ساخت و ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه ارزیابی ساختار سازمانی مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد

علی قائدنیای جهرمی[۱]، لیلی پناغی*[۲]، سعید ایمانی[۳]، محمود حیدری[۴]، علیرضا نوروزی[۵]
[۱] دکتری روان شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
[۲] دانشیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
[۳] استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
[۴] دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
[۵] استادیار روان‌پزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۶ ؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین ابزاری جهت ارزیابی ساختار سازمانی مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد انجام گرفت.

روش: این پژوهش با روش تحلیل کیفی پرسشنامه ایجاد شد، و با روش کمی تحلیل عاملی تأییدی ویژگی های روانسنجی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل متخصصین و مسئولین شاغل در مراکز گذری در سال ۹۸ و ۹۹ بودند. نمونه گیری در بخش کیفی تا اشباع نظری ادامه پیدا کرد و در بخش کمی به تعداد ۲۳۷ نفر انجام شد. در بخش کیفی از روش مصاحبه با متخصصین و مسئولین مراکز گذری و از طریق تحلیل مضمون شاخص‌های مهم شناسایی شد و ابزار تدوین گردید و در بخش کمی از طریق تحلیل عاملی تأییدی به اعتبار سنجی ابزار پرداخته شد. ابزار پژوهش در بخش کیفی شامل مصاحبه نیمه ساختار یافته بود و در بخش کمی ابزار ساخته شده در مرحله کیفی بود.

یافته ها: در مجموع تعداد ۱۰ مضمون در بخش کیفی به نام های موسس، کارکنان، سازمان حمایت کننده، محیط فیزیکی، پایش و نظارت، برنامه آموزش، تیم Out Reach، آمار و اطلاعات، عملکرد و حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه به عنوان زیر کدهای ساختار سازمانی به دست آمد و در نهایت منجر به ساخت پرسشنامه با یک مقیاس اصلی و ۱۰ مولفه و جمعا ۸۰ گویه شد. در بخش کمی نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش مدل با داده‌ها بود (RMSEA=۰,۰۲ و Chi2/df=۱,۱۶).

نتیجه‌گیری: پرسشنامه تدوین شده ابزاری مناسب جهت سنجش ساختار سازمانی کاهش آسیب در مراکزگذری کاهش آسیب است و بنابراین می‌توان از این ابزار در سطح گسترده جهت سنجش ارائه خدمات مراکزگذری استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد، تحلیل عاملی، ابزار سنجش، ساختار سازمانی

***نویسنده مسئول:**
دانشیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۰۹۱۲۲۱۸۵۳۶۸
l.panaghi@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

مقدمه

مصرف مواد یک نگرانی جدی بالینی است که با هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فردی قابل‌توجهی همراه بوده و سطوح بالایی از رفتارهای خود آسیب‌رسان را نیز به همراه دارد [۱]. مطالعات نشان می دهند که مصرف مواد به عنوان یک رفتار پرخطر، با کاهش طول عمر، حاملگی ناخواسته، خودکشی و خشونت در ارتباط بوده [۲] و بروز سایر رفتارهای پرخطر نظیر خودزنی، تزریق مشترک و رفتارهای جنسی محافظت‌نشده و به دنبال آن ابتلا به بیماری‌هایی نظیر هپاتیت و ایدز را به میزان قابل‌توجهی افزایش می‌دهد [۳].

در این راستا، در سرتاسر دنیا سیاست‌هایی به منظور کاهش آسیب‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد طراحی شده [۴ و ۵] و مراکزی نیز در راستای تحقق این سیاست‌ها و خدمت‌رسانی به افراد مصرف کنندهٔ مواد دایر گردیده است [۶] که از جملهٔ این مراکز می‌توان به مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد[1] یا به اختصار DIC اشاره کرد. برنامه‌های کاهش آسیب مجموعه‌ای از سیاست‌ها و برنامه‌هایی هستند که در درجه اول سعی در کاهش پیامدهای نامطلوب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مواد برای مصرف‌کنندگان مواد، خانواده‌ها و جوامع دارند [۷]. راهبردهای کاهش آسیب در کاهش شیوع بیماری‌های عفونی در بین افرادی که از مواد مخدر به صورت تزریقی استفاده می‌کنند موفق بوده است و این موفقیت منجر به تلاش‌هایی برای گسترش کاربرد کاهش آسیب در سایر مسائل بهداشت عمومی شده است. راهبردهای کاهش آسیب در حال حاضر معمولاً شامل کار با گروه های به شدت به حاشیه رانده شده و انگ می شوند [۸].

در ایران نیز مراکز DIC از سال ۱۳۸۵ آغاز به کار کرده اند. در این مراکز عموماً معتادان تزریقی سخت‌دسترس در محیط حمایتی به صورت رایگان از خدمات کاهش آسیب بهره‌مند می‌شوند. مراکز DIC که در آن‌ها معتادان تزریقی سخت‌دسترس به‌صورت رایگان از خدمات کاهش آسیب بهره‌مند می‌شوند، دارای یک بخش کاهش آسیب (با اهدافی نظیر توزیع سرنگ، سرسوزن و کاندوم، برگزاری جلسات آموزشی برای مراجعین، مشاوره در مورد بیماری‌های خاصی نظیر ایدز و هپاتیت، مشاورهٔ اعتیاد و آموزش رفتارهای سالم، ارجاع به مراکز بهداشتی و کلینیک‌های مثلثی برای انجام آزمایش بیماری‌های رفتاری، ارجاع به مراکز درمان نگهدارندهٔ متادون، ارجاع به مراکز اقامتی، ارائه حمایت‌های اجتماعی مانند تغذیه، پوشاک و استحمام و توزیع مواد ضدعفونی‌کننده)، یک یا چند تیم سیار (با اهدافی نظیر ارائه خدمات کاهش آسیب به افراد دور از دسترس، آموزش و ارائه خدمات توزیع سرنگ و سرسوزن استریل با کمک گروه‌های همتا) و یک واحد درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (با هدف درمان مصرف مواد اوپیوئیدی با استفاده از متادون) هستند [۹].

پژوهش‌های صورت‌گرفته در ایران مؤید تأثیرات مثبت برنامه‌های کاهش آسیب هستند، به طوری که برخی شواهد حاکی از اثربخشی این برنامه‌ها در کاهش نگرش منفی نسبت به اعتیاد [۱۰] تأثیر معناداری در کاهش میزان مصرف مواد در محیط‌های پرخطری نظیر زندان‌ها [۱۱] و همچنین کاهش انتقال HIV و سایر رفتارهای پرخطر در زندانیان دارند [۱۲]. خدمات کاهش آسیب نه تنها بر کاهش جرائم [۱۳] و کاهش مقاربت جنسی، افزایش استفاده از کاندوم و کاهش رابطهٔ جنسی محافظت‌نشده در میان مصرف‌کنندگان مواد [۱۴] اثربخشی معنادار داشته، بلکه کارآمدی بالای راهبردهای مبتنی بر کاهش آسیب بر الکل، سیگار و مواد غیرقانونی و مشکلات مرتبط با آن‌ها شایان توجه بوده است [۱۵]. لوگان و مارلات [۱۶] نشان دادند برنامه‌های توزیع سرنگ و سوزن، برنامه‌ای اثربخش، ایمن و مقرون به صرفه بوده و فاقد تأثیرات مخرب چشمگیری هستند. چن، چن و یو [۱۷] نشان دادند اجرای برنامه سراسری کاهش آسیب اعتیاد در کشور تایوان در سال ۲۰۰۶، کاهش چشمگیری در بروز عفونت با ویروس HIV در بین کسانی که مواد را تزریق می‌کنند (PWID[2]) دارد و کاهش مصرف هروئین را در بررسی سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۷ به همراه داشت.

با این حال، کیفیت ارائه خدمات در این مراکز یکی از اصلی‌ترین چالش‌های پیش روی آن‌هاست و مراجعین مراکز DIC و کارکنان آن‌ها لزوماً تعریف یکسانی از مفهوم کیفیت خدمات ندارند [۱۸]. با وجود شواهد، تلاش‌ها برای اجرای راهبردهای کاهش آسیب با چالش‌هایی روبرو شده است. پژوهش دیگری که نشان‌دهندهٔ نارضایتی مراجعان از خدمات ارائه‌شده در مراکز DIC بوده‌اند [۱۸]،

[1] Drop-In Centers

[2] People who inject drugs

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

مشکلاتی را پیش روی این مراکز قرار داده و کیفیت ارائه خدمات کاهش آسیب در آن‌ها را به چالش کشیده است.علیرغم اینکه برنامه‌های مبتنی بر کاهش آسیب از جمله مداخلات ارائه‌شده در مراکز گذری نقش قابل‌توجهی در کاستن از مشکلات مرتبط با مصرف مواد در کشور داشته‌اند؛ عواملی نظیر مدیریت ناکارآمد، نظارت غیر اثربخش و مقررات غیرسازندهٔ مراکز گذری باعث شده است که بخش قابل‌توجهی از ظرفیت این مراکز بدون استفاده مانده یا استفادهٔ اثربخشی از آن‌ها نشود؛ این در حالی است که بیماران زیادی از اقشار مختلف وجود دارند که از خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد محروم هستند. از سوی دیگر، عواملی نظیر عدم تطابق پروتکل‌ها و برنامه‌ها با نیازها و ملاحظات مصرف‌کنندگان مواد، به‌ویژه در کودکان و زنان و ضعف کمی و کیفی مداخلات حمایتی، موجب نقصان در شاخص فراهمی خدمات کاهش آسیب در مراکز گذری شده است. در نهایت، عدم تمایل بخش غیردولتی به تأسیس مراکز گذری در مناطق حاشیه‌نشین و سکونت‌گاه‌های غیررسمی که شیوع مصرف مواد در آن‌ها نیز بالاتر است، موجب ضعف شاخص دسترسی به خدمات کاهش آسیب در مراکز DIC می‌شود [۱۹]. با وجود چنین محدودیت‌هایی، ارتقای خدمات کاهش آسیب در مراکز گذری نیازی غیرقابل‌انکار به نظر می‌رسد. در مجموع، با توجه به اهمیت و نقش بالقوهٔ مراکز گذری در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد، اطلاعات کم درخصوص کارآیی این مراکز علاوه بر هدررفت هزینه‌های مادی و معنوی، امکان اصلاح و بهبود را نیز از مسئولین و برنامه‌ریزان حوزهٔ اعتیاد سلب می‌کند.

انجام مطالعاتی نظیر پژوهش حاضر ضمن ایجاد سیستمی برای ارزیابی و بررسی کارآمدی مراکز گذری، می‌تواند از اتلاف احتمالی هزینه‌های مادی و معنوی جامعه کاسته و با در اختیار قرار دادن اطلاعات لازم به سیاست‌گذاران، به آن‌ها در ارتقای مراکز گذری و همچنین کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد کمک کند. بدون شک، گام اول در چنین فرآیندی، ارزیابی کیفیت فعلی ارائه خدمات در این مراکز است [۲۰]. این کیفیت‌سنجی نه‌تنها چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد، بلکه نارسایی‌های برنامه را نیز مشخص می‌سازد و بدین ترتیب می‌توان نسبت به حل ریشه‌ای مسائل اقدام کرد. علاوه بر این، ارزیابی مداوم برنامه‌های کاهش آسیب و اصلاح عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات ارائه‌شده به افراد مصرف‌کنندهٔ مواد می‌تواند زمینه را برای ارائه خدمات مطلوب‌تر به این قشر آسیب‌پذیر فراهم سازد و به تقویت عملکرد مراکز گذری کاهش آسیب کمک نماید. بر این اساس و نظر به عدم وجود مطالعه‌ای در حوزهٔ کیفیت‌سنجی خدمات کاهش آسیب در مراکز گذری کشور، مطالعهٔ حاضر با هدف تدوین ابزاری جهت سنجش شاخص‌ها و در نهایت، ارائه الگویی بهینه برای ارتقای خدمات در این مراکز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این مطالعه به روش آمیخته[3] (کیفی-کمی) بود. در بخش کیفی جهت تدوین شاخص هایی که برای ارزیابی مراکزگذری کاهش آسیب به کار می‌روند، از تحلیل مضمون[4] استفاده شد. بر اساس نتایج مطالعه کیفی و همچنین بررسی متون، پرسشنامه‌ای براساس شاخص‌های مدل، طراحی و آماده شد. در بخش کمی، به منظور سنجش روایی و پایایی پرسشنامه به دست آمده، به جمع‌آوری داده ها پرداخته شد.

جامعه‌ی آماری شامل افراد مرتبط با مراکز کاهش آسیب اعتیاد (شامل افراد مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب و کارکنان شاغل در این مراکز) بود که از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود افرادی انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود عمومی به این پژوهش عبارت بودند از:

۱. دامنه سنی ۱۸ الی ۵۵ سال
۲. دارای سواد خواندن و نوشتن

ملاک های ورود اختصاصی مراجعه کنندگان به مراکز کاهش آسیب:

۳. لزوم مراجعه مستمر حداقل ماهی یک بار به مراکزگذری استان تهران و البرز به مدت حداقل ۱ سال

ملاک های ورود اختصاصی کارکنان مراکز گذری

[3] Mixed methods

[4] Thematic analysis

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

- سابقهٔ مدیریت حداقل یک ساله یا فعالیت حداقل دو سال سابقه در مراکز کاهش آسیب اعتیاد

ملاک های خروج در این پژوهش عبارت بودند از:

- عدم تمایل به شرکت در مصاحبه

نمونه‌گیری در پژوهش کیفی تا اشباع ادامه پیدا می‌کند تا دیگر اطلاعات جدیدی از مصاحبه به دست نیاید. در پژوهش حاضر، ۲۰ شرکت کننده به شرح جدول ۱ با روش نمونه‌گیری هدفمند داده‌ها را به اشباع رساندند، مصاحبه تا نفر هفدهم اطلاعات جدید به دست آمد اما در سه مصاحبه دیگر اطلاعات جدیدی وجود نداشت که به عبارت دیگر به اشباع رسید.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق با افراد شرکت کننده انجام شد. به‌منظور تدوین عبارت‌های مورد نیاز برای انجام مصاحبه با نمونه مورد نظر از سوالات اصلی پژوهش و مرور متون[5] مرتبط استفاده شد. محقق با طرح سوالات راهنما و کلی، مصاحبه را آغاز و سپس براساس مطالب و تجربیات بیان شده آن را هدایت و ادامه داد و در صورت لزوم از سوالات روشنگر استفاده شد. مصاحبه‌های صورت گرفته با هریک افراد شرکت کننده، در مدت زمانی بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه صورت گرفت. حین ضبط مصاحبه‌ها، حالات، زبان شفاهی، زبان بدن و احساسات شرکت کنندگان نیز مشاهده و یادداشت‌برداری شد. مسائل اخلاقی لحاظ شده در پژوهش عبارت بود از: کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، ضبط محتوای مصاحبه‌ها، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات، استفاده از کُد عددی به جای نام شرکت کنندگان جهت معرفی آن ها و حق انصراف از ادامه پژوهش و حذف کردن مصاحبه‌های ضبط شده. مصاحبه‌های ضبط شده، بر روی کاغذ پیاده شد و مورد تحلیل مضمونی[6] قرار گرفت. در مرحله تحلیل مضمونی داده‌ها ۱۴۷ مضمون اولیه استخراج شد. در مراحل بعدی با حذف مضامین مشابه و تکراری، ۲ مضمون اصلی[7] و ۱۵ زیرمضمون[8] به دست آمد. برای سنجش اعتبار[9]، روش اعتبار نهایی[10] کولایزی[11] (۱۹۷۸) استفاده شد. در روش کولایزی بر ماهیت گفتگویی پژوهش تأکید می شود و توصیف‌های جامع از پدیده مورد مطالعه از سوی خود شرکت کنندگان مهم‌ترین ملاک ارزیابی تلقی می‌گردد. بدین منظور یافته‌های پژوهش بعد از پیاده کردن و کدگذاری مصاحبه‌ها، آنها را در اختیار مصاحبه شوندگان قرار داده می‌شد تا صحت برداشت‌ها وارسی شود. برای اطمینان از دریافت درست نظرات و دیدگاه‌های شرکت کنندگان، کدگذاری‌ها به مشارکت کنندگان بازگشت داده می‌شد و از آن‌ها خواسته می‌شد که بگویند آیا مسائل بیان شده آن‌ها در این کدگذاری‌ها یافت می شود یا خیر؟ براساس بازخورد مشاکت کنندگان، کدگذاری‌ها اصلاح و تکمیل می شدند. در زمینه پایایی نیز در پژوهش حاضر، کدگذاری مجدد[12] برای سنجش قابلیت اطمینان کدگذاری استفاده شده‌است.

.

جدول ۱: شرکت کنندگان در پژوهش

کُد شرکت کننده	سن	جنسیت	میزان سابقه فعالیت و ارتباط با مراکز	نقش در مراکز
۱	۳۷	زن	۱۱ سال	موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب
۲	۴۹	مرد	۱۷ سال	کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز
۳	۴۱	مرد	۱۳ سال	خدمت گیرنده و تیم امدادرسان سیار
۴	۳۲	مرد	۶ سال	خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار
۵	۳۶	زن	۶ سال	کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز
۶	۲۴	مرد	۳ سال	مسئول برنامه کاهش آسیب و روانشناس
۷	۲۹	زن	۶ سال	مدیریت و روانشناس مرکز کاهش آسیب
۸	۲۷	زن	۵ سال	مدیریت و روانشناس مرکز کاهش آسیب

[5] Literature review
[6] Thematic analysis
[7] Finally theme
[8] Sub-theme
[9] Credibility
[10] Final Validity
[11] Collaizzi
[12] Recoding

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

۹	۳۱	مرد	۳ سال	موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب
۱۰	۳۰	مرد	۴ سال	خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار
۱۱	۳۲	مرد	۶ سال	موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب
۱۲	۳۳	مرد	۲ سال	موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب
۱۳	۲۸	زن	۳ سال	مسئول برنامه کاهش آسیب و روانشناس
۱۴	۴۱	زن	۱۴ سال	مدیریت، مسئول برنامه کاهش آسیب، متصدی، مددکاری
۱۵	۳۴	زن	۷ سال	مسئول برنامه کاهش آسیب، متصدی، مددکاری
۱۶	۲۹	زن	۹ سال	موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب
۱۷	۳۱	مرد	۵ سال	خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار
۱۸	۴۳	مرد	۹ سال	کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز
۱۹	۲۷	زن	۵ سال	کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز
۲۰	۳۳	مرد	۴ سال	خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از بین ۲۳۷ نفر از افراد، ۱۳۴ نفر (۵۶/۵۴ ٪) را پرسنل مراکز و ۱۰۳ نفر (۴۳/۴۶ ٪) را اساتید و متخصصین تشکیل داده بودند. ۱۱۸ نفر (۴۹/۸ ٪) را زنان و ۱۱۹ نفر (۵۰/۲ ٪) را مردان تشکیل داده بودند.

نمونه مورد نظر در بخش کمی از بین اساتید، متخصصین و کارشناسان شاغل و مرتبط با مراکز کاهش آسیب اعتیاد کل کشور در سال های ۹۸ و ۹۹ انتخاب شد. حجم نمونه نهایی ۲۳۷ نفر انتخاب شد (جدول۲).

جدول۲. تعداد نمونه در قسمت کمی پژوهش بر اساس گروه های شرکت کننده

رده شغلی	فراوانی
کارشناسان شاغل و مرتبط با مراکز کاهش آسیب اعتیاد مراکز	۱۳۴
اساتید، متخصصین و صاحب نظران	۱۰۳
مجموع	۲۳۷

جدول۳. نتایج حاصل از مصاحبه‌ها برای دستیابی به الگوی بهینه در ارتقای مراکز گذری

زیرکدها	نماد	فراوانی مقوله ها
موسس	FC	۸
کارکنان	EM	۱۱
سازمان حمایت کننده	SO	۹
محیط فیزیکی	FE	۶
پایش و نظارت	PC	۱۲
برنامه آموزش	EP	۸
تیم Out Reach	ORT	۶

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

زیرکدها	نماد	فراوانی مقوله ها
آمار و اطلاعات	SI	۵
عملکرد	PE	۵
حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه	SRS	۱۰
مجموع		۸۰

با دسته‌بندی عوامل استخراج شده، با توجه به مفهومی که داشتند، به ۱۰ مولفه به عنوان زیرکدهای ساختار سازمانی تقسیم شدند از جمله موسس، کارکنان، سازمان حمایت کننده، محیط فیزیکی، پایش و نظارت، برنامه آموزش، تیم Out Reach، آمار و اطلاعات، عملکرد و حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه.

۱- موسس: موسس (FC) شامل ۸ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۸ سؤال به درستی می‌توانند مفهوم موسس را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول استفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر است. به منظور بررسی مناسبت مدل از شاخص‌های کای دو بر درجه آزادی، نیکویی برازش، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد، برازندگی تعدیل یافته استفاده شد. نتایج مناسبت مدل در ادامه آمده است.

جدول۴- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل موسس

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۲۴/۸۸	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۱/۲۴	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۳	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول موسس از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از روش بیشینه در ستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی، ضریب تبیین و مقادیر t-value آمده است.

جدول۵- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری موسس

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	مؤسس ها به پایین بودن مبلغ قرارداد توجهی ندارند.	۰/۷۳	---
۲	در اعطای مجوز سخت گیری زیادی صورت گیرد.	۰/۷۲	۱۰/۶۴
۳	اکثر مؤسس ها تحصیلات مرتبطی (خصوصا با روانشناسی) ندارند.	۰/۷۴	۱۰/۸۲
۴	اعطای مجوز به صورت قانونمند انجام نمی شود و فقط به صورت رابطه ای پیش میرود.	۰/۷۲	۱۰/۵۷
۵	مؤسس ها تجربه و سابقه کاری چندانی ندارند.	۰/۷۳	۱۰/۷۹
۶	در پیشینه مؤسس ها (بخصوص سوء سابقه کیفری آنان) دقت نمی شود.	۰/۷۳	۱۰/۷۲
۷	بسیاری از مؤسس ها تمکن مالی کافی ندارند.	۰/۷۶	۱۱/۱۴
۸	در قالب موارد، افراد مسئولیت پذیر و مورد اعتماد برای ارائهٔ مجوز انتخاب نمی شوند.	۰/۷۱	۱۰/۴۶

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

نتایج حاصـــل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان موسس نشان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۲- کارکنان: کارکنان (EM) شامل ۱۱ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۱۱ ســـؤال به درســـتی می‌توانند مفهوم کارکنان را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول ا ستفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۶- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل کارکنان

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۵۰/۸۹	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۱/۱۶	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۳	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول کارکنان از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شـــدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضـــرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با ا ستفاده از روش بیشینه در ستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی، ضریب تبیین و مقادیر t-value آمده است.

جدول۷- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری کارکنان

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	بسیاری از کارکنان مهارتهای ارتباطی قوی با بیماران دارند.	۰/۷۴	---
۲	دوره های آموزشی بدو یا ضمن خدمت هر دوره برگزار می شود.	۰/۷۴	۱۱/۳۸
۳	حجم کار (بالا) با تعداد پرسنل تخصصی اصلاً همخوانی ندارند.	۰/۶۹	۱۰/۵۷
۴	مراکز از نبود مددکار اجتماعی در رنج و مشقّت هستند.	۰/۷۳	۱۱/۲۸
۵	بیماران اعتماد کافی به کادر درمانی خود دارند.	۰/۶۹	۱۰/۵۸
۶	اصول اخلاق حرفه ای (مسئولیت پذیری، رازداری، متعهد و توانمند) در مراکز رعایت می شود.	۰/۷۰	۱۰/۶۹
۷	استانداردها و معیارها برای کارکنان بدون توجه به ظرفیت هر مرکز و منطقه پیاده سازی می شود.	۰/۶۵	۹/۸۸
۸	نگاه اکثر پرسنل نسبت به بیماران مثبت اندیشانه است.	۰/۷۱	۱۰/۹۰
۹	به مسائل مالی و انگیزشی کارمندان مراکز توجهی نمی شود.	۰/۷۰	۱۰/۸۱
۱۰	حقوق معین و بیمه برای پرسنل مراکز تعریف چندانی ندارد.	۰/۷۸	۱۰/۳۳
۱۱	آموزش های بهیاری برای پرسنل به اندازه کافی صورت می گیرد.	۰/۷۱	۱۰/۸۵

نتایج حاصـــل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان کارکنان نشـــان داد که تمامی گویه‌ها به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۳- سازمان حمایت کننده: سازمان حمایت کننده (SO) شامل ۹ ســـؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۹ ســـؤال به درســـتی می‌توانند مفهوم سازمان حمایت کننده را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول استفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

جدول۸- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل سازمان حمایت کننده

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۳۰/۰۴	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۱/۱۱	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۲	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول سازمان حمایت کننده از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از روش بیشینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی، ضریب تبیین و مقادیر t-value آمده است.

جدول۹- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری سازمان حمایت کننده

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	کارکنان از عدم امنیت شغلی و قراردادها و برنامه های بلندمدت خیلی نگران هستند.	۰/۶۷	---
۲	هماهنگی بین سازمانی (به منظور ضرورت اطلاع سایر سازمان ها از فعالیت اینگونه مراکز) وجود ندارد.	۰/۷۲	۹/۷۹
۳	فرایند بودجه بندی (تخصیص مبلغ نهایی) برای مراکز بسیار ضعیف و غیرمؤثر است.	۰/۷۰	۹/۵۹
۴	متاسفانه در تامین بودجه همیشه تأخیر وجود دارد.	۰/۷۱	۹/۷۲
۵	به آموزش‌های مناسب با هر دوره زمانی باید توجه شود.	۰/۶۹	۹/۵۳
۶	مسئولیتها و ماموریتها از طرف سازمان های مسئول به درستی انجام نمی شود.	۰/۷۶	۱۰/۲۱
۷	به دلیل فشارهای سازمانی نمیتوانیم رضایت مددجو را کسب کنیم.	۰/۷۲	۹/۸۹
۸	مسائل ظاهری ارزیابی نمی شود و به کیفیت خدمات بی توجهی می گردد.	۰/۷۳	۹/۹۴
۹	ارزیابی ها سلیقه ای صورت می گیرد و نه عینی.	۰/۷۳	۹/۹۱

نتایج حاصل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان سازمان حمایت کننده نشان داد که تمامی گویه‌ها به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۴- محیط فیزیکی: محیط فیزیکی (FE) شامل ۶ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۶ سؤال به درستی می‌توانند مفهوم محیط فیزیکی را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول استفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

جدول۱۰- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل محیط فیزیکی

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۵/۹۶	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۰/۶۶	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۱	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۱/۰۰	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول محیط فیزیکی از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شـــدن داده ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضـــرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با اســتفاده از روش بیشـــینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

جدول۱۱- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری تحقیق محیط فیزیکی

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	امکان نظارت بر رفتار بیماران به طور کامل وجود ندارد.	۰/۶۹	---
۲	محیط فیزیکی حیاط دار و کمد شخصی برای مددجویان درنظر گرفته می شود.	۰/۷۱	۹/۷۷
۳	تهویه و نور مناسب برای بیماران مناسب بنظر می رسد.	۰/۷۹	۱۰/۷۵
۴	به شاداب سازی محیط فیزیکی مراکز توجهی نمی شود.	۰/۷۴	۱۰/۲۱
۵	محیط فیزیکی مناسب و ایمنی برای اجاره وجود ندارد.	۰/۷۵	۱۰/۲۹
۶	فضای کافی برای آموزش و مشاوره های روانشناسی وجود ندارد.	۰/۷۲	۹/۹۱

نتایج حاصـــل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان محیط فیزیکی نشـــان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۵- پایش و نظارت: پایش و نظارت (PC) شامل ۱۲ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۱۲ سؤال به در ستی می‌توانند مفهوم پایش و نظارت را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول اسـتفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۱۲- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل پایش و نظارت

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۵۴/۸۸	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۱/۰۲	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۱	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸۵

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول پایش و نظارت از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شـــدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضـــرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با اســـتفاده از روش بیشـــینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی، ضریب تبیین و مقادیر t-value آمده است.

جدول۱۳- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری پایش و نظارت

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	نظارت و پایش کافی برای مددجویان وجود ندارد.	۰/۶۷	---
۲	به مسائل بهداشتی توجه و نظارت نمی شود.	۰/۷۱	۹/۷۶
۳	به معیارهای نظارتی اصلی بی توجهی می شود.	۰/۷۳	۹/۳۹
۴	از پرسنل مسلط به حوزه اعتیاد به عنوان پایشگر استفاده نمی شود.	۰/۶۶	۹/۱۷
۵	از پرسنل با تجربه به عنوان پایشگر استفاده نمی شود.	۰/۶۸	۹/۴۳
۶	نظارت از طریق دوربین مداربسته صورت نمی گیرد.	۰/۷۱	۹/۷۳
۷	بیماران در فرایند ارزیابی و نظارت دخالت داده نمی شوند.	۰/۶۳	۸/۷۲
۸	نظارت و پایش دلسوزانه توسط افراد امین و با صلاحیت و حرفه ای صورت می گیرد.	۰/۶۷	۹/۲۹
۹	نظارت واقعی وجود ندارد و صرفا برای ترساندن مراکز رفت و آمدی صورت می گیرد.	۰/۷۴	۱۰/۰۹
۱۰	چک لیستهای موجود در هنگام پایش بررسی و ارزیابی نمی شوند.	۰/۶۹	۹/۵۱
۱۱	پایش و ارزیابی بسیار ضعیف و مبتدایانه و غیرعلمی انجام می شود.	۰/۶۸	۹/۳۶
۱۲	آموزشی به تیم های نظارت کننده برای توجه به موضوعات مهمتر نظارتی صورت نمی گیرد.	۰/۷۲	۹/۸۴

نتایج حاصـــل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان پایش و نظارت نشان داد که تمامی گویه‌ها به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۶- برنامه آموزش: برنامه آموزش (EP) شامل ۸ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۸ ســـؤال به درســـتی می‌توانند مفهوم برنامه آموزش را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول اســـتفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۱۴- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل برنامه آموزش

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۱۶/۶۳	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۰/۹۳	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۸	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۱/۰۰	بالاتر از ۰/۸۵

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول برنامه آموزش از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شـــدن داده ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضـــرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با اســـتفاده از روش بیشـــینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

جدول۱۵- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری برنامه آموزش

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	شاخص های آموزش دهنده از دید مددجو درنظر گرفته نمی شود.	۰/۶۶	---
۲	آموزش علمی و اصولی به تیم های سیار انجام نمی شود.	۰/۷۳	۹/۵۷
۳	فضای فیزیکی مناسب برای آموزش و درمان وجود ندارد.	۰/۷۱	۹/۳۷
۴	از کارشناسان متخصص جهت آموزش استفاده می شود.	۰/۷۲	۹/۵۳
۵	آموزش ها باید برای پرسنل و تیم درمان مستمر باشد.	۰/۶۳	۹/۵۲
۶	از روشهای جدید و جذاب و موثر آموزشی برای بیماران استفاده نمی شود.	۰/۷۶	۹/۹۱
۷	مهارت شغلی به بیماران آموزش داده نمی شود.	۰/۷۵	۹/۸۶
۸	بیماران انگیزه کافی برای آموزش ندارند و سهل انگاری می کنند.	۰/۶۹	۹/۲۶

نتایج حاصـــل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان برنامه آموزش نشـــان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۷- تیم Out Reach: تیم Out Reach (ORT) شـامل ۶ سـؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۶ سؤال به درستی می‌توانند مفهوم تیم Out Reach را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول استفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۱۶- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل تیم Out Reach

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۸/۰۶	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۰/۸۹	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۰	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۱/۰۰	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول تیم Out Reach از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شـــدن داده ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضـــرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با اســـتفاده از روش بیشـــینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

جدول۱۷- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری تیم Out Reach

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	تیم سیار دلسوز ، متعهد و بومی منطقه هستند.	۰/۶۳	---
۲	بیماران به تیم درمان دسترسی دائمی دارند.	۰/۷۸	۹/۵۱
۳	مراکز از عدم تعداد کارکنان تیم سیار در رنج هستند.	۰/۷۳	۹/۰۹
۴	عدم حمایت مالی تیم سیار موجب عدم دلسوزی و سرد شدن آنها در انجام مسئولیتها می شود.	۰/۷۲	۹/۰۲
۵	تیم سیار فعال و کاربلد که در ۲۴ ساعت شبانه روز در خدمت باشند وجود ندارد.	۰/۷۱	۸/۹۳
۶	تیم سیار مستقل بدون وابستگی به DIC متاسفانه وجود ندارد.	۰/۷۵	۹/۳۱

نتایج حاصل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان تیم Out Reach نشان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۸- آمار و اطلاعات: آمار و اطلاعات (SI) شامل ۵ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۵ سؤال به درستی می‌توانند مفهوم آمار و اطلاعات را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول استفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۱۸- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل آمار و اطلاعات

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۳/۳۵	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۰/۶۷	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۱/۰۰	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول آمار و اطلاعات از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شدن داده ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از روش بیشینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

جدول۱۹- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری آمار و اطلاعات

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	متاسفانه آمار و اطلاعات گزارشی اغلب نادرست است.	۰/۶۹	---
۲	واقع بینی در معیارها و استانداردها وجود دارد.	۰/۷۴	۹/۶۷
۳	پرسنل مرکز از مراجع بالاتر تحت فشار قرار می گیرند که آمارسازی کنند.	۰/۷۳	۹/۵۱
۴	تداخل کاری کادر درمانی با کارهای محوله باعث می شود دیگر زمان با کیفیتی برای بیماران گذاشته نشود.	۰/۶۵	۸/۶۴
۵	متاسفانه فرایند اداری در مراکز معیوب است.	۰/۷۱	۹/۳۴

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

نتایج حاصل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان آمار و اطلاعات نشان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

۹- عملکرد: عملکرد (PE) شامل ۵ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۵ سؤال به درستی می‌توانند مفهوم عملکرد را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول ا ستفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۲۰- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل عملکرد

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۶/۰۵	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۱/۲۱	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۳	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول عملکرد از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با ا ستفاده از روش بی شینه در ستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

جدول۲۱- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری تحقیق عملکرد

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	ساعات کاری پرسنل درمانی خیلی طولانی است.	۰/۷۹	---
۲	افزایش کیفیت خدمات به بیماران مستلزم افزایش امید و انگیزه در کارکنان است.	۰/۶۸	۱۰/۲۳
۳	ناهماهنگی بین سازمانهای متولی (از جمله نیروی انتظامی، شهرداری و ارگان های مختلف) موجب ضعف عملکردی مرکز می شود.	۰/۷۵	۱۱/۳۵
۴	خدمات به افراد بی بضاعت و کارتن خواب به خوبی صورت نمی گیرد.	۰/۷۴	۱۱/۰۶
۵	کمک گرفتن از خیرین می تواند موجب بهبود عملکرد مرکز شود.	۰/۷۰	۱۰/۴۹

نتایج حاصل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان عملکرد نشان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند. بطور مثال گویه سوم با اندازه ۰/۷۵ می‌تواند در توجیه متغیر پنهان خود سهم داشته باشد.

۱۰- حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه: حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه (SRS) شامل ۱۰ سؤال بود. به منظور تأیید آنکه این ۱۰ سؤال به در ستی می‌توانند مفهوم حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه اول استفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۲۲- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۳۱/۵۲	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۰/۹۰	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۱/۰۰	بالاتر از ۰/۸۵

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه اول حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از روش بیشینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

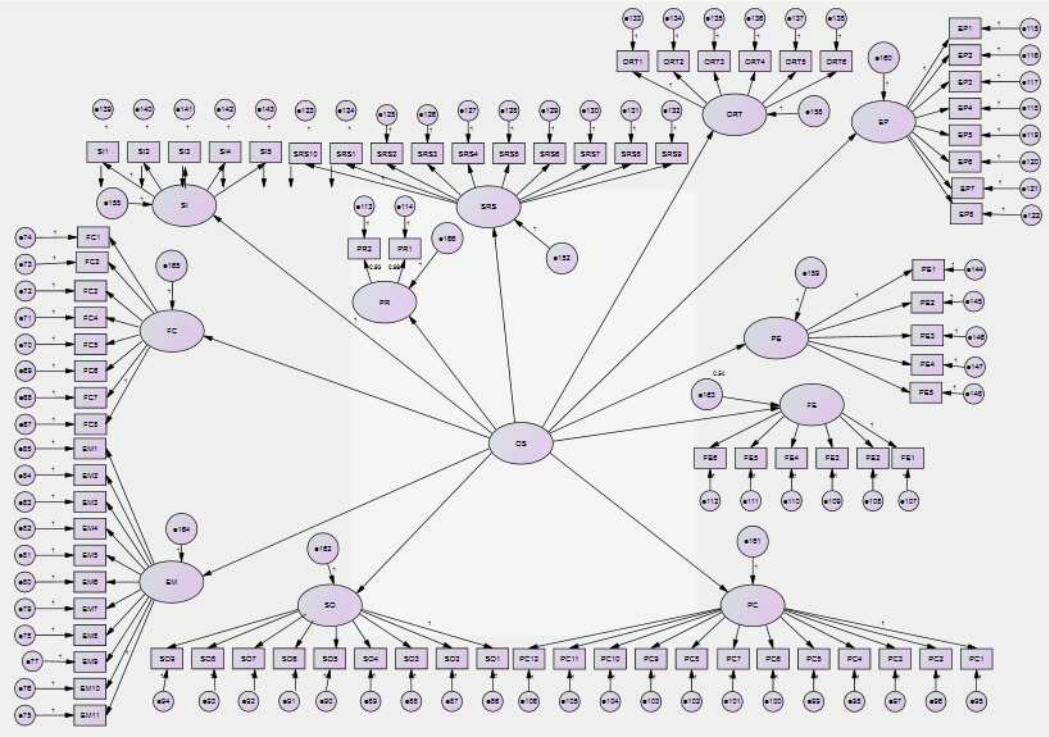
جدول۲۳- مشخصه‌های آماری مدل اندازه‌گیری تحقیق حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه

شماره	گویه	بارعاملی	آماره t
۱	ارائهٔ خدمات درمانی و توانبخشی به بیماران باید به صورت متمرکز (صفر تا صد) برای آنان در هر مرکز صورت گیرد.	۰/۷۵	---
۲	آموزش مهارت‌های شغلی به بیمار موجب درآمدزایی آنان و وابستگی کمترشان به مراکز می شود.	۰/۶۵	۹/۹۱
۳	برنامه ریزی بلندمدت (مثلاً چندین سال بدون استعلام بها) باید برای مراکز پیاده سازی شود.	۰/۷۱	۱۰/۸۳
۴	نگاه اجتماعی و مسئولان نسبت به بیماران باید تغییر کند.	۰/۶۹	۱۰/۶۴
۵	مرکز خدمات و مرکز استراحت و نگهداری باید کنار هم باشند.	۰/۷۲	۱۱/۰۱
۶	به ابعاد تفریحی و معنوی بیماران باید توجه شود.	۰/۷۰	۱۰/۷۲
۷	تقویت انگیزه و روحیه بیماران می تواند بهترین شرایط را برای آنان فراهم آورد.	۰/۷۳	۱۱/۲۱
۸	فرهنگسازی و آموزش خیرین برای کمک به معتادان می تواند باعث بهبود فرآیند درمانی آنان شود.	۰/۶۹	۱۰/۴۴
۹	تهیه کارت شناسایی برای بیماران و ارائه خدمات بر اساس آن می تواند کمک حال بیماران باشد.	۰/۷۵	۱۱/۴۳
۱۰	بیمه کردن معتادان می تواند بار اقتصادی زیادی را از دوش بیماران کم کند.	۰/۷۱	۱۰/۸۴

نتایج حاصل از مدل تحلیل عامل تأییدی برای متغیر پنهان حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه نشان داد که هر دو گویه به طور معناداری بر روی متغیرهای پنهان خود بار می‌شوند.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]



شکل۱: نتایج تحلیل عاملی تأییدی مدل

تحلیل عاملی مرتبه دوم

ساختار سازمانی (OS) شامل ۱۰ مؤلفه بود. به منظور تأیید آنکه این ۱۰ مؤلفه به درستی می‌توانند مفهوم ساختار سازمانی را توجیه نمایند از روش تحلیل عاملی مرتبه دوم ا ستفاده شد که نتیجه آن به صورت زیر بوده است.

جدول۲۴- گزارش شاخص‌های مناسبت مدل ساختار سازمانی

شاخص	مقدار برآورد شده	حد مجاز
کای دو	۳۷۵۹/۵	---
کای دو به درجه آزادی (Chi2/df)	۱/۱۶	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۸۴	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۲	کمتر از ۰/۸
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۸۵

مشاهده شد که تمامی شاخص‌ها برای تحلیل عاملی مرتبه دوم ساختار سازمانی از حد مجاز تخطی ننموده‌اند لذا با اطمینان می‌توان فیت شدن داده‌ها بر این مدل را تأیید نمود. در ادامه به برآورد ضرایب مدل در مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از روش بیشینه درستنمایی پرداخته شده است که در قالب بار عاملی و ضریب تبیین آمده است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

جدول۲۵- مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی مرتبه دوم ساختار سازمانی

شماره	مؤلفه		بارعاملی	آماره t	ضریب تبیین
۱	موسس	FC	۰/۶۷	۶/۵۸	۰/۴۵
۲	کارکنان	EM	۰/۶۹	۶/۷۵	۰/۴۹
۳	سازمان حمایت کننده	SO	۰/۷۱	۶/۶۵	۰/۵۱
۴	محیط فیزیکی	FE	۰/۶۷	۶/۴۹	۰/۴۵
۵	پایش و نظارت	PC	۰/۶۴	۶/۲۸	۰/۴۱
۶	برنامه آموزش	EP	۰/۷۶	۶/۶۹	۰/۵۸
۷	تیم Out Reach	ORT	۰/۶۹	۶/۳۵	۰/۴۸
۸	آمار و اطلاعات	SI	۰/۷۱	---	۰/۴۹
۹	عملکرد	PE	۰/۷۸	۷/۳۱	۰/۶۰
۱۰	حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه	SRS	۰/۷۴	۶/۹۴	۰/۵۴

نتایج حاصل از مدل تحلیل عامل تأییدی مرتبه دوم برای متغیر پنهان ساختار سازمانی نشان داد که تمامی مؤلفه‌ها به طور معناداری بر روی ساختار سازمانی بار می‌شوند.

بحث و نتیجه گیری

با وجود اینکه چندین سال از قدمت فعالیت مراکز گذری در ایران می گذرد اما تاکنون ابزاری جهت کیفیت سنجی عملکرد این مراکز در دست نیست. بنابراین پژوهش حاضر با هدف ساخت پرسشنامه ای جهت سنجش ساختار سازمانی ایجاد شده در این مراکز است تا بتوان از طریق آن با ارزیابی شرایط موجود اقدامات لازم را برای بهتر شدن شرایط خدمات رسانی به عمل آورد.

در ایران مطالعه ارزیابی مراکز کاهش آسیب با مشکلاتی همراه است که یکی از مهمترین آنها به‌کارگیری روش‌هایی است که به شناسایی شاخص‌های ملموس منجر شود. به‌نظر می‌رسد مطالعات قبلی انجام‌شده در این زمینه، به‌علت توجه کافی به ویژگی‌های فیزیکی و آماری دچار کاستی‌هایی باشد. در تحقیقات میدانی ارتباط شاخص‌ها با واقعیت و تناسب مفاهیم حاصل از آن مشکل بزرگی است که برای رفع آن ابتدا شاخص‌سازی صورت پذیرفت. روشن پژوه و همکاران [11] ضعف برنامه کاهش آسیب در ایران را عدم وجود ساختارهای مشخصی برای پایش و نظارت و شاخص های اجرایی مانند برای میزان پوشش، نحوه گزارش دهی و ارزیابی و پایش بیان کردند.

شاخصه‌های موسس، کارکنان، سازمان حمایت کننده، محیط فیزیکی، پایش و نظارت، برنامه آموزش، تیم امدادرسان سیار و آمار و اطلاعات در مقوله ساختار سازمانی بیان شد، باور سازمان‌های حمایت کننده به برنامه کاهش آسیب می‌تواند منجر به حرکت مراکز شود، برای ارائه خدمات مستمر نیاز به باور کامل به کاهش آسیب است که باید از سوی سازمان‌های مختلف حمایت شود و ارتباط مستمر بین دستگاه‌های اجرایی سیاست‌گذاری و سایر سازمان‌ها باشد [21].

موسس فردی حقیقی یا حقوقی است که در راه اندازی مرکز کاهش آسیب اعتیاد و مدیریت آن نقش دارد، شاخص های آن توجه به تجربه کاری، توجه به ملاک‌های متعدد شخصیتی برای دادن

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

مجوز، عدم توجه به پایین بودن مبلغ قرارداد از جمله مولفه هایی است که در ارزیابی موسس باید درنظر گرفت.

کارکنان مرکز گذری کاهش آسیب، خط مقدم توجه به بیماران و مشکلات آنان هستند، و در انتخاب و ارزیابی آنان مواردی از جمله توجه به مسائل مالی و انگیزشی کارمندان، تعیین حقوق معین و بیمه، وظائف متعدد و کمبود نیروی انسانی، ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی بدو یا ضمن خدمت، لزوم حضور مددکار اجتماعی باید مورد توجه قرار گیرد.

سازمان حمایت کننده به عنوان متولی کاهش آسیب در صورت حمایت و نظارت کافی می‌تواند نقش موثری در کاهش آسیب و افزایش بهره‌وری مراکز داشته باشد. نبود امنیت شغلی و تهیه قراردادها و برنامه های بلندمدت و نبود همکاری سازمان‌های متولی از جمله موارد مورد توجه در مورد این شاخص است.

محیط فیزیکی مراکزگذری بر اساس پروتکل اعلامی حداقل ۷۰ متر و دارای دو اتاق باشد، اما توجه به محیط فیزیکی برای مراجعه این تعداد مددجو به صورت روزانه ضروری است، داشتن حیاط برای مراکز، عدم جابه‌جایی محیط فیزیکی مرکز، جداسازی مراکز درمان از بافت مسکونی مورد توجه مشارکت کنندگان در خصوص محیط فیزیکی می باشد.

پایش و نظارت بر مراکز کاهش آسیب به صورت مستمر منجر به ارتقای عملکرد مراکز می گردد، نظارت ناکافی و دستور العمل های غیر منعطف، عدم توجه به نقاط قوت مراکز مواردی است که پایش و نظارت باید رعایت گردد.

برنامه آموزش بر اساس پروتکل های موجود در راستای تغییر رفتارهای خودآسیب رسان و دگر آسیب رسان: در مراکز باید برنامه های آموزشی مدون و مشخصی برگزار گردد، صلاحیت آموزش دهنده، تامین فضای فیزیکی مناسب برای آموزش و درمان، به روز نبودن اطلاعات پرسنل برای آموزش و آموزش های مستمر برای پرسنل و تیم درمان در ارزیابی برنامه آموزش باید درنظر گرفت. تیم امدادرسان سایر ارائه خدمات کاهش آسیب را در پاتوق‌های مصرف بر عهده دارد، وجود تیم امدادرسان سیار متعهد و بومی منطقه و دسترسی دائمی بیماران به تیم درمان و ایجاد تیم سیار مستقل بدون وابستگی به مرکزگذری بیان کردند. آمار و اطلاعات بخشی از وظایفی است که در مرکزگذری تکمیل و آماده می‌گردد، مشارکت کنندگان موارد زیر را بیان کردند، لزوم واقع بینی در معیارها و استانداردها و زمان بر بودن سیستم های آماری به عنوان شاخص های مورد ارزیابی بیان شد. در خصوص عملکرد ابهام در وظائف و ماموریت های مراکز مختلف و توجه مراکز به برنامه درمان نگه دارنده تا کاهش آسیب از جمله شاخص های مورد توجه بود،شاخص‌های ارتقایی مراکز در شاخص حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه طبقه بندی شد، ارائهٔ خدمات درمانی و توانبخشی متمرکز، آموزش مهارت‌های شغلی به بیمار، اصلاح نگاه اجتماعی و مسئولان نسبت به بیماران از جمله موارد مورد توجه در این شاخص بود. نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول نشان داد همه مولفه های موجود با گویه های خود بار عاملی مناسبی داشتند و مدل های مربوط به آنها با داده ها به خوبی برازش داشتند و تأیید شدند. همچنین نتایج تحلیل عاملی مرتبه دوم هم حاکی از آن بود که تمام ۱۰ مولفه پرسشنامه (موسس، کارکنان، سازمان حمایت کننده، محیط فیزیکی، پایش و نظارت، برنامه آموزش، تیم امدادرسان سیار،آمار و اطلاعات، عملکرد و حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه) در یک مقیاس اصلی که ساختار سازمانی نامیده شد، بار عاملی داشتند و مدل مربوطه بخوبی با داده ها برازش داشت و تأیید شد. در این خصوص مؤلفه عملکرد بیشترین بار عاملی و مؤلفه پایش و نظارت کمترین بار عاملی را داشتند.

بنابراین کار ساخت پرسشنامه و اعتبار سنجی آن در دو مرحله پژوهش کیفی و کمی صورت گرفت و نتایج حاکی از مناسب بودن شاخص های آماری بود. در نتیجه پرسشنامه حاضر جهت کیفیت سنجی و ارزیابی مراکز گذری کاهش آسیب ابزاری مناسب است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی می‌توانند از آن در جهت بهبود هر چه بیشتر خدمات رسانی کاهش آسیب اعتیاد بهره مند شوند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که مراتب سپاس و قدردانی خود را از مدیران، کارشناسان و خدمت گیرندگان مراکز کاهش آسیب اعتیاد شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر شکیبایی و اعتمادشان به پژوهش و پژوهشگران، اعلام نمایند.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

کد اخلاق و مشارکت نویسندگان: تمام ملاحظات اخلاقی بر اساس رسالهٔ دکتری تخصصی علی قائدنیای جهرمی در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه شهید بهشتی با شماره تصویب 113026 در تاریخ 1397/11/15 انجام شده است. در تدوین این مقاله، علی قائدنیای جهرمی در طراحی، گرداوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها، لیلی پناغی در مفهوم سازی، رو ش شنا سی و تحلیل و تفسیر داده ها، سعید ایمانی در مفهوم سازی، بازبینی و ا صلاح پیش‌نویس، سعید ایمانی در مفهوم سازی، بازبینی و ا صلاح پیش‌نویس، محمود حیدری سعید ایمانی در مفهوم‌سازی، بازبینی و اصلاح پیش‌نویس و علیرضا نوروزی در بازبینی، اصلاح و نهایی سازی مشارکت داشتند.

تعارض در منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

References

1. Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. Cognitive Therapy and Research, 34(6), 544-553.
2. Tavakol, M., Naserirad, M., Avanessian, E., Anis, S., Abrahamian, H. Differential Quality Assessment of Harm Reduction Service in Drop-in Centers and Shelters: from expectations to perceptions. *Journal of Health Literacy*, 2016; 1(2): 118-128. doi: 10.22038/jhl.2016.10972 . (In Persion)
3. Dastjerdi, G. H., Ebrahimi, V., Kholasezade, G., & Ehsani. F. (2010). The effects of methadone on reducing high-risk behaviors. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 18(3), 215-219. (In Persion)
4. Shojaeizadeh, D., Taheri, G.E., Tehrani, H. (2012). The Effect of Education on Knowledge and Attitude of High School Students about AIDS in Faruj, Iran. *Journal of Health and Development*. 1(1):67-73. (In Persion) (In Persion)
5. Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2012). Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. Guilford Press.
6. Meshkati, Marjan, Atai, Behrouz, Nakhodian, Zari, Yaran, Majid, Babak, Anahita, Asgarianzadeh, Mohammadreza, Farshad, Marzieh, Adibi, Peyman. Hepatitis C screening in transit centers in Isfahan province: description of an experience. Journal of Isfahan Medical School, 2009; 28 (special letter on hepatitis): 1559-1553. (In Persion)
7. Friedman, S. R., de Jong, W., Rossi, D., Touzé, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D. C., & Elovich, R. (2007). Harm reduction theory: Users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. International Journal of Drug Policy, 18(2), 107-117. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.006
8. Ghiasi, M., Farahbakhsh, M., Hekmatpour, A. (2013). Assessment of harm reduction programs in behavioral health clinics (triangle) for covered veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 5 (3) : 1 -6. (In Persion)
9. Yarmohammadi-Vasel M, Bayat A, Tavakkoli M, Farhoudian A, Farhadi M H, Sharifi F. Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment on the Mental Health of Harm Reduction Services' Recipients in Drop-In Centers. jrehab. 2014; 14 (S1) :49-58. (In Persion)
10. Childs, E., Biello, K., Valente, P. K., Salhaney, P., Biancarelli, D. L., Olson, J., Earlywine, J. J,. Marshall, B. D. L,. Bazzi, A. R. (2021). Implementing harm reduction in non-urban communities affected by opioids and polysubstance use: a qualitative study exploring challenges and mitigating strategies. *International Journal of Drug Policy*. 90-103080. https ://doi.org/10.1016/ j.drugpo .2020.103080.
11. Roshanfekr, P., Farnia, M., & Dejman, M. (2013). The effectiveness of harm reduction programs in seven prisons of Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 42(12), 1430-1437. (In Persion)
12. Eshrati, B., Asl, R. T., Dell, C. A., Afshar, P., Millson, P. M., Kamali, M., & Weekes, J. (2008). Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices. *Harm Reduction Journal*, *5*(1), 21-31.
13. Sadeghi H, Habibi Z, Haghrangbar F, Madanipour K. The Effectiveness of Harm Reduction Programs on Reduce Crimes of Addicts Referred the Drop in Centers (DIC), Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012; 84: 496-500.
14. Radfar, S. R., Mohsenifar, S., & Noroozi, A. (2017). Integration of methamphetamine harm reduction into opioid harm reduction services in Iran: Preliminary results of a pilot study. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, *11*(2), 1-7. (In Persion)
15. Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, *25*(6), 611-624.
16. Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: A practice- friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(2), 201-214.
17. Chen, W.J., Chen, CY., Wu, SC. Wu, K.C.C, Jou, S,. Tung, Y.C. (2021). The impact of Taiwan's implementation of a nationwide harm reduction program in 2006 on the use of various illicit drugs: trend analysis of first-time offenders from 2001 to 2017. *Harm Reduction Journal*. 18, 117. https://doi.org/10.1186/s12954-021-00566-5
18. Mahdavi, P. (2009). Passionate uprisings: Iran's sexual revolution. Stanford University Press.
19. Tavakol, M., Naserirad, M., Avanessian, E., Anis, S., Abrahamian, H. Differential Quality Assessment of Harm Reduction Service in Drop-in Centers and Shelters: from expectations to perceptions. *Journal of Health Literacy*, 2016; 1(2): 118-128. doi: 10.22038/jhl.2016.10972
20. Bruggmann P, Grebely J. Prevention, treatment and care of hepatitis C virus infection among people who inject drugs International Journal of DrugPolicy 2015; 26: 22–26.
21. Ravaghi, H., Zandian, H., Afsar Kazerooni, P., Sabet, M., Mostafavi, H., Alipouri Sakha. M. (2017). Challenges and Successes of Harm Reduction Services in Drop-in Centers: Perspectives of Service Providers International Journal Of High Risk Behaviors And Addiction.;6(2): 29391. doi: 10.5812/ijhrba.29391.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]

Ali Ghaedniay Jahromi [1], Leili Panaghi* [2], Saeed Imani [3], Mahmood Heidari [4], Alireza Norouzi [5]

[1] PhD in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
[2] Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
[3] Assistant Professor, Counseling Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
[4] Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
[5] Assistant Professor of Psychiatry, National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Velenjak, Tehran, Iran.

09122185368
l.panaghi@gmail.com

The Structure And Psychometric Properties Of the Organizational Structure Assessment Questionnaire For Addiction Harm Reduction Centers

Received: 28 Jul 2022 ; Accepted: 14 Nov 2022

Abstract

Aim: The present research was conducted with the aim of developing a tool to evaluate the organizational structure of transit centers to reduce addiction harm.

Method: This research was created with the qualitative analysis method of the questionnaire, and the psychometric characteristics were investigated with the quantitative method of confirmatory factor analysis. The research community included experts and officials working in transition centers in ۲۰۱۹ and ۲۰۲۰. Sampling in the qualitative section continued until theoretical saturation, and in the quantitative section, 237 people were sampled. In the qualitative part of the interview method with experts and officials of transit centers and through content analysis, important indicators were identified and the tool was developed, and in the quantitative part, the validation of the tool was done through confirmatory factor analysis. The research tool in the qualitative part included a semi-structured interview, and in the quantitative part, the tool was made in the qualitative stage.

Results: a total of 10 themes in the qualitative section named founder, employees, supporting organization, physical environment, monitoring and supervision, training program, Out Reach team, statistics and information, performance and social and responsible support as The sub-codes of the organizational structure were obtained and finally led to the construction of a questionnaire with a main scale and 10 components and a total of 80 items. In the quantitative part, the results of confirmatory factor analysis indicated the fit of the model with the data (RMSEA=0.02 and Chi2/df=1.16).

Conclusion: The compiled questionnaire is a suitable tool for measuring the organizational structure of harm reduction in harm reduction transit centers, and therefore, this tool can be used on a wide level to measure the provision of transit center services.

Keywords: addiction harm reduction center, factor analysis, measurement tool, organizational structure

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.448]