پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیست و یکم، شماره ۳، پی‌درپی ۱۱۱، صفحات ۱۵۳ تا ۱۶۰
مرداد و شهریور ۱۳۹۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۷/۱۹

ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه وابستگی لیدز (LDQ) در افراد وابسته به مصرف مواد و الکل

دکتر مجتبی حبیبی[۱]، سجاد اله‌دادی*[۲]، لیلا محمدی[۳]، نیکزاد قنبری[۴]

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی، دکتری تخصصی روانشناسی سلامت
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد قزوین، قزوین، ایران
۴. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین ساختار عاملی، پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه وابستگی لیدز (LDQ) در بین افراد وابسته به مصرف مواد و الکل در ایران صورت گرفت. همچنین نمرات LDQ در مورد تعدادی از عوامل دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: مقیاس LDQ به زبان فارسی ترجمه و سپس ترجمه وارون شد و مقایسه آن با نسخه اصلی صورت گرفت. پس از اجرای مقدماتی روی ۲۰ آزمودنی، اصلاحات لازم انجام شد. تعداد ۲۸۱ آزمودنی وابسته به مصرف مواد و الکل از زندان، خوابگاه و کمپ‌های مختلف به پرسشنامه پاسخ دادند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک، پرسشنامه وابستگی لیدز(LDQ)، پرسشنامه آزمون تشخیص اختلالات مصرف مواد (DUDIT) و پرسشنامه شدت اعتیاد (SDS) استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار LISREL نسخه ۸/۸ و آزمون‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بارهای عاملی همه سؤال‌ها روی مؤلفه اصلی رضایت بخش بود. پایایی ابزار از طریق آلفای کرونباخ و آزمون دونیمه کردن گاتمن به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۶ به‌دست آمد. بررسی روایی همگرا از طریق محاسبه ضریب همبستگی مقیاس LDQ با مقیاس‌های DUDIT و SDS، ۰/۶۱ و ۰/۳۷ به‌دست آمد. سن شروع کمتر، سابقه مصرف در خانواده، مصرف همزمان چند ماده و روش مصرف تزریق، بیشترین شدت وابستگی را ایجاد می‌کنند.

نتیجه‌گیری: LDQ از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و بنابراین ابزار مناسبی جهت استفاده در بین جمعیت وابسته به مصرف مواد و الکل در ایران است. توجه به عوامل دموگرافیک مؤثر بر شدت وابستگی در برنامه‌ریزی‌های پیشگیری و درمان این اختلال لازم است.

واژگان کلیدی: پایایی، روایی، پرسشنامه وابستگی لیدز، مواد، الکل

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Habibi N, Alahdadi S, Mohammadi L, Ghanbari N. Psychometric properties of Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) in dependent people with drug and alcohol. Pejouhandeh 2016;21(3):153-160.

مقدمه

ازاواسط دهه ۱۹۸۰، سرویس‌های پیشگیرانه و درمانی در زمینه‌ی مصرف الکل و مواد، ابزارهای سنجش را به طور گسترده مورد ارزیابی قرار دادند (۱). برخی از رایج‌ترین این ابزارها عبارتند از آزمون شناسایی مشکلات مصرف الکل (Alcohol Use Disorders Identification Test)، نیمرخ اعتیاد مادزلی (Maudsley Addiction Profile)، آزمون ارزیابی سبک زندگی دارتموث (Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument)، آزمون غربالگری سوء مصرف مواد (Drug Abuse Screening Test- DAST)، آزمون غربالگری الکلیسم میشیگان (Michigan Alcoholism Screening Test)، مقیاس وابستگی الکل (Alcohol Dependence Scale)، پرسشنامه‌ی مشکلات کانابیس (Cannabis Problems Questionnaire)، شاخص شدت

*نویسنده مسؤول مکاتبات: سجاد اله‌دادی؛ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران؛ همراه: ۰۹۳۶۴۲۲۲۴۲۱؛ پست الکترونیک: alahdadi90@ut.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

اعتیاد (Addiction Severity Index- ASI) و چک لیست اعتیاد (Addiction Behaviors Checklist) (۲). تعدادی از این ابزارها، سوءمصرف ماده‌ی به‌خصوصی را مورد بررسی قرار می‌دهند. همچنین ابزارهایی که مصرف مواد مختلف را شامل می‌شوند، طولانی بوده و پر کردن آنها نیاز به زمان بیشتری دارد و با توجه به اینکه فرد وابسته به مصرف مواد به دلایل مختلف ممکن است تمایل پاسخ دادن به مقیاس‌هایی با سؤالات زیاد را نداشته باشد، بنابراین ابزاری که بتواند ضمن اندازه‌گیری مصرف مواد مختلف و الکل، کوتاه باشد، می‌تواند کاربردهای بیشتری را به‌وجود آورد.

در همین راستا، Raistrick و همکارانش در سال ۱۹۹۴ پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز (LDQ) را طراحی کردند. از جمله ویژگی‌های این پرسشنامه‌ی ۱۰ سؤالی این است که وابستگی به طیف وسیعی از مواد شامل الکل، اپیوئیدها، کوکائین و دیگر داروهای تجویزی و مخدر را اندازه می‌گیرد و هدف آن فراهم کردن یک ابزار واحد برای پزشکان ومحققان است که کاربرد آن صرفاً برای یک ماده‌ی به‌خصوص نباشد. LDQ نسبت به تغییر در طول زمان حساس است و درجات مختلف وابستگی را از ملایم تا شدید اندازه می‌گیرد؛ بنابراین می‌تواند بخشی از یک بسته‌ی ارزیابی برای استفاده در کار بالینی باشد تا اثرات درمان را در بین افراد وابسته به الکل و مواد بررسی کند (۳).

طراحان پرسشنامه‌ی وابستگی از مفهوم "سندرم وابستگی الکل و دارو" برای اهدافشان استفاده کردند. "سندرم وابستگی (dependence syndrome)" به عنوان یک پدیده‌ی روانشناختی، رفتاری و شناختی در نظر گرفته شده است که در آن فرد، استفاده از مواد را در بالاترین اولویت خود قرار می‌دهد و رفتارهای دیگر را هر چند مهم باشند، در اولویت‌های بعدی قرار می‌دهد (۴). عناصری که توسط LDQ اندازه‌گیری می‌شوند مشابه مواردی است که در ICD-10 تعریف شده است (۵).

LDQ تاکنون در مطالعات مختلفی به‌کار گرفته شده و روانسنجی آن در جمعیت‌های مختلفی از جمله بزرگسالان جوان (۵)، نمونه‌ی بزرگی (تعداد= ۱۲۰۳) از دانش آموزان و نمونه‌ای از نوجوانان (۶)، بیماران سایکوتیک بستری در بیمارستان (۷)، نمونه‌ی بزرگ وابسته به مصرف مواد و الکل (تعداد=۱۶۸۱) ارجاع داده شده به خدمات درمان اعتیاد در انگلیس (۸) بررسی شده که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی بالا و اعتبار همزمان و همگرای قابل قبول بوده است. همچنین در مطالعات دیگر از LDQ برای تعیین میزان وابستگی استفاده شده است که از جمله‌ی آن مطالعه‌ی مرتبط با درمان بیماران با همبودی اسکیزوفرنی و سوء مصرف مواد (۹)، مقایسه‌ی نیاز به دارو و سوء مصرف دارو در بیماران مبتلا به سردرد مزمن (۱۰)، رابطه با سبک زندگی دارتموث (۷)، درمان وابستگی به الکل (۱۱) و موارد دیگر بوده است. برخلاف ابزارهای قبلی که طولانی و وقت‌گیرند و ممکن است باعث خستگی و عدم دقت در پاسخ‌دهی شوند، LDQ تنها ۱۰ سؤال کوتاه دارد و در زمان کوتاهی پاسخ داده می‌شود.

مطالعه‌ی حاضر با هدف تأیید ساختار عاملی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه با یک نمونه از معتادان ایرانی با استفاده از تحلیل عامل تأییدی و همسانی درونی و برآوردهایی از اعتبارآن صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر، این مطالعه با هدف بررسی تعمیم پذیری پرسشنامه‌ی LDQ است و آزمون‌های بیشتری برای اعتبار و روایی سازه‌ی آن فراهم می‌کند. اهداف دیگر مطالعه به منظور ارزیابی تفاوت سن شروع مصرف، سن فعلی، درآمد، سطح تحصیلات، سابقه‌ی مصرف در خانواده، جنسیت، مکان مورد مطالعه (کمپ، زندان یا خوابگاه)، نوع ماده‌ی مصرفی و روش مصرف (درصورت وجود) در میانگین نمرات LDQ است.

مواد و روش‌ها

این یک پژوهش همبستگی است که جامعه‌ی آن را افراد وابسته به مواد مخدر و الکل در شهرهای فریدن، قم، شهریار، کرج و تهران تشکیل می‌دهند. تعداد نمونه‌ی مورد نیاز برای تحلیل عامل تأییدی به ازای هر سؤال ۱۵ مورد است (۱۲) که با توجه به تعداد سؤالات پرسشنامه‌ی LDQ (۱۰ سؤال)، نمونه‌ی برآورد شده ۱۵۰ مورد به‌دست آمد. به منظور این‌که نمونه‌ی انتخاب شده کافی بوده و معرف جامعه باشد، تعداد نمونه‌ی بیشتری گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی در دسترس بود و با مراجعه به زندان، کلینیک و کمپ‌های شهرهای مذکور و اخذ مجوزهای لازم، تعداد ۳۵۰ پرسشنامه در بین افراد معتاد داوطلب به همکاری توزیع شد که در نهایت ۲۸۱ پرسشنامه قابل تجزیه و تحلیل، به‌دست آمد.

ابزار اصلی در این پژوهش، پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز LDQ است که نحوه‌ی ساخت و ویژگی‌های روانسنجی این ابزار پیش از این توضیح داده شد. در این پرسشنامه همه‌ی سؤالات به‌صورت ۳-۲-۱-۰ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های کمتر از ۱۰ وابستگی پایین، بین ۱۰ تا ۲۲ وابستگی متوسط و بیشتر از ۲۲ وابستگی زیاد را نشان می‌دهند. بر طبق گزارشات Raistrick و همکارانش (۱۹۹۴)، این پرسشنامه دارای

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

همسانی درونی، پایایی آزمون- بازآزمون (test-retest reliability) و روایی محتوا، همزمان، افتراقی و همگرا است. تمام این جنبه‌های روانسنجی از طریق معیارهای متعارف، رضایت‌بخش گزارش شده است (۳). آزمون تشخیص اختلالات مصرف مواد (Drug Use Disorders Identification Test- DUDIT) در سال ۲۰۰۵ توسط Berman و همکارانش در سوئد ساخته شد. هدف از آیتم‌های DUDIT تشخیص الگوهای مصرف و مشکلات مرتبط با مصرف مواد است. طراحان، از پرسش‌هایی استفاده کردند که می‌تواند به تشخیص افرادی کمک کند که مشکلات مرتبط با مواد و وابستگی دارویی نشان می‌دهند. علاوه برآن، DUDIT می‌تواند برای غربالگری افرادی که در رابطه با مصرف مواد مشکلات چندانی ندارند، مورد استفاده قرارگیرد. این ابزار به‌صورت مشابه و موازی با آزمون تشخیص اختلالات مصرف الکل (AUDIT) ساخته شده است. DUDIT شامل ۱۱ آیتم است و سؤالات ۱ تا ۹ آن از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات ۱۰ و ۱۱ به صورت ۰، ۲ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات آن بین ۰ تا ۴۴ متغیر است. کسب نمره‌های بالاتر حاکی از شدت بیشتر مشکلات ناشی از مصرف مواد است (۱۴). آلفای کرونباخ به‌دست آمده در تحقیقات مختلف از ۰/۷۴ تا ۰/۹۷ متغیر است (۱۴). روانسنجی این ابزار در ایران در پژوهش حبیبی و همکاران که در دست چاپ است، رضایت بخش بوده و آلفای کرونباخ ۰/۸ برای آن به‌دست آمد (۱۵).

شاخص شدت اعتیاد (Severity of Dependence Scales- SDS) یک پرسشنامه‌ی خودگزارش‌دهی کوتاه و آسان ۵ آیتمی است که توسط گروه گاساپ (Gossop) ساخته شد و هدف آن اندازه‌گیری اجزای روانشناختی وابستگی به انواع مختلف مواد از جمله افیون‌ها، کوکایین، آمفتامین‌ها، بنزودیازپین‌ها، کانابیس و الکل است. نمره‌ی به‌دست آمده از این شاخص بین ۰ تا ۱۵ متغیر است و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر وابستگی است. همچنین این شاخص می‌تواند در تشخیص وابستگی به مواد مختلف مورد استفاده قرار گیرد. نقطه‌ی برش این ابزار برای آمفتامین ۴، کوکایین ۳، بنزودیازپین‌ها ۷، کانابیس‌ها ۴ و ۳ و الکل ۳ به‌دست آمده است (۱۶). آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای این تست در پژوهش González و Salvador، ۰/۵۵ و پایایی تست- بازتست ۰/۷۲ بوده است (۱۷). روانسنجی این ابزار در ایران در پژوهش حبیبی و همکاران که در دست چاپ است، رضایت بخش بوده و آلفای کرونباخ ۰/۶۳ برای آن به‌دست آمد (۱۸).

ابتدا پرسشنامه‌ی LDQ توسط چهار روانشناس (از جمله یک روانشناس دو زبانه) ترجمه شد و سپس به وسیله‌ی یک متخصص زبان انگلیسی ترجمه وارون شد و مقایسه‌ی آن با نسخه‌ی اصلی صورت گرفت که این مقایسه نشان داد بین دو پرسشنامه هماهنگی وجود دارد. سپس پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از افراد وابسته به مواد و الکل قرار گرفت تا واضح و قابل فهم بودن سؤالات بررسی شود. به هر کدام از سؤالات یک پاسخ پنج گزینه‌ای با طیف لیکرت اختصاص داده شد که به ترتیب از غیرقابل فهم (نمره صفر) تا کاملاً واضح (نمره ۴) نمره‌گذاری شد. تحلیل پاسخ‌ها نشان داد سؤالات مورد تأیید است و نیازی به تغییر در سؤالات وجود ندارد.

برای جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم، به زندان، کلینیک‌ها و کمپ‌های مربوطه مراجعه شد. در این مراکز پس از ارایه توضیحات لازم و روشن کردن اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد داوطلب قرار گرفت و پس از تکمیل، جمع‌آوری شد. با توجه به داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، رضایت افراد به صورت شفاهی کسب شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار Lisrel 8.8 استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد کل پرسشنامه‌های قابل تجزیه و تحلیل در این پژوهش، ۲۸۱ عدد بود. محدوده‌ی سنی افراد شرکت‌کننده بین ۱۸ تا ۶۷ سال بود. ۲۵۴ نفر (۹۰/۴ درصد) از این تعداد را مردان و ۲۶ نفر (۹/۳ درصد) را زنان تشکیل دادند. ۱۳۶ نفر از این افراد مجرد (۴۸/۴ درصد)، ۹۴ نفر متأهل (۳۳/۵ درصد) و ۳۷ نفر (۱۳/۲ درصد) هم مطلقه یا بیوه بودند. تعداد مصرف‌کنندگان تریاک، هروئین و کراک ۱۰۹نفر (۳۹ درصد)، شیشه و حشیش ۳۹ نفر (۱۴ درصد)، افرادی که هم مخدرهای تریاک و هروئین و هم شیشه و حشیش را توام مصرف می‌کردند ۵۸ نفر (۲۱ درصد)، مصرف‌کنندگان حشیش و شیشه با مشروب ۱۲ نفر (۴/۳ درصد)، و افرادی که مخدرهای توهم‌زا و مشروب را همزمان مصرف می‌کردند، ۳۸ نفر (۱۳/۵ درصد) بودند. از لحاظ روش مصرف هم تعداد ۱۸۸ نفر به‌صورت تدخین (۶۶/۹ درصد)، ۱۵ نفر به‌صورت تزریق (۵/۳ درصد)، ۲۶ نفر به‌صورت خوراکی (۹/۳ درصد)، تزریق و خوردن ۲۳ نفر (۸/۲ درصد)، تدخین و تزریق ۷ نفر (۲/۵)، و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

تعداد ۱۵ نفر (۵/۳ درصد) هر سه روش مصرف تزریق، تدخین و خوردن را گزارش دادند.

قبل از بررسی چگونگی برازش مدل ساختار عاملی تأییدی با داده‌ها، پیش‌فرض‌هایی شامل: ۱- نرمال بودن توزیع متغیرها، ۲- وجود رابطه‌ی خطی میان آنها، ۳- متغیرهای مشاهده شده‌ی چندگانه (داشتن حداقل ۲ متغیر مشاهده شده برای هر متغیر نهفته‌ی برون‌زا و درون‌زا)، ۴- مدلی بیش از حد مشخص شده (over identified model)، ۵- عدم هم‌خطی چندگانه (multicollinearity) بین متغیرها و ۷- فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری بررسی گردید و رعایت آنها مورد تأیید قرار گرفت. رعایت پیش‌فرض اول با توجه به نتایج آزمون تک‌متغیره و چندمتغیره نرمال بودن در نرم افزار لیزرل بررسی شد و با توجه به رد شدن فرضیه‌ی نرمال بودن در تعدادی از سؤال‌ها، از روش برآورد مقاوم در برابر نقض نرمال بودن استفاده شد که در قسمت برآورد پارامترها به آن پرداخته می‌شود. همچنین برون‌دادهای نرم‌افزار لیزرل و برازش یافتن مدل‌های ساختاری نشان داد که پیش‌فرض‌های "مدلی بیش از حد مشخص شده" و "عدم همخطی چندگانه" بین متغیرها نیز رعایت شده است. پیش‌فرض مربوط به متغیرهای مشاهده شده‌ی چندگانه نیز در مرحله‌ی مدل اندازه‌گیری (تحلیل عاملی تأییدی) رعایت شد. همچنین پیش‌فرض مربوط به وجود رابطه‌ی خطی در بررسی ماتریس کوواریانس و همبستگی و نهایتاً مفروضه‌ی 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 لیزرل ۸/۸ مورد بررسی قرار گرفت. مدل مورد بررسی شامل مدل تک‌بعدی، با بار شدن ۱۰ سؤال روی یک عامل عمومی بود. در جدول ۱، بارهای عاملی، خطای استاندارد برآورد پارامترها، آزمون t برای بررسی معنی‌داری پارامترها و ضریب تبیین پارامترها ارایه شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه وابستگی لیدز.

سؤال	بارهای عاملی	t. value	Z-نرمال بودن تک متغیره	سؤال	بارهای عاملی	t. value	Z-نرمال بودن تک متغیره
۱. اشتغال ذهنی: آیا مدام خود را در حال فکر کردن راجع به زمان بعدی مصرف مواد یا الکل می‌یابید؟	۰/۸۶	۱۸/۸۰	۰/۱۶	۶. محدود کردن استفاده از خزانه: آیا شما نوشیدنی یا مواد را در زمان خاصی (صبح، ظهر، شب) مصرف می‌کنید؟	۰/۷۸	۱۷/۱۰	-۲/۰۸
۲. بارز بودن مصرف: آیا نوشیدن مشروبات الکلی یا استعمال مواد از هر چیز دیگری در طول روز برای شما مهم‌تر است؟	۰/۸۷	۲۰/۱۶	-۰/۵۶	۷. اجبار برای ادامه‌ی مصرف: آیا هنگامی که شروع به مصرف مواد یا مشروبات الکلی کردید، احساس می‌کنید باید به مصرف آن ادامه دهید؟	۰/۸۰	۱۹/۰۹	-۱/۱۲
۳. اجبار برای شروع مصرف: آیا نیاز شما به نوشیدن یا مصرف مواد آن قدر زیاد است که نمی‌توانید آن را کنترل کنید؟	۰/۸۳	۲۰/۸۵	-۰/۱۳	۸. تقدم احساس: آیا تأثیری که می‌خواهید از مصرف نوشیدنی یا مواد دریافت کنید، برای شما مهمتر از نوع نوشیدنی و مواد است؟	۰/۸۳	۱۸/۸۶	-۰/۸۲
۴. نقشه کشیدن برای مصرف: آیا شما برنامه‌ی روزانه‌ی خود را حول تهیه و مصرف مواد یا مشروبات الکلی تنظیم می‌کنید؟	۰/۸۶	۲۰/۴۸	-۰/۲۸	۹. مداومت: وقتی که اثر مواد یا نوشیدنی درحال اتمام است، می‌خواهید مقدار بیشتری از آن را مصرف کنید؟	۰/۸۱	۲۰/۶۸	-۱/۶۴
۵. بالا بردن اثر: آیا شما مشروبات یا مواد را به گونه‌ای مصرف می‌کنید که بیشترین تأثیر را بر شما داشته باشد؟	۰/۸۴	۱۹/۶۰	-۰/۲۹	۱۰. شناختی: آیا برای شما ادامه‌ی زندگی بدون مصرف مواد یا نوشیدن سخت است؟	۰/۶۴	۱۰/۸۹	۱/۸۶

آماره ماریا: نرمال بودن چند متغیره

کجی		چولگی		کجی- چولگی	
آماره	P-Value	Z-Score	آماره	P-Value	Chi-Square
۱۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۹/۶۸	۱۴۷/۷۷	۰/۰۰۰۱	۱۷۴/۸۸

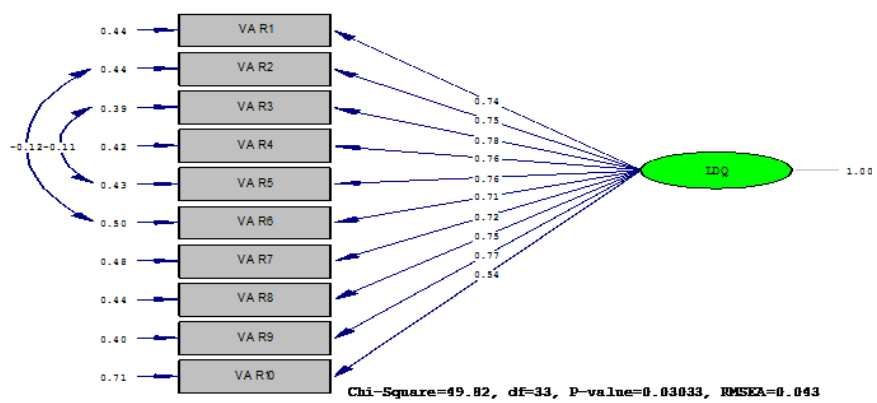
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

با توجه به نقض مفروضه‌ی نرمال بودن از روش بیشینه درست‌نمایی ماکسیمم (Maximum Likelihood Robust Procedure) مقاوم در برابر نقض مفروضه‌ی 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)، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (df/2χ2X)، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index- GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی، (Adjusted Goodness of Fit Index- AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (Comparative Fit Index- CFI)، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA) و باقی‌مانده ریشه مجذور میانگین (Root Mean Square Residual- RMSR).

بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است که بارهای عاملی همه‌ی سؤال‌ها روی مؤلفه‌ی اصلی در حد رضایت‌بخشی است (P.E.<۰/۳؛ جدول ۱). بررسی میزان تفاوت برازش مدل مورد بررسی حاکی از آن بود که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد، یعنی نتایج پژوهش از مدل تک عاملی حمایت می‌کند. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش نسبتاً مطلوبی با داده‌ها دارد. شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد و شاخص‌های RMSEA و RMR بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه‌ی آزادی برازش چندان رضایت بخش است (جدول۲ و نمودار ۱). ضریب آلفای کرونباخ و دونیمه کردن گاتمن برای پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز ۰/۹۰ و ۰/۸۶ برآورد شده است. بررسی نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که میان DUDIT با LDQ (P<۰/۰۰۱، r=۰/۶۱)، شدت اعتیاد SDS با LDQ (P<۰/۰۰۱، r=۰/۳۷) و سن شروع مصرف مواد با LDQ (P<۰/۰۵، r=-۰/۱۶۴) همبستگی معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. همچنین بین سن فعلی و نمرات LDQ برای اپیوئیدها همبستگی معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۴۹، r=-۰/۱۸۸) ولی بین سن فعلی با نمرات LDQ برای کل نمونه، همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۰۷۴، r=-۰/۱۰۷). همچنین بین درآمد با LDQ همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۳۷، r=۰/۰۷۳). نتایج همبستگی اسپیرمن بین سطح تحصیلات با LDQ نیز همبستگی معنی‌داری را نشان نمی‌دهد (P<۰/۱۷،r=-۰/۰۸۲). اختلاف میانگین نمره‌ی کل میزان وابستگی LDQ در دو گروه با و بدون سابقه‌ی مصرف مواد در خانواده، معنی‌دار بود (P<۰/۰۱). این اختلاف در دو گروه مردان و زنان بررسی شده معنی‌دار نبود (آزمون تی مستقل). میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی میزان وابستگی LDQ در ۲۱۴ نفر معتاد کمپ ۱۶/۴ (۸/۱)، در ۳۴ معتادان زندانی ۱۴/۷ (۹/۱) و ۳۳ معتادی که در خوابگاه زندگی می‌کردند ۱۴/۸ (۷/۴) بود. اختلاف بین سه گروه به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. اختلاف میانگین نمره‌ی میزان وابستگی LDQ در معتادان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر (هروئین، تریاک و کراک)، مواد توهم‌زا (شیشه و حشیش)، مواد مخدر و توهم‌زا، مواد توهم‌زا و الکل، و مخدر، توهم‌زا و الکل، معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱، آنالیز واریانس یک طرفه؛ جدول ۳). اختلاف میانگین نمره‌ی میزان وابستگی LDQ در معتادان با شیوه‌های گوناگون مصرف نیز معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱، آنالیز واریانس یک طرفه؛ جدول ۴).

جدول ۲. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه وابستگی لیدز.

SRMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	Df	Satorra-Bentler
۰/۰۶۵	۰/۰۴۳	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۷	۱/۵۱	۳۳	۴۹/۸۲



نمودار ۱. آماره‌های استاندارد شده سؤالات پرسشنامه وابستگی لیدز روی مدل تک عاملی.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

جدول ۳. توزیع معتادان براساس میانگین نمره‌ی میزان وابستگی LDQ و نوع ماده‌ی مصرفی*.

متغیر	آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
میزان وابستگی LDQ	مخدر (هروئین، تریاک و کراک)	۱۰۹	۱۵/۲۹	۷/۲۶
	توهم زا (شیشه و حشیش)	۳۹	۱۳/۱۷	۹/۶۳
	مخدر و توهم‌زا	۵۸	۱۶/۸۲	۸/۲۳
	توهم‌زا و الکل	۱۲	۱۵/۵	۶/۳۳
	سه مورد مخدر، توهم‌زا و الکل	۳۸	۲۱/۱۳	۷/۲۳

*اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱، آنالیز واریانس یک طرفه)

جدول ۴. توزیع معتادان براساس میانگین نمره‌ی میزان وابستگی LDQ و نوع ماده‌ی مصرفی و شیوه‌ی مصرف*.

متغیر	آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
میزان وابستگی LDQ	تدخین	۱۸۸	۱۵/۴۳	۷/۹۱
	خوردن	۲۶	۱۲/۴۶	۷/۹۴
	تزریق	۱۵	۲۰/۰۶	۸/۰۵
	تدخین و خوردن	۲۳	۱۸/۸۶	۷/۴۷
	تدخین و تزریق	۷	۱۹/۴۲	۶/۹۹
	خوردن و تزریق	۱	۱۰	.
	تزریق، تدخین و خوردن	۱۵	۲۱/۷	۸/۰۲

*اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱، آنالیز واریانس یک طرفه)

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز (LDQ) صورت گرفت. بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است بارهای عاملی همه‌ی سؤال‌ها روی مؤلفه اصلی در حد رضایت بخشی است. یافته‌های پژوهش، ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز شامل همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه و روایی همگرا را مورد تأیید قرار می‌دهد. به طور کلی یافته‌ها در مورد روایی و پایایی پرسشنامه وابستگی لیدز با نتایج انجام شده‌ی قبلی در خصوص رضایت بخش بودن این پرسشنامه مطابقت دارد (۸،۷،۶،۵). به‌طور خاص در پژوهش اصلی که توسط Raistrick و همکاران صورت گرفت آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آمد که با نتیجه‌ی پژوهش حاضر دقیقاً یکسان است (۳). روایی همگرا با استفاده از همبستگی لیدز با پرسشنامه‌ی DUDIT و SDS مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر آن است که روایی در مورد پرسشنامه‌ی DUDIT در حد مطلوب بود، ولی در مورد پرسشنامه‌ی SDS در حد متوسط بود که این مقدار ممکن است به‌دلیل سؤالات کم این پرسشنامه باشد.

هدف دوم مطالعه، ارزیابی تفاوت سن شروع مصرف، سن فعلی، میزان درآمد، سطح تحصیلات، سابقه‌ی مصرف در خانواده، جنسیت، مکان مورد مطالعه (کمپ، زندان، خوابگاه)، نوع ماده‌ی مصرفی و روش مصرف (در صورت وجود) در میانگین نمرات LDQ بود. نتایج تحلیل‌های آماری حاکی از آن بود که بین سن شروع مصرف، سابقه‌ی مصرف در خانواده، نوع ماده‌ی مصرفی و روش مصرف در میانگین نمرات LDQ تفاوت وجود داشت و در مورد سن فعلی، میزان درآمد، سطح تحصیلات، جنسیت و مکان مورد مطالعه، تفاوت معناداری مشاهده نشد. سن شروع مصرف مواد با نمره‌های حاصل از LDQ همبستگی معنی‌دار معکوسی دارد و افرادی که در سنین پایین‌تری شروع به مصرف مواد می‌کنند، درجات بالاتری از وابستگی را تجربه می‌کنند که یافته‌های مشابهی برای آن در پژوهش‌های پیشین پیدا نشد. همچنین بین سن فعلی با نمرات LDQ برای مصرف‌کنندگان اپیوئیدها همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد، درحالی‌که بین سن با نمرات این ابزار برای مصرف‌کنندگان سایر مواد همبستگی معنی‌داری به‌دست نیامد. در پژوهش‌های پیشین این همبستگی برای کل نمونه، معنی‌دار بوده است (۳،۸) که البته مقدار این همبستگی ضعیف بوده و تفاوت چندانی با همبستگی به‌دست آمده در این پژوهش ندارد.

افراد با سابقه‌ی مصرف در خانواده نسبت به افراد بدون سابقه‌ی مصرف در خانواده نیز نمرات بالاتری در LDQ کسب کردند که حاکی از وابستگی بیشتر آنها به مصرف مواد و الکل بود. افراد با سابقه‌ی مصرف در خانواده، دسترسی بیشتری به

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

مواد داشته و آزادانه‌تر می‌توانند مواد و الکل مصرف کنند که در نهایت می‌تواند زمینه‌ی وابستگی بیشتر را به‌وجود آورد (۱۹). افراد با مصرف توأم مواد مخدر، توهم‌زاها و الکل بیشترین نمره را در پرسشنامه‌ی LDQ کسب نمودند به نحوی که به‌صورت چشمگیری وابستگی در این افراد بیشتر از گروه‌های دیگر بود. بعد از آن نیز مصرف توأم مواد مخدر و توهم‌زاها، مصرف توأم توهم‌زاها و الکل، مصرف مواد مخدر به تنهایی و در نهایت مصرف مواد توهم‌زا، رتبه‌های بعدی را در میزان وابستگی کسب کردند که این یافته‌ها با نتیجه‌ی پژوهش‌های پیشین مطابقت دارد (۷،۵). در پژوهش اصلی نیز مصرف‌کنندگان مواد مخدر نمرات بالاتری نسبت به مصرف‌کنندگان الکل کسب کردند ولی در مورد سایر مواد تفاوتی گزارش نشد (۳) که یک دلیل آن می‌تواند ناشی از تفاوت در شیوه‌ی گروه‌بندی افراد مصرف‌کننده باشد، زیرا در پژوهش اصلی صورت گرفته توسط Raistrick و همکاران، گروه‌ها بر اساس ماده‌ی اصلی مصرفی دسته‌بندی شدند؛ حال آنکه در پژوهش حاضر این گروه‌ها با توجه به همه‌ی مواد مورد مصرف، دسته‌بندی شدند. همچنین میانگین‌های به‌دست آمده برای LDQ به تفکیک نوع ماده‌ی مصرفی کمتر از میانگین‌های مشابه در پژوهش اصلی بود. میانگین کل به‌دست آمده در پژوهش اصلی ۱۹/۷۰ با انحراف معیار ۷/۶۳ و در پژوهش حاضر ۱۶/۱۴ با انحراف معیار ۸/۱۵ بود (۳) که این تفاوت در میانگین نمرات می‌تواند به‌دلیل نمونه‌ی مورد بررسی باشد، به نحوی که در پژوهش Raistrick و همکاران نمونه‌ی مورد بررسی شامل افرادی بود که به تازگی به مراکز درمان سوءمصرف مواد ارجاع داده شده بودند، درحالی‌که نمونه‌ی این پژوهش را افراد حاضر در کمپ‌ها و کلینیک‌ها و زندان تشکیل می‌دادند که مراحلی از درمان خود را پشت سر گذاشته بودند. یافته‌های مشابه در مورد روش مصرف هم حاکی از آن بود که روش مصرف توأم تزریق، تدخین و خوردن، بیشترین نمره را در LDQ کسب می‌کند و بعد از آن تزریق به تنهایی و همراه با روش‌های دیگر بیشترین نمره‌ها را به‌دست می‌آورند و روش تدخین و خوردن در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند. در واقع روش تزریق به‌دلیل اثر سریع‌تر وابستگی بیشتری را به‌وجود می‌آورد و روش خوراکی که دیرتر از روش‌های دیگر تأثیر می‌گذارد، نسبت به روش‌های دیگر کمترین وابستگی را به‌وجود می‌آورد و نمره‌های بدست آمده از LDQ هم به‌خوبی از این مطلب تبعیت می‌کند و منطبق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (۲۰،۲۱). یافته‌های حاصل از میانگین نمرات LDQ به تفکیک جنسیت، تفاوت معنی‌داری را نشان نداد که این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین مطابق نبود (۵،۳،۸،۲۲) که ممکن است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی در الگوهای مصرف مواد و یا محدود بودن تعداد نمونه‌ی پژوهش حاضر نسبت به پژوهش‌های پیشین باشد. همچنین، میزان وابستگی حاصل از این پرسشنامه با میزان درآمد و مکان مورد مطالعه‌ی افراد وابسته به مصرف مواد و الکل (زندان، کمپ، خوابگاه) همبستگی معنی‌داری نداشت.

از جمله محدویت‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی به نمونه‌ی بزرگتری از افراد مصرف‌کننده‌ی مواد و الکل بود. همچنین امکان نمونه‌گیری به صورت تصادفی مقدور نبود که در پژوهش‌های آتی می‌توان با رفع این موانع به نتایج دقیق‌تری دست یافت. همچنین در پژوهش‌های آتی می‌توان از این ابزار به عنوان یک ابزار مناسب جهت اندازه‌گیری شدت وابستگی به مواد در تحقیقات مختلف استفاده کرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش حاکی از روایی و پایایی مناسب پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز (LDQ) در بین جمعیت معتاد در ایران بود و بنابراین می‌توان از ابزار نامبرده جهت اهداف مختلف پژوهشی و درمانی بهره برد. همچنین عوامل دموگرافیکی همچون سن شروع به مصرف پایین‌تر، سابقه‌ی مصرف در خانواده، مصرف توأم مخدرها، توهم‌زاها و الکل و روش مصرف تزریق با نمرات بالاتر LDQ همراه بودند که نشان‌دهنده‌ی میزان وابستگی بیشتر این گروه‌ها است. بنابراین در برنامه‌ریزی برای پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در مورد مصرف مواد و الکل، توجه به این موارد ضروری است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی افراد وابسته به مواد که به صورت داوطلبانه در پژوهش حاضر شرکت نمودند و نیز مسؤولین محترم اداره‌ی بهزیستی شهرستان قم و زندان فریدن که مساعدت‌های لازم را ارایه نمودند و نیز عزیزانی که در تهیه‌ی داده‌های پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

REFERENCES

1. Leccese M, Waldron HB. Assessing adolescent substance use: A critique of current measurement instruments. J Subst Abuse Treat 1994;11:553-63.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

2. Hooshyari Z, Sadralssadat J, Sadralssadat, L. Estimation of validation and reliability of screening test of tobacco, alcohol and addictive drugs in Iran. Q J Res Addict 2013;26(7):37-52. (Full Text in Presian)

3. Raistrick D, Bradshaw J, Tober G, Weiner J, Allison J, Healey C. Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. Addiction 1994;89(5):563-72.

4. WHO. WHO Technical Report Series No. 273; 1964.

5. Kelly JF, Magill M, Slaymaker V, Kahler C. Psychometric validation of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) in a young adult clinical sample. Addict Behav 2010;35(4):331-6.

6. Lennings C. An evaluation of the Leeds dependence questionnaire. J Child Adolesc Subst Abuse 1999;8(3):73-87.

7. Ford P. An evaluation of the Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory and the Leeds Dependence Questionnaire for use among detained psychiatric inpatients. Addiction 2003;98(1):111-8.

8. Heather N, Raistrick D, Tober G, Godfrey C, Parrott S. Leeds Dependence Questionnaire: new data from a large sample of clinic attenders. Addict Res Theory 2001;9(3):253-69.

9. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, *et al*. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. Am J Psychiatry 2014;158(10):1706-13.

10. Ferrari A, Cicero A, Bertolini A, Leone S, Pasciullo G, Sternieri E. Need for analgesics/drugs of abuse: a comparison between headache patients and addicts by the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ). Cephalalgia 2006;26(2):187-93.

11. Adamson SJ, Douglas Sellman J. Drinking goal selection and treatment outcome in out-patients with mild-moderate alcohol dependence. Drug Alcohol Rev 2001;20(4):351-9.

12. Hooman H. Structural equation modeling with LISREL application. Tehran: SAMT Publication; 2005. (Text in Presian).

13. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. Eur Addict Res 2005;11 (1):22-31.

14. Hildebrand M. The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): a review of recent research. J Subst Abuse Treat 2015;53:52-9.

15. Habibi M, Alahdadi S, Salary M, Ghanbari N. Psychometric properties of Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in drug dependent people. Iran J Epidemiol (under publication). (Full Text in Presian)

16. Lerma JJ. Estimation of cutoff for the Severity of Dependence Scale (SDS) for opiate dependence by ROC analysis. Actas Esp Psiquiatr 2010;38(5):270-7.

17. González-Sáiz F, Salvador-Carulla L. Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS). Adicciones: Revista de socidrogalcohol 1998;10(3):223-32.

18. Habibi M, Alahdadi S, Ramezani M, Lashkari A. Psychometric properties of Severity of Dependence Scale (SDS) in dependent people with drug and alcohol. Q J Res Addict (under publication). (Full Text in Presian)
19. Khazaei H, Najafi F, Far AA. Substance abuse prevalence and related factors to it, among students of Kermanshah University of Medical Science in 2011. J Kermanshah Univ Med Sci 2013;17(3):197-205.

20. Xia X, Luo J, Bai J, Yu R. Epidemiology of hepatitis C virus infection among injection drug users in China: systematic review and meta-analysis. Public Health 2008;122(10):990-1003.

21. Strang J, Bearn J, Farrell M, Finch E, Gossop M, Griffiths P, *et al*. Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. Drug Alcohol Rev 1998;17(2):197-211.

22. Paton-Simpson GR, MacKinnon SK. Evaluation of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) for New Zealand. (Reported No, 10) Alcohol Advisory Council of New Zealand; 1999.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]