گزارش کوتاه
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۴، مهر ۱۳۹۴، ۶۲۰-۶۱۱

روایی و پایایی مقیاس جهت گیری پرهیز از درمان نگهدارنده با متادون در ایران: یک گزارش کوتاه

فاطمه ترکاشوند[۱]، محمد اسدپور [۲]، محسن رضائیان[۳]

دریافت مقاله: ۹۴/۱/۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۱/۳۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۲/۵ پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: درمان نگهدارنده با متادون یک برنامه درمانی جامع است که در آن متادون به عنوان جایگزینی برای بیماران وابسته به مواد افیونی به صورت طولانی مدت تجویز می‌شود. این مطالعه با هدف، ترجمه و تعیین روایی و پایایی مقیاس جهت گیری پرهیز از درمان نگهدارنده با متادون در ایران انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت مقطعی و در سال ۱۳۹۲ در شهر رفسنجان انجام شده است. مقیاس جهت‌گیری پرهیز توسط Caplehorn و همکاران تهیه شده است. جهت ترجمه فارسی آن، از فرآیند ترجمه-ترجمه مجدد استفاده شد. برای تعیین روایی از شاخص روایی صوری، نسبت روایی محتوا و شاخص های روایی محتوا استفاده گردید. جهت تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: شاخص روایی صوری کلیه سؤالات مقیاس بیشتر از ۱/۵، نسبت روایی کلیه سؤالات بیشتر از ۰/۶۲ و نمره شاخص‌های روایی سؤالات از ۰/۷۹ بیشتر بوده و همه موارد در حد قابل قبول است. میزان ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده مقیاس برابر ۰/۶۲ بود که اندکی کمتر از مقدار قابل قبول (بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۷) می باشد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه، برای اولین بار مقیاس جهت گیری پرهیز از درمان نگهدارنده با متادون به فارسی ترجمه شد و روایی و پایایی آن در حد نسبتاً قابل قبولی گزارش گردید.

واژه های کلیدی: درمان نگهدارنده با متادون، مقیاس جهت گیری پرهیز، روایی، پایایی، فارسی

۱- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲- استادیار گروه آموزشی خدمات بهداشتی و ارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳- (نویسنده مسئول) استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۳۱۳۱۵۱۲۳-۰۳۴، دورنگار: ۳۱۳۱۵۱۲۳-۰۳۴، پست الکترونیکی: moeygmr2@yahoo.co.uk

مقدمه

درمان نگهدارنده با متادون Methadone Maintenance Treatment (MMT) یک برنامه درمانی جامع است که در آن اپیوئید مصنوعی متادون به عنوان جایگزینی برای بیماران وابسته به مواد افیونی به صورت طولانی مدت تجویز می‌شود [۱]. ماندگاری در درمان نگهدارنده و تعهد و پایبندی به درمان، یکی از اصول اساسی MMT محسوب شده و اغلب به عنوان معیاری برای موفقیت و اثر بخشی آن شناخته شده است [۲].

ماندگاری طولانی مدت بیماران در درمان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و طول زمانی که افراد در درمان هستند رابطه مثبتی با دستیابی به دیگر پیامدهای مثبت MMT از قبیل کاهش خطر عود مصرف مواد و رفتارهای پرخطر دارند [۳]. از همین رو، در MMT به جای تأکید بر پرهیز از همه داروها تأکید اصلی بر ماندگاری در متادون است، تا از این طریق افراد بتوانند از مزایای درمان تا پایان ماندگاری بهره ببرند [۱].

طبق مطالعات، عوامل مختلف زیادی بر میزان ماندگاری بیماران در درمان نگهدارنده مؤثرند که به طور کلی سه دسته اصلی شامل عوامل مربوط به بیمار، عوامل مربوط به برنامه درمانی و ویژگی‌های اجتماع می باشد. نگرش کارکنان مراکز MMT یکی از عوامل مربوط به درمان است که طبق برخی مطالعات بر میزان ماندگاری بیماران در MMT مؤثر است [۴].

طبق مطالعات مختلفی تفاوت در نگرش کارکنان با شیوه درمان و پیامدهای آن مرتبط است [۶-۴]. بر اساس شواهد، در مراکزی که نگرش کارکنان آن به سمت پرهیز بوده است در مقایسه با مراکزی که نگرش کارکنان آن به سمت ماندگاری بیماران در درمان بوده است میزان خروج بیماران از درمان بیشتر بوده است [۶-۴]. بنابراین، نگرش کارکنان مراکز MMT به عنوان یک عامل مؤثر بر ماندگاری در درمان باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

نظر به این که بر اساس بررسی انجام شده، ابزار مناسبی به زبان فارسی جهت سنجش نگرش کارکنان این مراکز وجود نداشت، این مطالعه با هدف ترجمه و تعیین روایی و پایایی ابزار انگلیسی زبان در این زمینه انجام شده تا در مطالعات آینده جهت سنجش نگرش کارکنان مراکز MMT مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی و در سال ۱۳۹۲ در شهر رفسنجان انجام شده است. مقیاس اصلی جهت‌گیری پرهیز توسط Caplehorn و همکاران تهیه شده و به عنوان نشانگری از دیدگاه کارکنان مراکز MMT به درمان نگهدارنده با متادون است. در این مقیاس ۱۴ گویه‌ای سؤالاتی درباره اهداف و رویکردهای MMT پرسیده

می‌شود. هر یک از این گویه‌ها توسط پاسخ‌دهندگان بر مبنای مقیاس لیکرت از کاملاً مخالف (امتیاز ۱) تا کاملاً موافق (امتیاز ۵) نمره‌گذاری شده است. نمرات با تقسیم نمره کل مقیاس بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده محاسبه می‌شود که دامنه تغییرات آن ۱ تا ۵ است. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده جهت‌گیری برای ماندگاری و نمرات بالاتر نشان‌دهنده جهت‌گیری برای پرهیز است [۴].

جهت بومی‌سازی این ابزار و ترجمه فارسی آن، از فرآیند ترجمه-ترجمه مجدد (Back-translation) از روش Banville و همکارانش [۷] استفاده شد. در این روش، به متناسب بودن فرهنگی و روان‌سنجی ابزار تأکید شده است. برای تعیین اعتبار مقیاس مورد نظر از روش اعتبار محتوا (کمی و کیفی) با استفاده از پانل متخصصان، اعتبار صوری کمک گرفته شد. جهت بررسی پایایی ابزار، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

برای تعیین روایی صوری، ابتدا مقیاس توسط دو فرد متبحر از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه شد. در مرحله بعدی، دو متن ترجمه شده از نظر کیفیت و انتخاب مناسب‌ترین ترجمه برای عبارات، مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت تا در مورد یک نسخه فارسی مشترک توافق گردید و بدین طریق مقیاس به یک ترجمه واحد تبدیل شد. سپس نسخه نهایی ترجمه شده، جهت برگرداندن از زبان فارسی به زبان اصلی (ترجمه معکوس) در اختیار دو مترجم دیگر که متن اولیه انگلیسی را ندیده بودند، گذارده شد. هدف از این کار اطمینان بیشتر از صحت ترجمه مقیاس بود. پس از مقایسه نسخ ترجمه شده به انگلیسی با متن اصلی مقیاس، یکسانی مفهومی و کیفیت کلی ترجمه بررسی شد. پس از تأیید ترجمه، مقیاس نهایی جهت تعیین روایی و پایایی تهیه گردید.

برای تعیین روایی صوری، از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی، با چند نفر از کارکنان مراکز MMT برای یافتن دشواری در درک عبارات و کلمات گویه‌ها مصاحبه انجام گرفت که نظرات آنان به صورت تغییرات جزیی در مقیاس اعمال شد. برای تعیین کمّی روایی صوری از روش امتیاز تأثیر استفاده شد. ابتدا برای هر یک از ۱۴ گویه ابزار، طیف لیکرتی ۵ قسمتی در نظر گرفته شد: کاملاً مهم است (امتیاز ۵)، مهم است (امتیاز ۴)، به طور متوسطی مهم است (امتیاز ۳)، اندکی مهم است (امتیاز ۲) و اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱). سپس مقیاس جهت تعیین روایی در اختیار ۱۰ نفر متخصص قرار گرفت. گروه متخصصین را تعدادی از همکاران اپیدمیولوژیست، روانشناس، روانپزشک و آموزش بهداشت تشکیل دادند. پس از تکمیل مقیاس توسط پانل متخصصان با استفاده از فرمول روش امتیاز تأثیر، روایی صوری محاسبه شد.

(ImpactScore= Frequency (%) × Importance)

نمره محاسبه شده از امتیاز تأثیر عددی بین ۱ تا ۵ است. در صورتی که امتیاز تأثیر از یک و نیم بیشتر باشد، گویه برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ خواهد شد [۸]. جهت تعیین روایی محتوا از روش لاوشه (Lawshe) که از روش‌های کمی تعیین روایی محتوا است، استفاده گردید. سنجش روایی محتوا Lawshe یک روش پرکاربرد سنجش اعتبار محتوا است.

این روش میزان موافقت میان ارزیابان درخصوص «مناسب یا اساسی بودن» یک گویه خاص را اندازه‌گیری می‌کند. Lawshe پیشنهاد کرد هر گویه یا پرسش به مجموعه‌ای از ارزیابان داده شود و از آن‌ها پرسیده شود که آیا گویه مورد نظر برای سنجش سازه‌های مورد نظر «اساسی یا سودمند» هست یا خیر؟ طبق نظر Lawshe، اگر بیش از نیمی از ارزیابان بیان داشتند که آن گویه «اساسی یا سودمند» است، دست کم از مقداری اعتبار محتوا برخوردار است. هرچه میزان موافقت ارزیابان با «اساسی یا سودمند بودن» یک گویه معین بالاتر باشد، سطح اعتبار محتوا بالاتر است. Lawshe با استفاده از این فرض فرمول زیر را برای سنجش اعتبار محتوا ابداع کرد [۹].

$$CVR=\frac{n_E-\frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

n_E: تعداد افراد متخصصی که وجود گویه مورد نظر را ضروری می‌دانند.

N: تعداد کل افراد متخصصی که گویه مورد نظر را ارزیابی کرده‌اند.

بر اساس نظر Lawshe ارزشContent Validity Ratio (CVR) برای هر سؤال به تعداد متخصصینی که روایی محتوایی را تعیین می‌کنند، بستگی دارد و بدین منظور جدولی ارائه داده است که میزان CVR لازم برای هر تعداد متخصص در آن ارائه شده است. در صورتی که عدد به دست آمده از محاسبه CVR با توجه به تعداد متخصصین، از عدد جدول بزرگ‌تر باشد حاکی از آن است که وجود گویه مربوطه با سطح معناداری آماری قابل قبول ($p<۰/۰۵$) در این ابزار ضروری و مهم است [۹].

طبق نظر Lawshe پس از تعیین و محاسبه CVR، برای اطمینان از اینکه گویه‌های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده از روش شاخص روایی محتوای Content Validity Index (CVI) استفاده می‌شود. پانل متخصصان در خصوص اطمینان از این که آیا گویه‌ها از نظر سه معیار: مربوط یا اختصاصی بودن (Relevancy)، سادگی و روان بودن (Simplicity) وضوح یا شفاف بودن (Clarity) به بهترین نحو طراحی شده‌اند در طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر گویه اظهار نظر نموده و مقدار CVI محاسبه می‌شود [۹].

$$CVI = \frac{\text{تعداد ارزیابانی که به آیتم تمره سه و چهار داده}}{\text{تعداد کل ارزیابان}}$$

نمره محاسبه شده CVI عددی بین ۰ تا ۱ است. پذیرش گویه بر اساس این معیار است که نمره بالاتر از ۰/۷۹ مناسب، نمره بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰ سؤال برانگیز بوده و به اصلاح و بازنگری نیاز دارد و نمره کمتر از ۰/۷۰ غیرقابل قبول بوده و بایستی حذف گردد [۹].

جهت تعیین CVR، مقیاس به ۱۰ نفر از متخصصین ارائه شده و از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از ۱۴ گویه ابزار به سه طیف گویه ضروری است، مفید اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد، پاسخ دهند. پاسخ‌ها بر اساس فرمول CVR محاسبه شد. بر اساس جدول Lawshe حداقل CVR لازم برای ۱۰ نفر متخصص (۰/۶۲) است. مجدداً مقیاس جهت محاسبه CVI به متخصصان داده شد و با استفاده از فرمول CVI شاخص روایی محتوا محاسبه شد.

پس از تأیید روایی صوری و محتوای مقیاس، جهت تعیین اعتماد یا پایایی از روش ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همبستگی درونی استفاده گردید.

آلفای کرونباخ عددی بین صفر و یک است که صفر به مفهوم آن است که عبارات یا سؤالات یک مقیاس هیچ ربطی به یکدیگر ندارند و یک به مفهوم همبستگی کامل است. مطابق این روش ابزار مورد نظر زمانی از پایایی مناسب برخوردار خواهد بود که ضریب آلفای کرونباخ بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۷ باشد [۱۰].

جهت تعیین پایایی، مقیاس در اختیار کارکنان ۱۸ مرکز MMT شهر رفسنجان قرار گرفته و تکمیل گردید. هر مرکز MMT حداقل دارای یک پزشک، پرستار، روانشناس و حسابدار بوده و در برخی مراکز تعداد کارکنان کمتر یا بیشتر از این تعداد بودند. با توجه به اهمیت نقش پزشک، پرستار و روانشناس در روند درمان و ارتباط مستقیم این افراد با بیماران، مقیاس مذکور صرفاً توسط این افراد تکمیل گردید. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ محاسبه گردید.

نتایج

پس از تکمیل مقیاس توسط پانل متخصصان با استفاده از فرمول روش امتیاز تأثیر، روایی صوری محاسبه شده و امتیاز تأثیر هر یک از سؤالات در جدول ۱ نشان داده شده است، نمره کسب‌شده کلیه سؤالات بیشتر از ۱/۵ بوده و قابل قبول است. در جدول ۱ نسبت روایی محتوا برای هر یک از سؤالات ارائه شده است. با توجه به جدول Lawshe حداقل نسبت روایی لازم برای تعداد ۱۰ نفر متخصص ۰/۶۲ است که تقریباً کلیه سؤالات بیشتر از این مقدار بوده و قابل قبول است.

جدول ۱- شاخص امتیاز تأثیر(IS)، نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص‌های روایی محتوا (CVI) مقیاس جهت‌گیری پرهیز

گویه		شاخص امتیاز تأثیر (IS)		نسبت روایی محتوا (CVR)		شاخص‌های روایی محتوا (CVI)			
		امتیاز تأثیر	ارزشیابی	CVR	ارزشیابی	مربوط R-CVI	سادگی S-CVI	وضوح C-CVI	ارزشیابی
۱	باید دوز متادون بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادونی که به استفاده از مواد مخدر ادامه می‌دهند، کاهش یابد.	۵	قبول	۱	قبول	۱	۰/۹	۰/۹	قبول
۲	باید بیماران تحت درمان با متادونی که هشدارهای مکرر جهت قطع استفاده از مواد مخدر را نادیده می‌گیرند به تدریج متادون را کنار بگذارند.	۴/۹	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۰/۹	۰/۹	قبول
۳	هیچ محدودیتی در دوره زمانی درمان نگهدارنده با متادون نباید ایجاد گردد.	۴/۲۳	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۱	۱	قبول
۴	وقتی که بیماری استفاده از مواد مخدر غیرقانونی را قطع کرد، باید به تدریج از درمان با متادون کنار گذاشته شود.	۴/۲۳	قبول	۰/۸	قبول	۱	۱	۱	قبول
۵	خدمات متادون درمانی باید تا جایی گسترده شود که همه معتادان مواد مخدری که می‌خواهند وارد درمان نگهدارنده شوند بتوانند آن را دریافت کنند.	۴/۸	قبول	۰/۶۲	قبول	۱	۱	۱	قبول
۶	باید دوز متادون بیماران تحت درمان نگهدارنده که به سوء مصرف مواد غیراپیوئیدی (مانند بنزودیازپین‌ها) ادامه می‌دهند کاهش یابد.	۴/۸	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۰/۹	۱	قبول
۷	پرهیز از همه اپیوئیدها (شامل متادون)، باید هدف اصلی درمان نگهدارنده با متادون باشد.	۴/۹	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۰/۹	۰/۹	قبول
۸	اگر بیماران را به حال خود رها کنید، اغلب آن‌ها تا آخر عمر در برنامه متادون درمانی باقی خواهند ماند.	۴/۲۳	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۰/۹	۰/۹	قبول
۹	دوز متادون بیماران تحت درمان نگهدارنده باید کافی باشد تا از خارج شدن آن‌ها جلوگیری شود.	۴/۸	قبول	۰/۸	قبول	۰/۸	۱	۰/۹	قبول
۱۰	نگه‌داشتن معتادان در متادون درمانی به صورت نامحدود غیراخلاقی است.	۴/۹	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۱	۱	قبول
۱۱	نقش اصلی پزشکان آماده کردن بیماران تحت درمان با متادون برای زندگی عاری از مواد مخدر است.	۴/۹	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۱	۱	قبول
۱۲	نپذیرفتن یک معتاد به مواد مخدر در درمان نگهدارنده با متادون غیراخلاقی است.	۴/۸	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۱	۰/۹	قبول
۱۳	اگر دارو (متادون) ایجاد اعتیاد نمود، تغییر در برنامه درمانی ضروری است.	۴/۸	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۰/۶	۰/۸	قبول
۱۴	پزشکان باید بیماران را به ماندن حداقل ۴-۳ سال در درمان تشویق کنند.	۴/۳۲	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹	۱	۱	قبول
۱۵	میانگین کل سؤالات	۴/۶۹	قبول	۰/۸	قبول	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۹۴	قبول

در جدول ۱ همچنین، نمره شاخص‌های روایی در سه بخش مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن سؤالات نشان داده است که میانگین نمرات هر بخش از ۰/۷۹ بیشتر بوده و قابل قبول است.

برای تعیین پایایی، مقیاس توسط ۵۵ نفر از کارکنان ۱۸ مرکز MMT تکمیل گردید. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان نشان می دهد که ۳۱ نفر آنها (۵۶/۴٪) مرد بودند، همچنین، سن ۲۷ نفر آنها (۴۹/۱٪) کمتر از ۳۰ سال بوده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده مقیاس برابر ۰/۶۲ بود که اندکی کمتر از مقدار قابل قبول (بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۷) می باشد.

بحث

در این مطالعه به ترجمه و تعیین روایی و پایایی مقیاس جهت‌گیری پرهیز از MMT پرداخته شد. این مقیاس نشانگر و منعکس کننده رویکرد مراکز MMT به درمان نگهدارنده با متادون است. از آنجایی که MMT در طی سال‌های اخیر به طور گسترده‌ای در سطح کشور ارائه می شود وجود چنین ابزاری برای سنجش نگرش کارکنان به MMT و جهت‌گیری آنها به ماندگاری یا پرهیز از درمان با متادون ضروری به نظر می رسد.

جهت‌گیری و نگرش کارکنان به سمت ماندگاری منعکس کننده رویکردی است که از درمان طولانی مدت حمایت می‌کند، در حالی که جهت‌گیری برای پرهیز، از هدف غایی ترک اعتیاد که همانا سم‌زدایی از تمام مشتقات مواد مخدر است، حمایت می‌کند. کسب نمره بالاتر از ۳ در این مقیاس نشان می‌دهد که حداقل برخی از کارکنان مراکز MMT رفسنجان دارای باورهای نسبتاً قوی در مورد جهت‌گیری برای پرهیز می‌باشند [۴].

جهت‌گیری برای پرهیز با ماندگاری کمتر، دوزدهی محدودتر متادون، پاسخ تنبیهی بیشتر به استفاده از مواد مخدر غیرقانونی در هنگام درمان مرتبط است. مراکزی که از رویکرد پرهیز حمایت می‌کنند نیز به احتمال زیاد در آزمون آگاهی از خطرات و مزایای MMT، نمرات پایین‌تری خواهند داشت.

مراکز با جهت گیری پرهیز نیازمند به مداخلات در راستای افزایش دانش اعضای کارکنان در مورد مزایای طولانی مدت MMT و خطرات مرتبط با سم‌زدایی هستند.

مطالعه حاضر نشان داد که مقیاس مذکور از روایی مناسبی جهت سنجش نگرش و باور کارکنان مراکز MMT نسبت به پرهیز از درمان نگهدارنده با متادون برخوردار است. با این وجود، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این مطالعه اندکی کمتر از مقدار قابل قبول آن می باشد. این نکته می تواند به دلیل کم بودن تعداد و متنوع بودن ویژگی‌های کارکنان مراکز MMT باشد که در خصوص سنجش پایای پرسشنامه همکاری نموده‌اند. بنابراین، کم بودن تعداد و متنوع بودن ویژگی‌های کارکنان مراکز MMT بایستی به عنوان

محدودیت مطالعه حاضر در نظر گرفته شود که ضروری است در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد. در خاتمه پیشنهاد می گردد که این مقیاس برای سنجش نگرش کلیه کارکنان مراکز MMT کشور مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، برای اولین بار مقیاس جهت گیری پرهیز از MMT، به فارسی ترجمه شده و روایی و پایایی آن در حد نسبتاً قابل قبولی گزارش گردیده است.

References

[1] Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *JAMA* 1965; 193(8): 646-50.

[2] Strike CJ, Gnam W, Urbanoski K, Fischer B, Marsh DC, Millson M. Factors predicting 2-year retention in methadone maintenance treatment for opioid dependence. *Addict Behav* 2005; 30(5): 1025-8.

[3] Fareed A, Casarella J, Amar R, Vayalapalli S, Drexler K. Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts. *J Psychiatr Pract* 2009; 15(3): 227-34.

[4] Caplehorn JR, Lumley TS, Irwig L. Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52(1): 57-61.

[5] Caplehorn JR, Irwig L, Saunders JB: Physicians' attitudes and retention of patients in their methadone maintenance programs. *Subst Use Misuse* 1996; 31:663-677.

[6] Pollack HA, D'Aunno T: Dosage patterns in methadone treatment: results from a national survey, 1988-2005. *Health Serv Res* 2008; 43: 2143-63.

[7] Banville D, Desrosiers P, Genet –Volet Y. Translating questionnaires and interventories using a cross-cultural translation technique. *J Teaching Physical Educ* 2000;19:374-87.

[8] Hajizadeh E, Asghari M. [Statistical methods and analyses in health and biosciences a research methodological approach]. Tehran: Jahade Daneshgahi Publications. 2011. [Farsi]

[9] Lawshe C H. A Quantitative Approach to Content Validity. *Phrsonnhlpsychoiogy* 1975; 28, 563-575.

[10] Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16(3): 297-334.

Validity and Reliability of Methadone Maintenance Therapy Abstinence Orientation Scale in Iran: A Short Report

F. Torkashvand[1], M. Asadpor[2], M. Rezaeian[3]

Received: 28/03/2015 Sent for Revision: 20/04/2015 Received Revised Manuscript: 25/04/2015 Accepted: 03/05/2015

Background and Objective: Methadone maintenance therapy is a comprehensive treatment plan in which methadone is used as a substitution long therapy in people with Opioid dependent. The aim of the present study is to translate and determine the validity and reliability of Abstinence Orientation Scale (AOS) in Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out in Rafsanjan in 2013. The AOS was developed by Caplehorn et al. The back-translation method has applied in order to translate the original Scale from English into Farsi. Validity was checked using Impact Score (IS), Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI). Reliability was checked using cronbach's Alpha coefficient.

Results: The IS for all questions was above 1.5. The CVR for all questions was above 0.62 and the CVI for all questions was above 0.79 and the whole were acceptable. The cronbach's Alpha coefficient was also equal 0.62 which was slightly less than the acceptable level (i.e. equal or more than 0.7).

Conclusion: For the first time, in the present study the AOS was translated into Farsi and its validity and reliability were reported as to be rather satisfactory.

Key words: Methadone Maintenance Treatment, Abstinence Orientation Scale (AOS), Validity, Reliability, Farsi

Funding: This research was funded by Research Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Torkashvand F, Asadpor M, Rezaeian M. Validity and Reliability of Methadone Maintenance Therapy Abstinence Orientation Scale in Iran: A Short Report. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 14(7): 611-20. [Farsi]

1- MSc in Epidemiology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Health Services and Health Promotion
3- Prof., Dept. of Epidemiology and biostatistics and Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel: 034-31315123, Fax: 034-31315123, E-mail: moeygmr2@yahoo.co.uk