

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

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 الكل 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 الكل 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 بدست آمد. بررسی روایی همگرا از طریق محاسبه ضربه همبستگی مقیاس LDQ با مقیاس‌های SDS و DUDIT به دست 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 الكل 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، الكل

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

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 Michigan Alcoholism Screening Test (Michigan Alcoholism Screening Test)، مقیاس وابستگی الكل (Alcohol Dependence Scale)، پرسشنامه مشکلات کانابیس (Cannabis Problems Questionnaire)، شاخص شدت

از اواسط دهه ۱۹۸۰، سرویس‌های پیشگیرانه و درمانی در زمینه‌ی مصرف الكل و مواد، ابزارهای سنجش را به طور گسترده مورد ارزیابی قرار دادند (۱). برخی از رایج‌ترین این ابزارها عبارتند از آزمون شناسایی مشکلات مصرف الكل

*نویسنده مسؤول مکاتبات: سجاد الهدادی؛ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران؛ همراه: ۰۹۳۶۴۲۲۴۲۱؛ پست الکترونیک: alahdadi90@ut.ac.ir

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 الكل (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 اعتبار آن 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 الكل در شهرهای فربدن، 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 برآورده شده ۱۵۰ مورد به دست 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، به دست 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 به صورت 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

اعتباد (Addiction Severity Index- ASI) و چک لیست اعتیاد (Addiction Behaviors Checklist) (۲). تعدادی از این ابزارها، سوء مصرف ماده‌ی به خصوصی 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 سوالات زیاد را نداشته باشد، بنابراین ابزاری که بتواند ضمن اندازه‌گیری مصرف مواد مختلف و الكل، کوتاه باشد، می‌تواند کاربردهای بیشتری را به وجود 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 الكل، اپیوئیدها، کوکائین و دیگر داروهای تجویزی و مخدور را اندازه می‌گیرد و هدف آن فراهم کردن یک ابزار واحد برای پژوهشان و محققان است که کاربرد آن صرفاً برای یک ماده‌ی به خصوص 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 الكل و مواد بررسی کند (۳).

طراحان پرسشنامه‌ی وابستگی از مفهوم "سندرم وابستگی الكل 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 ناکنون در مطالعات مختلفی به کار 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 الكل (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

است، رضایت بخش بوده و آلفای کرونباخ $.63/0$ برای آن به دست 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 همانگی وجود دارد. سپس پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از افراد وابسته به مواد و الكل 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 (نموده صفر) تا کاملاً واضح (نموده 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. نفر 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 متاهل (۳۳/۵ درصد) و ۳۷ نفر (۱۳/۲ درصد) هم مطلقه یا بیوه بودند. تعداد مصرف‌کنندگان تریاک، هروئین و کراک ۱۰۹ نفر (۳۹٪)، شیشه و حشیش ۳۹ نفر (۱۴٪ درصد)، افرادی که هم مخدراهای تریاک و هروئین و هم شیشه و حشیش را تهام مصرف می‌کردند ۵۸ نفر (۲۱٪ درصد)، مصرف‌کنندگان حشیش و شیشه با مشروب ۱۲ نفر (۴/۳ درصد)، و افرادی که مخدراهای توهمزا و مشروب را همزمان مصرف می‌کردند، ۳۸ نفر (۱۳/۵ درصد) بودند. از لحاظ روش مصرف هم تعداد ۱۸۸ نفر به صورت تدخین (۶۶/۹ درصد)، ۱۵ نفر به صورت تزریق (۵/۳ درصد)، ۲۶ نفر به صورت خوارکی (۹/۳ درصد)، تزریق و خوردن ۲۳ نفر (۸/۲ درصد)، تدخین و تزریق ۷ نفر (۲/۵)، و

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 Drug Use Disorders Identification Test- DUDIT (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 DUDIT می‌تواند برای غربالگری افرادی که در رابطه با مصرف مواد مشکلات چندانی ندارند، مورد استفاده قرار گیرد. این ابزار به صورت مشابه و موازی با آزمون تشخیص اختلالات مصرف الكل (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 به دست آمده در تحقیقات مختلف از ۰/۹۷ تا ۰/۹۷ متغیر است (۱۴). روانسنجی این ابزار در ایران در پژوهش حبیبی و همکاران که در دست چاپ است، رضایت‌بخش بوده و آلفای کرونباخ ۰/۸ برای آن به دست 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، آمفاتامین‌ها، بنزوپروپین‌ها، کاتابیس و الكل است. نمره‌ی به دست آمده از این شاخص بین ۰ تا ۱۵ متغیر است و نمره‌های بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر وابستگی است. همچنین این شاخص می‌تواند در تشخیص وابستگی به مواد مختلف مورد استفاده قرار گیرد. نقطه‌ی برش این ابزار برای آمفاتامین ۴، کوکایین ۳، بنزوپروپین‌ها ۷، کاتابیس‌ها ۴ و ۳ و الكل ۳ به دست آمده است (۱۶). آلفای کرونباخ به دست 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

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، خطا استاندارد برآورده پارامترها، آزمون t برای بررسی معنی‌داری پارامترها و ضریب تبیین پارامترها ارایه شده است.

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

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

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

آماره ماریا: نرمال بودن چند متغیره

کجی-چولگی	چولگی	کجی					
P-Value	Chi-Square	P-Value	Z-Score	آماره	P-Value	Z-Score	آماره
۰/۰۰۰۱	۱۷۴/۸۸	۰/۰۰۰۱	۹/۰۱	۱۴۷/۷۷	۰/۰۰۰۱	۹/۶۸	۱۰/۴۷

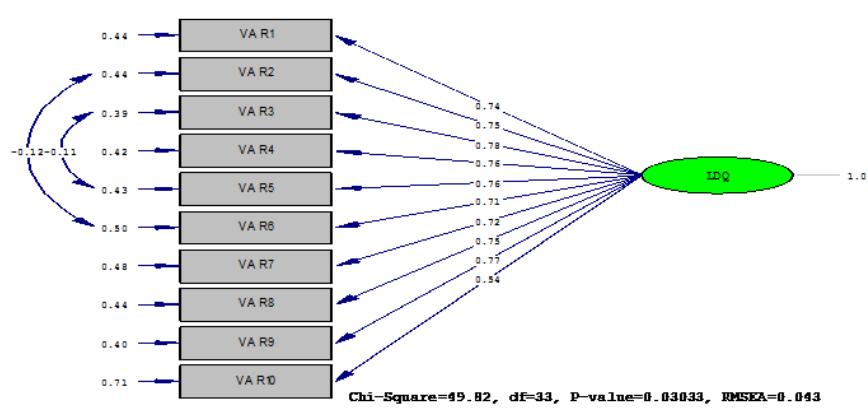
برآورد شده است. بررسی نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که میان LDQ با DUDIT ($r=0.61$, $P<0.001$), شدت اعتیاد SDS با LDQ ($r=0.37$, $P<0.001$) و سن شروع مصرف مواد با LDQ ($r=-0.05$, $P<0.05$, $r=-0.164$) همبستگی معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. همچنین بین سن فعلی و نمرات LDQ برای اپیوئیدها همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($r=0.49$, $P=0.049$) ولی بین سن فعلی با نمرات LDQ برای کل نمونه، همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد ($r=-0.107$, $P=0.074$). همچنین بین درآمد با LDQ همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد ($r=0.073$, $P=0.37$). نتایج همبستگی اسپرمن بین سطح تحصیلات با LDQ نیز همبستگی معنی‌داری را نشان نمی‌دهد ($r=-0.082$, $P<0.02$). اختلاف میانگین نمره‌ی کل میزان وابستگی LDQ در دو گروه با و بدون سابقه‌ی مصرف مواد در خانواده، معنی‌دار بود ($P<0.01$). 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 توههمزا (شیشه و حشیش)، مواد مخدر و توههمزا، مواد توههمزا و الكل، و مخدر، توههمزا و الكل، معنی‌دار بود ($P<0.001$). آنالیز واریانس یک طرفه؛ جدول ۳. اختلاف میانگین نمره‌ی میزان وابستگی LDQ در معتادان با شیوه‌های گوناگون مصرف نیز معنی‌دار بود ($P<0.001$). آنالیز واریانس یک طرفه؛ جدول ۴.

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 خی بر درجه آزادی (χ^2/df), شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index- GFI)، شاخص نیکویی Adjusted Goodness of Fit Index- AGFI Comparative Fit Root)، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (Index- CFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (Residual- RMSR باقی‌مانده ریشه مجذور میانگین (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA و Root Mean Square باقی‌مانده ریشه مجذور میانگین (Residual- RMSR).

بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است که بارهای عاملی همه‌ی سؤال‌ها روی مؤلفه‌ی اصلی در حد رضایت‌بخشی است (P.E.<0.3؛ 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 GFI، AGFI، CFI، RMSEA و RMSEA بر برازش مناسب دارد و شاخص‌های DLT دلالت دارد و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مطلوب و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه‌ی آزادی برازش چندان رضایت‌بخش است (جدول ۲ و نمودار ۱). ضریب آلفای کرونباخ و دونیمه کردن گاتمن برای پرسشنامه‌ی وابستگی لیدز ۰/۹۰ و ۰/۸۶

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.

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

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

^{*} اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار است ($P < 0.001$).

جدول ۴. توزیع معنادان 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
	ترزیق	۱۵	۲۰/۰۶	۸/۰۵
	تدخین و خوردن	۲۳	۱۸/۸۶	۷/۴۷
	تدخین و ترزیق	۷	۱۹/۴۲	۶/۹۹
خوردن و ترزیق	خوردن و ترزیق	۱	۱۰	.
	ترزیق، تدخین و خوردن	۱۵	۲۱/۷	۸/۰۲

^{*} اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار است ($P < 0.001$).

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 مصرف کنندگان اپیونیدها همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد، در حالی که بین سن با نمرات این ابزار برای مصرف کنندگان سایر مواد همبستگی معنی‌داری به دست 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 به دست 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 الكل بود. افراد با سابقه‌ی مصرف در خانواده، دسترسی بیشتری به

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). به طور خاص در پژوهش اصلی که توسط Raistrick و همکاران صورت گرفت آلفای کرونباخ $\alpha = 0.90$ به دست آمد که با نتیجه‌ی پژوهش حاضر دقیقاً بیکسان 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 SDS در حد مطلوب بود، ولی در مورد پرسشنامه‌ی DUDIT 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)،

LDQ هم به خوبی 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، 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 مطالعه افراد وابسته به مصرف مواد و الكل (زندان، کمپ، خوابگاه) همبستگی معنی‌داری نداشت.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی به نمونه‌ی بزرگتری از افراد مصرف‌کننده مواد و الكل بود. همچنین امکان نمونه‌گیری به صورت تصادفی محدود 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 معتمد 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، توهمندی‌ها و الكل 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 الكل، 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 تهییه داده‌های پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

مواد داشته و آزادانه‌تر می‌توانند مواد و الكل مصرف کنند که در نهایت می‌تواند زمینه‌ی وابستگی بیشتر را به وجود آورد (۱۹). افراد با مصرف توأم مواد مخدر، توهمندی‌ها و الكل بیشترین نمره را در پرسشنامه‌ی LDQ کسب نمودند به نحوی که به صورت چشمگیری وابستگی در این افراد بیشتر از گروه‌های دیگر بود. بعد از آن نیز مصرف توأم مواد مخدر به توهمندی‌ها، مصرف توأم توهمندی‌ها و الكل، مصرف مواد مخدر به تنها‌ی و در نهایت مصرف مواد توهمندی، 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 الكل 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 به دست آمده برای LDQ به تفکیک نوع ماده‌ی مصرفی کمتر از میانگین‌های مشابه در پژوهش اصلی بود. میانگین کل به دست 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 به دلیل نمونه‌ی مورد بررسی باشد، به نحوی که در پژوهش Raistrick و همکاران نمونه‌ی مورد بررسی شامل افرادی بود که به تازگی به مراکز درمان سوء‌صرف مواد ارجاع داده شده بودند، درحالی که 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 تنها‌ی و همراه با روش‌های دیگر بیشترین نمره‌ها را به دست می‌آورند و روش تدخین و خوردن در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند. در واقع روش تزریق به دلیل اثر سریع‌تر وابستگی بیشتری را به وجود می‌آورد و روش خوارکی که دیرتر از روش‌های دیگر تأثیر می‌گذارد، نسبت به روش‌های دیگر کمترین وابستگی را به وجود می‌آورد و نمره‌های بدست آمده از

REFERENCES

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

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 Persian)
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. Lenning 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). *Cephalgia* 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 Persian).
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 Persian)
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 sociodrogalcohol* 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 Persian)
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.