویه‌های هر خرده مقیاس وجود دارد، اما از بین آنها خرده‌مقیاس "احساس متفاوت دیده شدن" بیشترین نقش را در سنجش استیگمای ادراک شده داشت. در ادامه مشخص شد که گویه‌های مورد بررسی برای سنجش و اندازه‌گیری متغیرهای مربوط به خود از اعتبار و دقت کافی برخوردار هستند، اما در متغیر احساس شرم و انزوا، گویه‌ی "از نظر افراد غیرمعلول فردی ضعیف به نظر می‌رسد که باید از ضعف خود احساس شرم کنم" از دقت بیشتری نسبت به سایر گویه‌ها برخوردار بود. همچنین جهت سنجش متغیرهای احساس متفاوت دیده شدن (گویه؛ افراد

غیرمعلول من را نه تنها به لحاظ جسمی، بلکه به لحاظ روانی و شخصیتی هم متفاوت‌تر از سایر اعضای سالم خانواده یا دوستان خود می‌بینند) و احساس ناکافی و ناقص بودن (گویه‌ی؛ احساس می‌کنم نقطه نظرات و رأی من از نظر افراد غیرمعلول بی‌اهمیت است، چرا که مرا موجودی ناقص تلقی می‌کنند) نسبت به سایر گویه‌های هر یک از این ابعاد، از دقت بیشتری برخوردار بودند، اما خودآنگ‌زنی یا استیگما به خود به وسیله دو خرده‌مقیاس استیگمای اجتناب و درونی شدن احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ در بین معلولان جسمی سنجش و اندازه‌گیری شد، در حالی که در پژوهش‌های پیشین به هیچ یک از این دو خرده‌مقیاس مذکور اشاره نشده و خودآنگ‌زنی را به طور کلی مورد سنجش قرار داده‌اند. برای نمونه، در مطالعه می و هسی (۱۱) چهار خرده‌مقیاس رفتار انحرافی، انزوای اجتماعی، کلیشه منفی و خودآنگ‌زنی جهت اندازه‌گیری "نگرش‌های انگ زدن به بیماری روانی در بین دانشجویان مراقبت‌های بهداشتی در تایوان" مدنظر بوده است یا پرزگارین و همکاران (۱۵) در پژوهش خود بیان داشتند که پایین بودن عزت نفس افراد دارای اختلالات شنوایی و بینایی ناشی از استیگمای درونی است.

یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که دو خرده‌مقیاس "استیگمای اجتناب" و "درونی شدن احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ" در جهت سنجش و اندازه‌گیری استیگمای به خود از اعتبار و دقت کافی برخوردار هستند و همبستگی

خوبی بین گویه‌های هر خرده‌مقیاس وجود دارد، اما خرده‌مقیاس استیگمای اجتناب بیشتر از خرده‌مقیاس "درونی شدن احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ" در سنجش استیگمای به خود نقش داشت. در ادامه مشخص شد که گویه‌های مورد بررسی برای سنجش و اندازه‌گیری متغیرهای مربوط به خود از اعتبار و دقت کافی برخوردار هستند، اما در متغیر استیگمای اجتناب، گویه "از این که به علت معلولیتم در معرض نگاه‌های خیره و یا ترحم‌آمیز دیگران قرار بگیرم، می‌ترسم؛ لذا ترجیح می‌دهم در خانه بمانم و بیرون نروم" از دقت بیشتری نسبت به سایر گویه‌ها برخوردار بود. همچنین جهت سنجش متغیر درونی شدن احساسات و باورهای منفی مرتبط با شرایط انگ، گویه "چون به این نتیجه رسیدم که افراد معلول نمی‌توانند کارها را به درستی انجام دهند، از خودم بدم می‌آید و احساس شرمساری می‌کنم" نسبت به سایر گویه‌های این بُعد، از دقت بیشتری برخوردار بود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به چالش‌برانگیز بودن انجام تحقیق در بین معلولان اشاره کرد. از جمله این چالش‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: حضور ضعیف معلولان مذکور در مکان‌های هدف یا عدم مراجعه برخی از آنها به مکان‌های هدف (پس از دعوت از آنها)، که باعث شد محقق به منزل و محل کار آنها رجوع کند، عدم همکاری و تمایل برخی از معلولان در مشارکت علمی در دسترس نبودن یا پاسخ‌گو نبودن تلفن همراه برخی

از معلولان، جهت دعوت از آنها به مکان‌های هدف نداشتن شرایط جسمی مناسب برخی از معلولان جهت پاسخگویی، آن هم پس از مراجعه به آنها و وجود معلولیت‌های متفاوت (به غیر از جسمی) در مراکز و مکان‌های هدف، که مسیر محقق را در رسیدن به معلولان جسمی دشوار می‌کرد و دشوار بودن جمع‌آوری داده‌ها در بین معلولان نابینا و ناشنوا (جهت جمع‌آوری داده‌ها در بین معلولان ناشنوا از کارشناسان و متخصصان زبان اشاره استفاده شد و برای معلولان نابینا، تک تک گویه‌ها برای آنها خوانده و شرح شد).

از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد؛ نیاز به مسافرت‌های طولانی بین دو شهر مورد مطالعه جهت جمع‌آوری داده‌ها که نیازمند صرف زمان و هزینه زیادی بود، عدم همکاری سازمان بهزیستی شهر تهران جهت در اختیار قرار دادن اطلاعات و مکان‌های مربوط به جامعه هدف، روند طولانی نامه‌نگاری بین دانشگاه و سازمان بهزیستی، هزینه بر بودن روند جمع‌آوری داده‌ها و عدم حمایت مالی از طریق دانشگاه و سازمان بهزیستی.

با توجه به این که پرسشنامه نهایی اندازه‌گیری شده برای استیگمای معلولیت جسمی در این پژوهش از کیفیت، تناسب و قدرت پیش‌بینی خوب و مطلوبی برخوردار است، پیشنهاد می‌شود محققان از این ابزار به عنوان الگویی جهت پیشبرد اهداف تحقیقی خود استفاده کنند. علاوه بر این، پیشنهاد

می‌شود مفهوم استیگمای معلولیت و نحوه شکل‌گیری آن برای کارکنان سازمان‌های مددکاری، توانبخشی، بهزیستی و انجمن‌ها در قالب سمینار و کارگاه توضیح داده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از همکاری معلولان جسمی شهرهای یاسوج و تهران و خانواده‌های آنها که ما را در این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند. همچنین محقق بر خود لازم می‌داند که از زحمات سرکار خانم دکتر زهرا مومن‌فر جهت همکاری در اجرای تحقیق قدردانی کند.

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش تحت حمایت مالی دانشگاه یا سازمان به خصوصی نبوده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته جامعه‌شناسی مسایل اجتماعی ایران از دانشگاه مازندران با کد اخلاق IR.UMZ.REC.1403.061 می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان به این صورت است که، دکتر محمد اسماعیل ریاحی در مدیریت و هدایت تحقیق و مشاوره در زمینه طراحی آن، دکتر امیر عرفانی نظارت بر روند اجرای تحقیق و روش‌شناسی آن، دکتر محمود شارع‌پور در زمینه مشاوره آماری، وحید دستیار در نگارش و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و همه نویسندگان به طور یکسان در ویراستاری و بازبینی نهایی مقاله همکاری داشته‌اند.

REFERENCES

1. World health statistics. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
2. Rahmani N, Kajbafvala M, Takian A, Shirazikhah M, Hamidi H, Ehsanzadeh SJ. A Comparative Study of Rehabilitation Policies in Selected Countries: A Narrative Review. *Jrehab* 2024; 25(1): 2-25.
3. Mohamadi M, Mohtashami J, Arab Khangholi Z. Stigma towards patients with mental disorders 3 2023; 1(1): 61-72.
4. Masoudnia E, Mirzaei M, Chenaninasab H. Relationship between Illness Perception and Perceived Stigma in Patients with HIV Symptoms. *J Jiroft Univ Med Sci* 2016; 2(2): 1-9.
5. Ahmadnia S, Sherfat S, Taghikhah K, Tavakoli S. The experience of social stigma and the spoiled identity of mothers with autistic children. *Journal of Social Problems of Iran* 2017; 8(1): 103-17.
6. Tofighi Z, Aghaei A, gol parvar M. Comparing effectiveness of resilience and emotion regulation on perceived social stigma and mental endurance in the mothers of the children with cerebral paralysis (CP). *Psychology of Exceptional Individuals* 2018; 7(28): 71-93.
7. Gholami R, Naemi A. Effectiveness of reality therapy on the stigma of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals* 2017; 7(27): 209-36.
8. Safiri Hasanabadi S, shahsavari MR. Affiliate stigma in first and second degree relatives of people with disabilities. *Social Cognition* 2021; 10(19): 197-210.
9. Chung Eva YH, Gigi L. Validation of two scales for measuring participation and perceived stigma in Chinese community-based rehabilitation programs. *Chung and Lam Health and Quality of Life Outcomes* 2018; 16:105.
10. Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Res* 2013; 30; 208(1):33-40.
11. Ma HI, Hsieh CE. Questionnaires on stigmatizing attitudes among healthcare students in Taiwan: development and validation. *BMC Medical Education* 2020; 20(59): 1-9.
12. Caqueo-Úrizar A, Boyer L, Urzúa A, Williams DR. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54(8): 905-9.
13. Rohwerder B. Disability stigma in developing countries. K4D Helpdesk Report Brighton, UK: Institute of Development Studies 2018, 1-26.
14. Trani JF, Moodley J, Anand P, Graham L, Maw MTT. Stigma of persons with disabilities in South Africa: Uncovering pathways from discrimination to depression and low self-esteem. *Social Science & Medicine* 2020; 265, 113449.
15. Pérez-Garín D, Recio P, Molero F. Consequences of perceived personal and group discrimination against people with hearing and visual impairments. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 27; 18(17):9064.
16. Noble H, Smith J. Issue of validity and reliability in quantitative research. *Evid Based Nurs* 2015; 18: 34-5.
17. Ganji M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5-TR. Fifth edition text revision. Tehran: Savalan Publications; 2022; 223.
18. Darlington CK, Hutson SP. Understanding HIV-related stigma among women in the Southern United States: A literature review. *AIDS and Behavior* 2017; 21(1), 12-26.
19. Nyblade L, Srinivasan K, Mazur A, Raj T, Patil DS, Devadass D, et al. HIV Stigma Reduction for Health Facility Staff: Development of a Blended- Learning Intervention. *Front Public Health* 2018; 6(165): 1-13.
20. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Wang K, Burton CL, Crawford FW, Phelan JC, et al. The burden of stigma on health and wellbeing: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. *Personality Social Psychology Bulletin* 2018; 44(4): 451-74.
21. Goffman E. Stigma: notes on the management of Spoiled identity. 5th ed. Translated by Masoud Kianpour, Tehran: Center Publications; 2021; 160-92.
22. Link BG, Phelan JC. Labeling and stigma. In: Scheid TL, Brown TN(editors). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems*. New York: Cambridge University Press; 2010; 20-46.

23. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(1): 35-53.
24. Corrigan P, Watson A, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology* 2006; 25(9): 875-84.
25. Steward W, Herek GM, Ramakrishna J, Bharat S, Chandy S, and Wrubel J, et al. HIV-related stigma: adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science & Medicine* 2008; 67(8): 1225-35.
26. Pryor JB, Reeder GD. HIV-related stigma. In: Hall JC, Hall BJ, Cockerell CJ (editors). *HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, treatment, and epidemiology* 2011; 790-806.
27. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30(3): 481-91.
28. Herek GM, Steward W, Ramakrishna J, Bharat S, Chandy S, Wrubel J, et al. HIV-related stigma: adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science & Medicine* 2008; 67(8): 1225-35.
29. Grappone G. The seven types of stigma. *NAMI Advocate* 2017; 55-80. <https://spokane.wsu.edu/studentaffairs/counseling-services/end-the-stigma/stigma-types/>
30. Goodwin J. The horror of stigma: Psychosis and mental health care environments in twenty-first-century horror film (Part I). *Perspectives in Psychiatric Care* 2014; 50(3): 201-9.
31. Barnes JB. The three faces of stigma. reprinted from "recovery: stigma and inclusion". issue of *Visions Journal* 2017; 13(1): 28.
32. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL. Intervention's targeting mental health self-stigma: a review and comparison. *Psychiatr Rehabil J* 2015; 38: 171.
33. Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Slewa-Younan Sh, et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *Int J Ment Health Syst* 2021; 15(77): 1-12.
34. Subu MA, Wati DF, Al-Yateem N, Netrida N, Priscilla V, Maria DJ, et al. Family stigma among family members of people with mental illness in Indonesia: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health* 2021; 52(2); 102-23.
35. Pryor JB, Reeder GD, Monroe AE. The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology* 2012; 102(2): 224-41.
36. Ahmedani BK. Mental health stigma: society, individuals, and the profession. *J Soc Work Values Ethics* 2011; 8: 1-4.
37. Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rüscher N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *Journal of Mental Health* 2016; 25(1): 10-15.
38. Gerlinger G, Hauser M, Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 155- 64.
39. Haddad P, Haddad I. Mental health stigma. *British Association for Psychopharmacology* 2015; Available from: <https://www.bap.org.uk/articles/mental-health-stigma/>
40. Green S, Davis C, Karshmer E, Marsh P, Straight B. Living stigma: the impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the lives of individuals with disabilities and their families. *Sociological Inquiry* 2005; 75(2), 197-215.
41. Molero F, Recio P, García-Ael C, Pérez-Garín D. Consequences of perceived personal and group discrimination against people with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology* 2019; 64(2): 212-20.
42. Trani JF, Ballard E, Pena JB. Stigma of persons with disabilities in Afghanistan: Examining the pathways from stereotyping to mental distress. *Social Science & Medicine* 2016; 153(15): 258-65.
43. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry* 2014; 55(1): 221-31.
44. Zhang L, Li W, Liu B, Xie W. Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between stigma perception and social alienation of Chinese adults with disability. *Disability and Health Journal* 2014; 7 (7): 119-23.
45. Tanabe Y, Hayashi K, Ideno Y. The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 116.
46. Brown RL, Ciciurkaite G. The "Own" and the "Wise" Revisited: Physical Disability, Stigma, and Mental Health among Couples. *Journal of Health and Social Behavior* 2021; 62(2): 170-82.

47. Trammell J. Development of the Postsecondary student survey of disability-related stigma (SSDRS). Richmond, VA: Virginia Commonwealth University 2006; 20-42.
48. Trammell J. Postsecondary Students and Disability Stigma: Development of the Postsecondary Student Survey of Disability-Related Stigma (PSSDS). Journal of Postsecondary Education and Disability 2009; 22(2): 21-9.
49. Abdul-Chani MM, Moreno CP, Reeder JA, Zuckerman KE, Lindly OJ. Perceived community disability stigma in multicultural, low-income populations: Measure development and validation. Res Dev Disabil 2021; 115: 103997.

Validity and Reliability of the Physical Disability Stigma Questionnaire

Dastyar V^{1*}, Riahi ME¹, Erfani A², Sharepour M¹

¹Department of Social Sciences, University of Mazandaran, Mazandaran, Iran, ²Department of Sociology, Nipissing University, Canada

Received: 20 Jul 2024

Accepted: 22 Oct 2024

Abstract

Background & aim: Stigma refers to negative and destructive attitudes and beliefs that society has towards some social groups, such as mental patients, disabled people, or a certain race. In Iran, there is no comprehensive and accurate questionnaire about the stigma of physical disability from a sociological point of view. Therefore, the purpose of this research was to determine the validity and reliability of the physical disability stigma questionnaire.

Methods: The present survey-cross-sectional study that was conducted among 620 people with physical disabilities living in Tehran and Yasuj cities using convenience sampling method. In order to evaluate the validity of the questionnaire, content, face, construct, convergent, discriminant, Cross-validated Communalities and redundancy were used, and Cronbach's alpha, loop method, and composite reliability were used to evaluate reliability. Data were analyzed using SPSS and PLS analytical softwares.

Results: The results indicated that convergent validity was established at the level of variables (AVE > 0.50) and at the level of items (factor loadings > 0.40) which indicated the validity and accuracy of the investigated items to measure the related variables. According to factor loading values, in measuring social stigma, family stigma dimension (0.770); In the measurement of perceived stigma, the dimension of "feeling being seen differently (0.870)" and in the measurement of self-stigma, the dimension of "avoidance stigma (0.871)" had a greater impact than other dimensions. It was correspondingly displayed that divergent validity was established at the level of variables and items, and according to the Fornell-Larcker index, the square root of the extracted average variance of each factor was greater than the maximum correlation of that factor with other factors. The results of combined reliability indicated that the questionnaire had acceptable internal consistency reliability and the reliability of the measurement model was confirmed (CR > 0.70). Finally, the results of common cross-validity and redundancy revealed that the measurement model had good quality, appropriateness and predictive power (Q² > 0.11).

Conclusion: According to the validity and reliability indicators of the measurement tool, it can be said that this questionnaire was appropriate in terms of content. The items were able to measure the desired variables. Moreover, the questionnaire had a worthy and satisfactory quality and can be a proper tool for measuring the physical disability stigma.

Key words: Stigma, Reliability, Validity, Disability, Questionnaire.

***Corresponding author:** Dastyar V, Mazandaran, University of Mazandaran, Department of Social Sciences.
Email: Vdastyar95@gmail.com

Please cite this article as follows: Dastyar V, Riahi ME, Erfani A, Sharepour M. Validity and Reliability of the Physical Disability Stigma Questionnaire. Armaghane-danesh 2024; 29(5): 754-778.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal