

## ساخت و اعتباریابی مقیاس میزان پیشرفت درمان وابستگی به مواد

محبوبه مظفری\*<sup>۱</sup>، سوسن سهامی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش ساخت و اعتباریابی مقیاس میزان پیشرفت درمان وابستگی به مواد است. این پژوهش از نوع پیمایشی مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز درمان وابستگی به مواد در شهر شیراز می‌باشد که ۴۷۰ نفر از افراد مراجعه کننده به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند بطوری که این میزان بر حسب حجم آخرین خوشه و اهداف پژوهش بدست آمد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته مقیاس پیشرفت درمان وابستگی به مواد می‌باشد که روایی محتوایی، صوری و سازه‌ای آن مورد بررسی قرار گرفت سپس پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌سازی و ضریب بازآزمایی محاسبه گردید. در این پژوهش از تحلیل عاملی و چرخش واریمکس به منظور بررسی روایی سازه‌ای، از آلفای کرونباخ به منظور بررسی هم‌هنگی درونی سوالات استفاده گردید. از نتیجه حاصل از تحلیل عاملی ۳ عامل جسمی، روانی و اجتماعی استخراج گردید. سوالات هر خرده مقیاس با یکدیگر دارای بار عاملی بیش از ۰/۵ بودند. میزان آلفای کرونباخ در خرده مقیاسهای جسمی، روانی و اجتماعی و مقیاس کل به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۹۲ و ضریب دو نیمه‌سازی و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۶۶ و ۰/۸۶ محاسبه گردید. نتایج نشان داد که آزمون از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است و قابل اجرا می‌باشد.

### واژه‌های کلیدی:

ابزار اندازه‌گیری، درمان وابستگی به مواد، وابستگی جسمی، وابستگی روانی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد مرودشت، مرودشت، ایران

۲- استادیار جامعه‌شناسی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله، mozaffari.mahboub4@gmail.com

## مقدمه

وابستگی به مواد باتوجه به آمار میلیونی آن، یکی از جدی ترین مشکلات مربوط به سلامت است که جامعه ما با آن مواجه شده است (رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). به این ترتیب باعث ناتوانی های چشمگیر در درصد بالای از افراد شده است. سوء مصرف مواد غیر قانونی بر زمینه های متعدد عملکرد افراد تاثیر گذاشته است و تشخیص همزمان بیماری های دیگر در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، فراوانی بالایی دارد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۶؛ تیسون، دیجنهارت، ۱۳۸۴؛ لی بون و همکاران، ۲۰۰۴؛ پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۷).

با توجه به مشکلات عدیده ای که این پدیده بوجود آورده است در سال های متمادی تلاش های زیادی از طرف سازمان ها، دولت ها و موسسات مختلف در جهت درمان وابستگی به مواد صورت گرفته است (نقیبی، ۱۳۸۱؛ کرد میرزا، ۱۳۸۲). اما درمان اعتیاد علی رغم اهمیت آن کار آسانی نیست و به فراهم شدن شرایط اجتماعی، روانی و درمانی خاصی نیاز دارد که متاسفانه در سیاستهای مبارزه با اعتیاد متکی بر تقلیل عرضه توجه کافی به آنها نمی شود (مهریار، ۱۳۸۶). و معمولا چنین فرض می شود که صرفا با قطع کردن دسترسی بیمار به ماده مورد نیاز درمان صورت خواهد گرفت در صورتی که نتایج تجارب اکثر برنامه ها نادرستی این فرض را نشان می دهد (مهریار، ۱۳۸۶؛ نریمانی، ۱۳۸۱؛ گلانتر، هارتل، ۱۳۸۶؛ سازمان ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹؛ معظمی، ۱۳۸۸؛ برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۹؛ لوئیس، ۱۳۸۵).

از آنجایی که اعتیاد و مصرف مواد به طور گسترده ای، کنش های زیستی، رفتاری و اجتماعی فرد را متاثر می سازد، درمانی موثرتر خواهد بود که تمام این ابعاد را مد نظر قرار دهد (گلانتر، هارتل، ۱۳۸۶؛ سیف الدینی، ۱۳۸۷؛ مناجاتی، ۱۳۸۲؛ لوئیس، ۱۳۸۵؛ کرینگ، ۱۳۸۸). روشهای کنونی در مقابله و درمان این بیماری به دلیل بی توجهی به ابعاد این پدیده کارآمد نبوده اند (سیف الدینی، ۱۳۸۷؛ ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹).

رویکردهای داروشناسی در مورد سوء مصرف مواد، قسمت مهمی از پرسشنامه درمان و درمانگران را تشکیل می دهد. اما با این حال درمان دارویی به تنهایی برای درمان سوء مصرف مواد کافی نیست (گلانتر و هارتل، ترجمه محمدی و همکاران، ۱۳۸۶).

تاکنون ابزار دقیقی که بتواند میزان پیشرفت درمان را اندازه گیری کند وجود نداشته است. به منظور تهیه پرسشنامه ای که بتواند بطور دقیق میزان درمان را اندازه گیری کند نیاز به شناسایی ابعاد اعتیاد و مراحل درمان آن است.

باتوجه به آنچه گفته شد درمان اعتیاد شامل سه مرحله سم زدایی، روان درمانی و بهبود ارتباطات اجتماعی است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹). میزان درمان وابستگی به مواد،

بستگی به میزان درمان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی دارد. به همین منظور برای این ابزار ۳ بعد جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است.

رابرت جی<sup>۱</sup> (۱۹۸۵)، طی مطالعه‌ای به منظور اهمیت درمان چند بعدی بر روی سوء مصرف کنندگان مواد، با تاکید بسیار بر بعد روانی اعتیاد، نقش روان‌درمانگران را به عنوان افرادی که می‌توانند تغییرات شخصیتی در افراد وابسته به مواد انجام دهند، بسیار مهم برشمرد و یکی از موانع اصلی در درمان صحیح را بی‌توجهی به این امر دانست.

پرسشنامه‌ای با عنوان MAP توسط جان مرسدن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۸)، در مرکز روانپزشکی موسسه ملی اعتیاد در لندن تهیه گردید. این پرسشنامه به بررسی مشکلات بیماران در زمینه مصرف مواد مخدر مختلف و الکل، رفتارهای پرخطر از نظر بهداشتی، بررسی سلامت جسمی و روانی، بررسی عملکرد فردی و اجتماعی می‌پردازد. از این پرسشنامه جهت بررسی پیشرفت درمان وابستگی به مواد نیز استفاده می‌شود اما در جامعه ایران مورد هنجاریابی قرار نگرفته است (زارعی، ۱۳۸۹). گرچه سوالات این پرسشنامه از عینیت مناسبی برخوردار است اما به دلیل اندک بودن سوالات در بعد اجتماعی، می‌توان گفت که این بعد از جامعیت کاملی برخوردار نیست و فاقد نقطه برش می‌باشد. بنابراین عملکرد کنونی بیمار را با عملکرد گذشته او در زمینه نتایج پرسشنامه مقایسه می‌کند اما ابزار طراحی شده حاضر، عملکرد فرد در زمینه جسمی، روانی و اجتماعی را بطور جامع مورد بررسی قرار می‌دهد و در هر خرده‌مقیاس دارای نقطه برش می‌باشد.

تالیانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، طی پژوهشی، روایی و پایایی شاخص شدت اعتیاد (ASI) را مورد بررسی قرار دادند و روایی و پایایی آزمون مطلوب گزارش شد. پژوهش حاضر با بررسی میزان درمان وابستگی به مواد یکی از گام‌های نهایی درمان محسوب می‌گردد. بطوری که می‌توان گفت این ابزار کامل‌کننده شاخص شدت اعتیاد است.

در پژوهشی که توماس<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، بر روی ابعاد درمان اعتیاد و پیش‌بینی نتیجه درمان در بیماران وابسته به اپیوئیدها انجام داد با تاکید به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی اعتیاد، بعد روانی اعتیاد را بسیار مهمتر برشمردند. این پژوهش، تأیید کننده رویکرد درمان چند بعدی که چارچوب نظری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد، می‌باشد.

1 - Robert j

2- John marksedn

3 -Tao lioung

4 -Toumas

محمدخانی (۱۳۸۵) طی پژوهشی، پرسشنامه ای به منظور بررسی عوامل خطر ساز مصرف مواد طراحی کرد. عواملی نظیر خودپنداره، نگرش نسبت به مصرف مواد و مهارت های خودکنترلی به عنوان عوامل خطر ساز در نظر گرفته شدند نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه از روایی سازه ای بسیار خوبی برخوردار است و ۶۶ درصد واریانس رفتار مصرف مواد را تبیین می کند. پرسشنامه ای که توسط زینالی و همکاران (۱۳۸۶)، به منظور سنجش زمینه های پیش اعتیادی تهیه گردید، ۴ خرده مقیاس و ۷۰ سوال در نظر گرفته شد. زیر مقیاسها عبارتند از خصوصیات شخصیتی، روابط اجتماعی و خانوادگی، شیوه زندگی، افکار و عقاید. روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت و در حد مطلوب گزارش گردید.

تاکنون در ایران ابزار دقیقی که بتواند میزان پیشرفت درمان را اندازه گیری کند وجود نداشته است و از آنجایی که در کشور ما تنها نظام رسمی در زمینه تشخیص و درمان اعتیاد مبتنی بر الگوی پزشکی است و با توجه به اینکه منفی بودن نتیجه آزمایش خون یا ادرار به خودی خود نمی تواند تشخیص مرتبط با مواد را منتفی سازد و یا ملاک درمان فرد بیمار قرار گیرد، بنابراین ابزاری که بتواند پیشرفت درمان وابستگی به مواد را اندازه گیری کند بسیار حائز اهمیت است.

## روش

هدف از این پژوهش ساخت و اعتباریابی مقیاس پیشرفت درمان وابستگی به مواد می باشد. جامعه آماری این پژوهش را افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی سوء مصرف مواد در مناطق ۹ گانه شهر شیراز تشکیل می دهند که تعدادی از این افراد با مراجعه به کلینیک های درمانی، تحت نظارت پزشک و تعدادی تحت حمایت انجمن معتادان گمنام قرار دارند. هم اکنون ۹۰ کلینیک درمان سوء مصرف مواد و ۶۰ انجمن متعلق به معتادان گمنام در شیراز مشغول به فعالیت می باشند. با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای ابتدا از بین مناطق شهر شیراز ۵ منطقه به طور تصادفی انتخاب و متناسب با تعداد کل مراکز در هر منطقه نیز تعدادی مراکز انتخاب شدند. جدول ۱ نشانگر توزیع فراوانی مراکز درمانی و تعداد مراکز انتخابی می باشد.

جدول ۱: نشانگر توزیع فراوانی مراکز درمانی و تعداد مراکز انتخابی

شماره مناطق	۱		۳		۵		۷		۸	
	تعداد کلینیک‌های پزشکی	تعداد انجمن‌های معتادان گمنام	تعداد کلینیک‌های پزشکی	تعداد انجمن‌های معتادان گمنام	تعداد کلینیک‌های پزشکی	تعداد انجمن‌های معتادان گمنام	تعداد کلینیک‌های پزشکی	تعداد انجمن‌های معتادان گمنام	تعداد کلینیک‌های پزشکی	تعداد انجمن‌های معتادان گمنام
تعداد کل مراکز	۱۲	۱۰	۲۱	۵	۱۱	۱۲	۴	۹	۱۱	۳
تعداد مراکز انتخابی	۴	۳	۷	۲	۳	۴	۱	۳	۲	۱
تعداد افراد انتخاب شده	۸۰	۳۵	۱۴۰	۲۵	۷۰	۴۰	۲۰	۳۰	۲۰	۱۰

به علت پایین بودن حجم جامعه زنان نسبت به مردان، افرادی پژوهش را تنها مردان تشکیل می‌دهند و از آنجایی که سوالات پرسشنامه با توجه به یک ماه گذشته طراحی شده است تنها افرادی می‌توانند به آن پاسخ دهند که یک یا بیش از یک ماه است که تحت درمان قرار دارند. این افراد در درمان نگهدارنده با متادون یا قرار داشتند. تعداد این افراد برابر با ۱۲۰۰۰ نفر می‌باشد. تعداد دقیق افراد مراجعه کننده به انجمن معتادان گمنام مشخص نیست. به منظور مشخص کردن تعداد تقریبی این افراد، ۵ مرکز به طور تصادفی انتخاب و از تعداد افراد در این مراکز میانگین گرفته شد. تقریباً می‌توان گفت ۸۰۰۰ نفر در این انجمن‌ها تحت درمان قرار دارند. در تمامی مراکز انتخابی کسانی که دارای شرایط زیر بودند انتخاب و به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند:

شرایط: بیمارانی که مذکر بودند. بیش از یک ماه تحت درمان قرار داشتند. اختلال سیکوتیک نداشتند، تمایل به همکاری با پژوهشگر داشتند(از قوانین گروه‌های NA محدودیت در وارد شدن به گروه و ارائه پرسشنامه، عدم همکاری با پژوهشگران و حفظ گمنامی است) ۴۷۰ نفر از افراد در مراکز انتخاب شده دارای این شرایط بودند و نمونه آماری پژوهش را تشکیل دادند.

#### ابزار اندازه‌گیری

ابزار حاضر دارای ۵۰ گویه می‌باشد. با استفاده از رویکرد درمان چند بعدی، ۳ بعد یا ۳ خرده مقیاس ملاک درمان قرار گرفت که عبارتند از خرده مقیاس‌های جسمی، روانی واجتماعی.

خرده مقیاس جسمی شامل ۱۱ سوال، خرده مقیاس روانی شامل ۲۲ سوال و خرده مقیاس اجتماعی شامل ۱۸ سوال می باشد بطوریکه سوالات خرده مقیاس جسمی با توجه به ملاکهای DSM-IV مبنی بر علائم قطع مواد مصرفی و سوالات خرده مقیاس روانی و اجتماعی با توجه به ملاکهای درمان در رویکرد درمان چند بعدی و پژوهش های انجام شده و نتایج درمان مبنی بر تغییراتی که قبل و بعد از درمان صورت می پذیرد، طراحی شده اند. نمره گذاری آزمون بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از (اصلا = ۰، تا خیلی زیاد = ۴) می باشد. البته در بعضی از سوالات شیوه نمره گذاری معکوس می باشد. آزمون ابتدا به طور آزمایشی روی ۱۰۰ نفر اجرا و تغییرات لازمه جهت اصلاح سوالات مبهم انجام شد روایی و پایایی آزمون نیز در مرحله اول محاسبه و بسیار مطلوب برآورد شد. روایی سازه ای آزمون از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت و سوالاتی که دارای بار عاملی کمتر از ۰/۵ بودند حذف گردیدند. به منظور بررسی روایی صوری از نظرات ۵ متخصص در این زمینه استفاده شد و تغییرات لازمه انجام گرفت. اعتبار آزمون نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که نتایج آن در یافته های پژوهش گزارش شده است.

جهت بررسی نقطه برش پرسشنامه، ابتدا از ۵ متخصص در مراکز مختلف خواسته شد تا هر کدام ۱۰ نفر از کسانی که درمان موفقیت آمیزی داشته اند را معرفی کنند. سپس پرسشنامه محقق ساخته بر روی این افراد اجرا گردید و میانگین نمرات این گروه از افراد در خرده مقیاس های جسمی، روانی و اجتماعی به عنوان ملاک عمل قرار گرفت. میانگین نمرات این گروه از افراد در خرده مقیاس های جسمی، روانی و اجتماعی به ترتیب برابر با ۴۱، ۷۵، ۵۶ محاسبه گردید که به عنوان نقطه برش پرسشنامه در نظر گرفته می شوند و کسب نمرات پایین تر نشان دهنده نیاز بیماران به کمک در همان بعد می باشد.

### یافته ها

داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج بدست آمده ارایه می گردد.

جدول ۲: مشخصه های آماری در خرده مقیاس ها

خرده مقیاس	تعداد سوال	امتیاز کل خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
جسمی	۱۱	۴۴	۳۲/۶۱	۹/۷۴	۹۴/۸۸
روانی	۲۲	۸۸	۶۱/۳۱	۱۲	۱۵۰/۲۰
اجتماعی	۱۸	۷۲	۴۶/۳۹	۹/۶۳	۹۲/۰۸
کل	۵۰	۲۰۰	۱/۴۰	۲۶/۱۳	۶۸۲/۹۳

به منظور بررسی روایی سازه‌ای از تحلیل عاملی با چرخش واریمکس استفاده شد.

جدول ۳: میزان بارهای عاملی از طریق چرخش واریمکس

سؤالات	عاملها		
	جسمی	روانی	اجتماعی
۱	.۱۶۷		
۲	.۱۵۷		
۳	.۱۷۰		
۴	.۱۶۳		
۵	.۱۵۲		
۶	.۱۷۶		
۷	.۱۷۱		
۸	.۱۶۹		
۹	.۱۶۶		
۱۰	.۱۶۶		
۱۱	.۱۷۳		
۱۲		.۱۵۱	
۱۳		.۱۵۱	
۱۴		.۱۶۹	
۱۵		.۱۷۹	
۱۶		.۱۶۶	
۱۷		.۱۵۴	
۱۸		.۱۷۷	
۱۹		.۱۷۷	
۲۰		.۱۶۱	
۲۱		.۱۷۲	
۲۲		.۱۶۱	
۲۳		.۱۸۰	
۲۴		.۱۷۴	
۲۵		.۱۵۱	
۲۶		.۱۷۴	
۲۷		.۱۵۵	
۲۸		.۱۵۹	
۲۹		.۱۷۵	

۳۰		.۶۷	
۳۱		.۷۱	
۳۲		.۶۲	
۳۳		.۷۷	
۳۴			.۶۵
۳۵			.۶۹
۳۶			.۶۴
۳۷			.۷۵
۳۸			.۵۰
۳۹			.۶۴
۴۰			.۷۱
۴۱			.۵۶
۴۲			.۵۵
۴۳			.۵۷
۴۴			.۵۵
۴۵			.۵۵
۴۶			.۵۵
۴۷			.۶۷
۴۸			.۸۰
۴۹			.۶۸
۵۰			.۵۵

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲ می توان دریافت که تحلیل عاملی سوالات را به سه دسته تقسیم کرده و از نتایج آن ۳ عامل جسمی، روانی و اجتماعی استخراج می شود. در جدول شماره ۲ مقدار بزرگترین بار عاملی برای هرگویه نشان داده شده است (یعنی به جای سه بار عاملی، فقط یک بار عاملی برای هرگویه ارائه شده است). تمامی سوالات در هر عامل با هم دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۵ می باشند. تنها ۳ سوال بار عاملی کمتر از ۰/۵ داشتند که حذف گردیدند و نتیجه آن در جدول گزارش نشده است. ضمناً در ابتدا ضریب KMO و Bartlett's test of Sphericity محاسبه گردید.

$KMO = ۰/۸۹$  و  $Bartlett's test of Sphericity = 7/23$  بدست آمد که نشان دهنده

کفایت حجم نمونه است.



جدول ۴: مقادیر میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌ها  
باتوجه به گروهی که افراد در آن قرار دارند .

گروه	گروه بیمار		کمتر از ۳ ماه تحت درمان		بیش از یک سال تحت درمان	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خرده مقیاس جسمی	۲۳/۴	۵/۳۵	۲۷/۹	۸/۰۹	۴۲/۲	۷/۱۰
روانی	۳۱/۶	۹/۵۸	۵۴	۱۲/۴۳	۷۵/۷	۶/۵۸
اجتماعی	۲۸/۹	۱۲/۲۲	۴۱/۴	۹/۹۵	۵۶/۳	۴۰/۶
کل مقیاس	۸۳/۹	۱۸/۵۵	۱۲۳	۲۳/۳۰	۱۷۴	۱۴/۲۱

نمره کل پرسشنامه برابر با ۲۰۰ می باشد

جدول ۵: خلاصه تحلیل واریانس یکراهه برای خرده مقیاسها با توجه

متغیر ومنبع	ss	MS	F (۱۱۰،۲)	sig
خرده مقیاس جسمی	۶۷۴۰/۶۱	۳۳۷۰/۳۰	۶۰/۴۷	.۰۰۰
خرده مقیاس روانی	۱۹۰۱۹	۹۵۰۹/۵۱	۹۲/۷۲	.۰۰۰
خرده مقیاس اجتماعی	۷۹۵۸/۷۰	۳۹۷۹/۳۵	۴۹/۶۱	.۰۰۰

به گروهی که افراد در آن قرار داشته اند. به منظور بررسی روایی تمیزی یک فرضیه طراحی گردید و فرض شد که هر چه درمان طولانی تر شود افراد نیز نمره بیشتری کسب خواهند کرد. به این منظور سه گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. گروه اول افراد بیمار، گروه دوم افرادی که کمتر از ۳ ماه است که تحت درمان قرار دارند و گروه سوم، افرادی که بیش از یک سال است که تحت درمان قرار دارند، صورت گرفت. نتایج جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت بین گروهها در سطح  $0/001$  معنی دار است. به همین منظور از آزمون شفه نیز استفاده گردید. نتایج آزمون شفه نشان داد که تفاوت بین گروه اول (بیمار) و گروه دوم (افرادی که کمتر از سه ماه است که تحت درمان قرار دارند) و گروه سوم (افرادی که بیش از یکسال است که تحت درمان قرار دارند)، در سطح  $0/05$  معنا دار است. نتایج نشان داد که تفاوت بین گروهها در سطح  $0/01$  معنی دار است بطوریکه می توان گفت آزمون از روایی تمیزی برخوردار است.

جدول ۶: مقادیر آلفای کرونباخ در هر خرده مقیاس

روش اعتباریابی: آلفای کرونباخ			عامل ها
مرحله دوم اجرا	مرحله اول اجرا	تعداد سوال	
.۸۳	.۷۹	۱۱	جسمی
.۷۳	.۸۶	۲۲	روانی
.۸۱	.۸۰	۱۷	اجتماعی
.۹۲	.۹۰	۵۰	کل مقیاس

به منظور بررسی پایایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج جدول ۶ نشان می دهد که میزان آلفای کرونباخ در کل مقیاس در مرحله اول اجرای پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ و در مرحله دوم برابر با ۰/۹۲ می باشد. با توجه به این نتایج می توان گفت که سوالات پرسشنامه از هماهنگی درونی مناسبی برخوردار بوده است. ضریب دونیمه سازی نیز ۰/۶۶ بدست آمد.

جدول ۷: همبستگی بین میانگین نمرات بیماران در مرحله اول و دوم

مرحله دوم اجرای پرسشنامه		مرحله اول اجرای پرسشنامه	
ضریب همبستگی	میانگین	میانگین	خرده مقیاس
۰/۸۸×	۲۹/۸۵	۲۵/۸۵	جسمی
۰/۸۶×	۵۹/۱۹	۵۰/۸۲	روانی
۰/۹۲×	۴۵/۱۴	۴۴/۴۴	اجتماعی
۰/۸۶×	۱/۳۲	۱/۲۲	کل

\*P&lt;0/01

به منظور محاسبه ضریب بازآزمایی ۵۰ نفر از افرادی که در مرحله اول مورد پژوهش قرار گرفته بودند بعد از ۷ روز مجدداً مورد پژوهش قرار گرفتند و از طریق ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی بین دو مرحله اجرا محاسبه گردید. که نتایج آن در جدول ۷ ذکر شده است. نتایج جدول ۷ نشان می دهد که همبستگی بین مرحله اول و دوم اجرای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد.

### بحث و نتیجه گیری:

نتایج مطالعه نشان داد که مقیاس اندازه گیری میزان پیشرفت درمان وابستگی به مواد از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. به منظور تعیین روایی پرسشنامه از دو شاخص استفاده

گردید. که عبارتند از نتایج تحلیل عاملی و مقایسه سه گروه شامل افراد بیمار، افراد در ابتدای درمان و افرادی که سالها از درمانشان گذشته بود. از نتایج تحلیل عاملی با روش چرخش واریمکس ۳ عامل جسمی، روانی و اجتماعی استخراج شد. این سه عامل با چارچوب نظری پژوهش و با یافته‌های توماس (۲۰۰۰) و جان مرسدن (۱۹۹۸) مبنی بر چند بعدی بودن درمان و اشاره به اینکه درمان باید در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی صورت پذیرد، همسواست.

نتایج تحلیل واریانس به منظور مقایسه ۳ گروه نشان دهنده این است که آزمون با قدرت مناسبی توانسته است افراد بیمار، افراد در ابتدای درمان و افرادی که سال‌ها از درمانشان می‌گذرد را از یکدیگر تمییز دهد که نشان از روایی تمیزی آزمون می‌باشد. به گفته متخصصان مربوطه آزمون از روایی صوری بسیار خوبی برخوردار است.

میزان آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۰/۹۲، ضریب دو نیمه‌سازی برابر با ۰/۶۶ و ضریب بازآزمایی در دو مرحله اجرای پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ محاسبه گردید.

بطور کلی این آزمون از روایی (صوری، محتوایی و سازه‌ای) و پایایی مناسبی برخوردار است. از محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت در تعیین اعتبار همگرا، به علت عدم وجود ابزاری مناسب و پایا جهت اندازه‌گیری میزان پیشرفت درمان بوده است. ضمناً این پرسشنامه را نمی‌توان روی افراد کمتر از یک ماه تحت درمان، اجرا کرد. اما با استفاده از این ابزار می‌توان تشخیص داد که بیمار در کدامیک از ابعاد درمان نیازمند کمک بیشتری است و درمان به چه میزان صورت گرفته است از این جهت پیشنهاد می‌شود از این پرسشنامه در موسسات و درمانگاه‌ها و پژوهش‌های دیگر استفاده گردد.

## منابع

- برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۹)، اعتیاد ( عوامل مستعد کننده، اثرات سوچه‌داشتی پیشگیری و درمان) ، ترجمه حسین شجاعی تهرانی و عبدالرسول سبحانی، انتشارات پورسینا، تهران
- پورنقاش تهرانی، سید سعید (۱۳۸۷)، مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و درمان سم زدایی با متادون بر نشانه های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر، مجله مطالعات روان شناختی، شماره ۲، صص ۶۲-۵۵
- تیسون، مری و دینهارت، لوئیزا (۱۳۸۴)، اعتیاد، ترجمه منیژه صادقی بنیس وهمکاران، انتشارات ساوالان
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینا آلکوت (۱۳۸۶)، دستنامه جیبی روانپزشکی بالینی، ترجمه محسن ارجمند، انتشارات ارجمند، تهران
- ستاد مبارز با مواد مخدر (۱۳۸۹)، سرفصل های دوره آموزش مقدماتی پیشگیری اولیه از اعتیاد جمعا به مدت ۴۰ ساعت، تهران، انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر
- سیف الدینی، محمدرضا (۱۳۸۷)، چالش ها و چشم اندازهای اعتیاد و مواد مخدر و سوء مصرف آن، ماهنامه توسعه انسانی پلیس ۲، صص ۳۷-۲۲
- رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۸۸)، روان شناسی بالینی سلامت (راهنمای پیشگیری، صورت بندی و درمان)، انتشارات دانژه، تهران
- زارعی، ایرج (۱۳۸۹)، تغییر طرحواره های ناسازگار با استفاده از شناخت درمانی در افراد وابسته به مواد در شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، علوم تحقیقات فارس
- زینالی، علی (۱۳۸۶)، بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد، دانش و پژوهش در روان شناسی، صص ۱۶۸-۱۴۹
- کردمیرزا، علی (۱۳۸۲)، هنجاریابی پرسشنامه استعداد و آمادگی اعتیاد، اعتیاد پژوهشی، سال دوم، شماره ۲، صص ۴۴-۵۵
- کرینگ، آن م (۱۳۸۸)، آسیب شناسی روانی، ترجمه حمیدشمسی پور، انتشارات کتاب ارجمند
- گلاتر، میردی و هارتل، کریستین آر (۱۳۸۶)، سوء مصرف مواد، خاستگاه ها و مداخلات، ترجمه مسعود محمدی وهمکاران، انتشارات مرکز پژوهش و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران
- لوئیس، جیمز (۱۳۸۵)، اعتیاد، ترجمه مسعود خادمی، انتشارات پیکان
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۵)، مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر، ارزیابی اثر آموزش مهارت های زندگی بر عوامل میانجی مصرف مواد، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
- مناجاتی، وحید و فرنام، رابرت (۱۳۸۲)، درمان اعتیاد، شیراز، انتشارات دریای نور
- معظمی، شهلا و پارسا، محمد (۱۳۸۸)، انجمن معتادان گمنام از نظر عدالت ترمیمی، مجله حقوقی دادگستری، صص ۱۳۶-۱۲۱
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۶)، اعتیاد، نشر پیکان
- نریمانی، محمد (۱۳۸۱)، روان درمانی اعتیاد، انتشارات نیک آموز
- نقیعی، خسرو (۱۳۸۱)، تشخیص درمان اعتیاد، انتشارات فرهنگ مردم.
- Le Bon., o., and et al. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger s TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. Drug and Alcohol Dependence ,73, 175° 182

- Robert, J., Craig. (1985). Multimodal Treatment Package for Substance Abuse Treatment Programs. Professional Psychology, 35, 271-285
- Taoliang, E., Huazhong, B., Limei Shen. (2002). Reliability and validity of Addiction Severity Index in Drug Users With Methadone Maintenance Treatment in Guizhou Province, Cahina. Biomedical And Environmental Sciences, 21, 308-313.
- Thomas, R., Kosten, Buuce, J., Rounsaville, Herbert, D., Kleber. (2000). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid Addicts. Comprehensive Psychlatry, 42, 3-31



