

Preliminary Identification of Assessment Indicators in Transient Addiction Harm Reduction Centers: A Qualitative Study

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

1. PhD student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University. Tehran. Iran. Email: alighaednia@gmail.com
2. Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University. Tehran. Iran. Email: l.panaghi@gmail.com
3. Assistant Professor, Counseling Department, Shahid Beheshti University. Tehran. Iran. Email: s_imani@sbu.ac.ir
4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University. Tehran. Iran. Email: mahmood.heidari@gmail.com
5. Assistant Professor of Psychiatry, National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences. Tehran. Iran. Email: a_r_noroozi@yahoo.com

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

Email: l.panaghi@gmail.com

Abstract

Aim: This study aimed to identify the indicators for evaluating the quality of services of transit centers to reduce damage and to develop a tool to measure these indicators to provide an optimal model for improving services in these centers. **Methods:** This research was carried out using a qualitative and content analysis method. The statistical population included people associated with addiction harm reduction centers (including those referred to harm reduction centers and staff working in transit centers). Data were collected through purposive and available sampling and in-depth semi-structured interviews with 20 people. They were analyzed using a six-step content analysis method based on the six-step approach of Brown and Clark. **Results:** Analysis of participants' experiences led to identification of 2-main themes (services and organizational structure) and 15 sub-themes (syringe and needle program, HIV counseling and testing program, welfare services, low-threshold methadone maintenance treatment program, referral to levels Others became founders, staff, support organizations, physical environment, monitoring and supervision, training program, mobile relief team, statistics and information, performance, social and responsible support). **Conclusion:** The indicators obtained in the present study, which are based on the experience of employees, therapists and people who refer to harm reduction centers, can be used as an acceptable indicator in evaluating and monitoring the quality of service provided by these centers.

Keywords: Evaluation index, Drop-in center, Addiction, harm reduction

شناسایی مقدماتی شاخص‌های ارزیابی در مراکز گذری کاهش آسیب اعتیاد: یک مطالعه‌ی کیفی

علی قائدنیای جهرمی، لیلی پناغی*، سعید ایمانی، محمود حیدری، علیرضا نوروزی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی. تهران. ایران. ایمیل: alighaednia@gmail.com

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

l.panaghi@gmail.com

استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید بهشتی. تهران. ایران. ایمیل: s_imani@sbu.ac.ir

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی. تهران. ایران. ایمیل: mahmood.heidari@gmail.com

استادیار روان‌پزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران. ایران. ایمیل:

a_r_noroozi@yahoo.com

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی مقدماتی شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات مراکز گذری کاهش آسیب و تدوین ابزاری برای سنجش این شاخص‌ها جهت ارائه الگویی بهینه برای ارتقاء خدمات در این مراکز انجام گرفت. **روش:** این پژوهش با اتخاذ رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. جامعه آماری شامل افراد مرتبط با مراکز کاهش آسیب اعتیاد (شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز کاهش آسیب و کارکنان شاغل در مراکز گذری) بود که داده‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند و دردسترس و از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته عمیق با ۲۰ نفر گردآوری و با استفاده از روش تحلیل مضمون شش مرحله‌ای براون و کلارک تحلیل شدند. **یافته‌ها:** تحلیل تجارب شرکت‌کنندگان منجر به شناسایی ۲ مضمون اصلی (خدمات و ساختار سازمانی) و ۱۵ مضمون فرعی (برنامه سرنگ و سوزن، برنامه مشاوره و آزمایش HIV، ارائه خدمات رفاهی، برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین، ارجاع به سطوح دیگر، موسس، کارکنان، سازمان حمایت‌کننده، محیط فیزیکی، پایش و نظارت، برنامه آموزش، تیم امدادرسان سیار، آمار و اطلاعات، عملکرد، حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه) گردید. **نتیجه‌گیری:** شاخص‌های به دست آمده در بررسی حاضر که بر مبنای بر اساس تجربه‌ی کارکنان، درمانگران و افراد مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب به دست آمده می‌تواند به عنوان شاخصی قابل قبول در ارزیابی و پایش کیفیت ارائه خدمات این مراکز مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: شاخص ارزیابی، مرکز گذری، اعتیاد، کاهش آسیب

مقدمه:

هر ساله، بسیاری از افراد مصرف‌کننده مواد به واسطه پیامدهای مستقیم یا غیرمستقیم مصرف مواد جان خود را از دست می‌دهند (ابوصالح، ۲۰۰۶). مصرف مواد یک نگرانی جدی بالینی است که با هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فردی قابل توجهی همراه بوده و سطوح بالایی از رفتارهای خود آسیب‌رسان را به همراه دارد (گراتز و تول، ۲۰۱۰). ویزیت‌ها و بستری در بیمارستان مربوط به اختلال مصرف مواد به طور همزمان افزایش یافته است (سوئن، ماکان، اسنایدر، ۲۰۲۱). مصرف مواد به عنوان یک رفتار پرخطر، با کاهش طول عمر، حاملگی ناخواسته، خودکشی و خشونت در ارتباط بوده (راسخ و پناه‌زاده، ۱۳۹۱) 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 افزایش می‌دهد (دستجردی و همکاران، ۲۰۱۰).

در این راستا، در سرتاسر دنیا سیاست‌هایی به منظور کاهش آسیب‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد طراحی شده (مارلات و همکاران، ۲۰۱۲) و مراکزی نیز در راستای تحقق این سیاست‌ها و خدمت‌رسانی به افراد مصرف‌کننده مواد دایر گردیده است (مشکاتی و همکاران، ۱۳۸۹) که از جمله این مراکز می‌توان به مراکز گذری کاهش آسیب اعتیاد 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 (فریدمن، دی جونگ، روسی، توز، روک ول، دس جارلایس، ۲۰۰۷). 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 گروه‌های به شدت به حاشیه رانده شده می‌شوند (قیاسی، فرحبخش، حکمت پور، ۲۰۱۳). در ایران نیز مراکز DIC از سال ۱۳۸۵ آغاز به کار کرده‌اند، در این مراکز عموماً معتادان تزریقی سخت‌دسترس از یک محیط حمایتی بهره‌مند شده و به صورت رایگان از خدمات کاهش آسیب بهره‌مند می‌شوند.

خدمات کاهش آسیب نه تنها بر کاهش جرائم (صادقی و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش مقاربت جنسی، افزایش استفاده از کاندوم و کاهش رابطه جنسی محافظت‌نشده در میان مصرف‌کنندگان مواد (رادفر و همکاران، ۲۰۱۷) اثربخشی معنادار داشته، بلکه کارآمدی بالای راهبردهای مبتنی بر کاهش آسیب بر سیگار، مواد غیرقانونی و مشکلات مرتبط با آن‌ها شایان توجه بوده است (ریتر و کامرون، ۲۰۰۶). لوگان و مارلات (۲۰۱۰) نشان دادند برنامه‌های توزیع سرنگ و سوزن، برنامه‌ای

اثربخش، ایمن و مقرون به صرفه بوده و فاقد تأثیرات مخرب چشمگیری هستند. اجرای برنامه سرنگ و سوزن نه تنها یک اقدام موثر در جلوگیری از عفونت HIV و HCV است، بلکه یک راهبرد بهداشت عمومی مقرون به صرفه است (رویز، ۲۰۱۹؛ لوین، ۲۰۱۹). انتظار می‌رود این یافته‌های مقرون به صرفه به هر محیطی که به یک جمعیت در معرض خطر خدمت می‌کند ارائه شود (بارثولومو، پاتل و مک کولیستر، ۲۰۲۱). ادبیات قبلی نشان می‌دهد که بین ۳۵ تا ۴۷ درصد از افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند سرنگ مشترک و ۵۸ تا ۶۹ درصد تجهیزات تزریق مشترک دارند (مونوز، بورگوس، کوواس موتا، تشال، گارفین، ۲۰۱۵). هم‌راستا با این مطالعات، پژوهش‌های صورت گرفته در ایران نیز مؤید تأثیرات مثبت برنامه‌های کاهش آسیب هستند، به طوری که برخی شواهد حاکی از اثربخشی این برنامه‌ها در کاهش نگرش منفی نسبت به اعتیاد (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۱) در کاهش میزان مصرف مواد در محیط‌های پرخطری نظیر زندان‌ها (روشن فکر و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش انتقال HIV و سایر رفتارهای پرخطر در زندانبانان دارند (عشرتی و همکاران، ۲۰۰۸). چن، چن و یو (۲۰۲۱) 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) دارد و کاهش مصرف هروئین را در بررسی سال‌های 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 (مهدوی، ۲۰۰۹). با وجود شواهد، تلاش‌ها برای اجرای راهبردهای کاهش آسیب با چالش‌هایی روبرو شده است. پژوهش مهدوی (۲۰۰۹) نارضایتی مراجعان از خدمات ارائه شده در مراکز DIC را نشان داد. یک مطالعه در روسیه چالش‌های عمده‌ای را در ارائه خدمات برای کسانی که مواد مصرف می‌کنند (PWUD)، از جمله کمبود منابع، برنامه‌های توانبخشی و حمایت اجتماعی گزارش کرد (بوبروا، روغنیکو، نیفلد، آرهودس، آلكورن، کریچنکو، ۲۰۰۸). مطالعه دیگری بر روی ارائه دهندگان خدمات در کانادا، موانع بالقوه برای اجرای راهبردهای کاهش آسیب، از جمله کمبود کارکنان و بودجه، و همچنین مقاومت پیش‌بینی شده کارکنان را شناسایی کرد (هابدن و کونین قام، ۲۰۰۶).

اگر چه برنامه‌های مبتنی بر کاهش آسیب و خدمات ارائه شده در مراکز گذری در کاستن از مشکلات مرتبط با مصرف مواد تاثیر گذار بوده‌اند (روشنفکر، فرنیا و دژمان، ۲۰۱۳)، با اینحال

¹ People who inject drugs

² People who use drugs

مدیریت ناکارآمد و مشکلاتی در زمینه نظارت باعث شده است که بخش قابل توجهی از ظرفیت این مراکز بدون استفاده مانده یا استفاده اثربخشی از آنها نشود؛ این در حالی است که بیماران زیادی از افشار 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 PWUD، به‌ویژه در کودکان و زنان و ضعف کمی و کیفی مداخلات حمایتی، عدم تمایل بخش غیردولتی به تأسیس مراکزگذری 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 (توکل و همکاران، ۱۳۹۴). با وجود چنین محدودیت‌هایی، بهبود خدمات کاهش آسیب در مراکزگذری لازم است که گام اول در چنین فرآیندی، ارزیابی کیفیت فعلی ارائه خدمات در این مراکز است (بروگمن و گرلی، ۲۰۱۵). این کیفیت‌سنجی نه تنها چگونگی اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد، بلکه نارسایی‌های برنامه را نیز مشخص می‌سازد و به این 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 کسانی که مواد مصرف می‌کنند می‌تواند زمینه را برای ارائه خدمات مطلوب‌تر به این قشر آسیب‌پذیر فراهم سازد و به تقویت عملکرد مراکزگذری کاهش آسیب کمک نماید. بر این اساس و نظر به عدم وجود مطالعه‌ای در حوزه کیفیت‌سنجی خدمات کاهش آسیب اعتیاد در مراکز گذری کشور، مطالعه حاضر با هدف استخراج شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات مراکز گذری کاهش آسیب اعتیاد انجام شد.

روش:

پژوهش حاضر به روش کیفی^۱ و با رویکرد تحلیل مضمون^۲ انجام شد. تحلیل مضمون روشی برای شناسایی، آنالیز و گزارش مضمون‌ها در بین اطلاعات است. یک مضمون، بیانگر محتوایی مهم درباره‌ی اطلاعات است که با سوال پژوهش مرتبط است و پاسخ‌ها و معانی را در الگوهای مشخص سطح بندی می‌کند (مرجع تحقیقات کیفی در روانشناسی، ۲۰۱۷). تحلیل مضمون عبارت است از عمل کدگذاری و تحلیل داده‌ها با این هدف که مشخص شود داده‌ها چه می‌گویند. این نوع تحلیل به دنبال الگویابی در داده‌هاست. زمانی که الگویی از داده‌ها به دست آمد، باید حمایت موضوعی از آن صورت گیرد. به عبارتی، تم‌ها از داده‌ها نشأت می‌گیرند (طیبی و ابوالحسنی، ۱۳۹۸).

¹ Qualitative

² Thematic Analysis

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

ملاک‌های ورود عمومی به این پژوهش عبارت بودند از:

۱. دامنه سنی بالای ۱۸ سال

۲. دارای سواد خواندن و نوشتن

ملاک‌های ورود اختصاصی مراجعه‌کنندگان به مراکز کاهش آسیب:

۳. لزوم مراجعه مستمر حداقل ماهی یک بار به مراکز گذری به مدت حداقل ۱ سال

ملاک‌های ورود اختصاصی کارکنان مراکز گذری

۴. سابقه مدیریت حداقل یک سال یا فعالیت حداقل دو سال در مراکز کاهش آسیب اعتیاد

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 مصاحبه‌ی 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. به منظور تدوین عبارت‌های مورد نیاز برای انجام مصاحبه با نمونه‌ی مورد نظر از سوالات اصلی پژوهش و مرور متون 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 کد عددی به جای نام شرکت‌کنندگان جهت معرفی آن‌ها و حق انصراف از ادامه‌ی پژوهش و حذف کردن مصاحبه‌های ضبط‌شده. مصاحبه‌های ضبط‌شده، بر روی کاغذ پیاده شد و مورد تحلیل مضمونی قرار گرفت. بدین ترتیب که ابتدا متن هر مصاحبه به عنوان یک کل مورد توجه قرار گرفت و معنی بنیادی یا مفهوم عمده متن به عنوان یک کل در یک یا چند بند توصیف شد. پس از آن، متن هر مصاحبه چندین بار خوانده شد و جملاتی که به نظر می‌رسیدند به پدیده‌ی توصیف‌شده مربوط هستند انتخاب و برجسته‌سازی شدند. طبقات اولیه طراحی و مضامین در آن طبقات قرار گرفتند و با تغییر و جابجایی مضامین،

تلفیق مضامین مشترک و دارای همپوشانی و حذف مضامین نامربوط، مضامین اساسی مشترک پدیدار شد. در مرحله‌ی تحلیل مضمونی داده‌ها ۱۴۷ مضمون اولیه استخراج شد. در مراحل بعدی با حذف مضامین مشابه و تکراری، ۲ مضمون اصلی و ۱۵ زیرمضمون به دست آمد. برای سنجش اعتبار، روش اعتبار نهایی کولیزی (۱۹۷۸) استفاده شد. بدین منظور یافته‌های پژوهش بعد از پیاده کردن و کدگذاری مصاحبه‌ها، آنها را در اختیار مصاحبه شوندگان قرار داده می‌شد تا صحت برداشت‌ها واریسی 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 می‌شود یا خیر؟ براساس بازخورد مشارکت کنندگان، کدگذاری‌ها اصلاح و تکمیل می‌شدند. در زمینه پایایی نیز در پژوهش حاضر، کدگذاری مجدد برای سنجش قابلیت اطمینان کدگذاری استفاده شده‌است.

جدول ۱: شرکت کنندگان در پژوهش

نقش در مراکز	میزان سابقه فعالیت و ارتباط با مراکز	جنسیت	سن	کُد شرکت کننده
موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب	۱۱	زن	۳۷	۱
کارشناس مسئول اعتیاد، پیشگیر و ناظر مراکز	۱۷	مرد	۴۹	۲
خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار	۱۳	مرد	۴۱	۳
خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار	۶	مرد	۳۲	۴
کارشناس مسئول اعتیاد، پیشگیر و ناظر مراکز	۶	زن	۳۶	۵
مسئول برنامه کاهش آسیب و روانشناس	۳	مرد	۲۴	۶
مدیریت و روانشناس مرکز کاهش آسیب	۶	زن	۲۹	۷
مدیریت و روانشناس مرکز کاهش آسیب	۵	زن	۲۷	۸
موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب	۳	مرد	۳۱	۹
خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار	۴	مرد	۳۰	۱۰
موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب	۶	مرد	۳۲	۱۱
موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب	۲	مرد	۳۳	۱۲
مسئول برنامه کاهش آسیب و روانشناس	۳	زن	۲۸	۱۳
مدیریت، مسئول برنامه کاهش آسیب، متصدی، مددکاری	۱۴	زن	۴۱	۱۴
مسئول برنامه کاهش آسیب، متصدی، مددکاری	۷	زن	۳۴	۱۵
موسس و مدیریت مرکز کاهش آسیب	۹	زن	۲۹	۱۶
خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار	۵	مرد	۳۱	۱۷

کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز	۹	مرد	۴۳	۱۸
کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز	۵	زن	۲۷	۱۹
خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار	۴	مرد	۳۳	۲۰

یافته‌ها:

تحلیل تجارب شرکت‌کنندگان درباره‌ی مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد، منجر به شناسایی ۲ مضمون اصلی و ۱۵ مضمون فرعی گردید که در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: روند تحلیل محتوای مصاحبه‌ها به صورت خلاصه مضمون اصلی خدمات

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد
کیفیت خدمات ارائه شده	برنامه سرنگ و سوزن	هزینه‌های برنامه سرنگ و سوزن
		هماهنگی بین برنامه سرنگ و سوزن و برنامه متادون
		شفافیت در ارائه گزارش
		وجود طرح گلوبال فاند برای تامین هزینه‌های سرنگ و سوزن
		وجود فضایی برای تزریق ایمن زیر نظر مرکز
	برنامه مشاوره و آزمایش HIV	وجود ابزارهای تشخیصی
		استفاده از مشاور با تجربه و متخصص
		دسترسی به آموزش
		ارجاع و پیگیری به مراحل درمانی بالاتر
	ارائه خدمات رفاهی	نظارت در فرایند مشاوره و آزمایش HIV در تیم سیار
		استفاده از ظرفیت خیرین و NGO ها
		مدت زمان محدود مراکز در ارائه خدمات
	برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین	وجود مکان‌های بزرگتر برای استراحت
		کیفیت تغذیه
		انجام دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها
پوشش این برنامه برای مصرف‌کنندگان مواد محرک		
مصرف همزمان متادون با مواد دیگر		
ارجاع به سطوح دیگر	زمان کافی در برنامه MMT	
	قیمت مناسب و ثابت نرخ دارو	
	حمایت بیمه‌های پایه	
	سیکل ارجاع معیوب	
	وجود مددکاری اجتماعی در مرکز	
	هماهنگی بین سازمان‌های متولی	

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد	
ساختار سازمانی	موسس	توجه به تجربه کاری و سابقه	
		وجود ملاک‌های شخصیتی برای دادن مجوز	
		عدم توجه به پایین بودن مبلغ قرارداد	
	کارکنان	توجه به مسائل مالی و انگیزشی کارمندان، تعیین حقوق معین و بیمه	توجه به صلاحیت‌های فردی و تجربی در پرسنل
		وظائف متعدد و کمبود نیروی انسانی	ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی بدو یا ضمن خدمت
		لزوم حضور مددکار اجتماعی	نداشتن امنیت شغلی و تهیه قراردادهای برنامه‌های بلندمدت
		نیود همکاری سازمان‌های متولی	تامین همکاران سازمان‌های متولی
	محیط فیزیکی	تامین بموقع بودجه	داشتن حیاط برای مراکز
		عدم جابه‌جایی محیط فیزیکی مرکز	جداسازی مراکز درمان از بافت مسکونی
		نظارت ناکافی	دستورالعمل‌های غیر منعطف
	پایش و نظارت	استفاده از پایشرگ مسلط و دغدغه‌مند به حوزه درمان اعتیاد	عدم توجه به نقاط قوت مراکز
		صلاحیت آموزش دهنده	صلاحیت آموزش دهنده
		تامین فضای فیزیکی مناسب برای آموزش و درمان	به روز نبودن اطلاعات پرسنل برای آموزش و آموزش‌های مستمر برای پرسنل و تیم درمان
	برنامه آموزش	عدم انگیزه آموزش گیرنده	لزوم تنوع بخشی و کیفیت بخشی به آموزش
		تیم متعهد و بومی منطقه و دسترسی دائمی بیماران به تیم درمان	جاد تیم سیار مستقل بدون وابستگی به مرکز گذری
		لزوم واقع بینی در معیارها و استانداردها	لزوم اصلاح آمار بر اساس هر منطقه و توجه به آمار واقعی
	تیم Out Reach	زمان بر بودن سیستم‌های آماری	اهتمام در وظایف و مأموریت‌های مراکز مختلف
		توجه مراکز به برنامه درمان نگه دارنده تا کاهش آسیب	فقدان ارتباط بین سازمان‌ها
		ارائه خدمات درمانی و توانبخشی متمرکز	آموزش مهارت‌های شغلی به بیمار
	آمار و اطلاعات	اصلاح نگاه اجتماعی و مسئولان نسبت به بیماران	
		عملکرد	
		حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه	

جدول ۳: روند تحلیل محتوای مصاحبه‌ها به صورت خلاصه مضمون اصلی ساختار سازمانی

۱. خدمات

نخستین مضمون اصلی در پژوهش حاضر "خدمات" است که به نحوه ارائه خدمات کاهش آسیب اعتیاد در مراکز گذری اشاره دارد، که از جمع‌بندی ۵ مضمون فرعی و ۲۳ موضوع ذیل آن حاصل شده است.

۱-۱ برنامه سرنگ و سوزن: برنامه سرنگ و سوزن شامل برنامه‌های تحویل و تعویض سرنگ و سوزن، مراقبت از زخم و ارائه خدمات بهداشتی اولیه به همراه مشاوره و آموزش توسط پرسنل بهداشتی، گروه هم‌تایان و سایر داوطلبان به PWID می‌باشد.

۱-۱-۱ شفافیت در ارائه گزارش: با توجه به تغییر نحوه مصرف مواد و کاهش مراجعین تزریقی، رسیدن به شاخص اعلامی حداکثر ظرفیت تزریقی امکان‌پذیر نیست، "اگر طبق اون چیزی که واقعا میان تو مرکز مون بخوایم آمار رد کنیم تعداد معتادان تزریقی مون خیلی کمه ولی ما مجبوریم تعداد تزریقی‌ها رو خیلی بیشتر بزنیم" (فرد ۱۱)،

۱-۱-۲ افزایش هزینه‌های اجرای برنامه سرنگ و سوزن: گران شدن وسایل برنامه سرنگ و سوزن ارائه خدمات را با مشکل مواجه کرده است. "باتوجه به تورمی که در زمینه خدمات سرنگ و سوزن و کاندوم و سایر ملزومات اون وجود داره واقعا یکی از بزرگترین مشکلات ما هم بحث مالیه که در بسیاری از مواقع بامیزان ارائه خدماتی خواسته شده از ما در این زمینه همخوانی نداره و این بزرگترین مشکل منسه" (فرد ۹). "بیست درصد پولو پونزده درصد پولو خودشون مستقیما از کارخانه جات، سرنگ و سوزن و کاندوم بخردن و در اختیار مراکز بذارند" (فرد ۸)

۱-۱-۳ ناهماهنگی بین برنامه سرنگ و سوزن و برنامه متادون: تداخل برنامه‌های کاهش آسیب منجر به سردرگمی مجریان شده است. "شکافی که در برنامه سرنگ و سوزن و واحد آگونیسست وجود دارد این است که کسانی که ۸۰ درصد افرادی که آگونیسست دریافت می‌کنند تزریقی باشند و از طرفی این افراد دیگر اجازه دریافت سرنگ و سوزن ندارند که در عمل این امر ناشدنی ایست" (فرد ۱۶)،

۱-۱-۴ اجرای طرح گلوبال فاند برای تامین و پوشش هزینه‌های سرنگ و سوزن: طرح گلوبال فاند تامین‌کننده وسایل برنامه سرنگ و سوزن توسط سازمان‌های بین‌المللی است، که می‌تواند هزینه‌های مراکز را کاهش دهد.

۱-۱-۵ ایجاد فضایی برای تزریق ایمن زیر نظر مرکز: "گفتم که بهبودش اینه که به نفر موقع تزریق یا موقع استفاده اونجا باشه که طرف بتونه نحوه صحیحش رو استفاده کنه و از کسی نگیره" (فرد ۴)

۱-۲ برنامه مشاوره و آزمایش HIV: شامل مشاوره و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش HIV و سایر عفونت‌های منتقله از طریق تزریق و رفتار جنسی پرخطر می‌باشد.

۱-۲-۱ محدودیت در ابزارهای تشخیصی: کیت‌های تشخیصی HIV، به میزان کافی در اختیار مراکز قرار نمی‌گیرد. "در حال حاضر به تعداد محدودی کیت تشخیصی از طرف مرکز بهداشت در اختیار مرکز قرار داده شده است" (فرد ۱۵)

۱-۲-۲ استفاده از مشاور با تجربه و متخصص: در صورت مثبت بودن آزمایش HIV، نیازمند ارائه مشاوره تخصصی به مددجویان است، که در بسیاری از مواقع این مشاوره تخصصی انجام نمی‌شود و منجر به آسیب بیشتر به مدجو می‌گردد. "اگرچه حتی این مشاوره‌ها رو هم بتونن از بیرون انجام بدن چون خیلی نیازه که دوره دیده باشن تا بتونن آزمایش HIV بگیرند و مشاوره بدن اگه از بیرون کسی بتونه بیاد شاید خیلی بهتر باشه" (فرد ۷)

۱-۲-۳ عدم دسترسی به آموزش: آموزش کافی و در دسترس برای پرسنل در مواجهه با نتایج مثبت آزمایش در اختیار نیست، "در زمینه آموزش‌های لازم کتابچه‌های مدونی در اختیار پرسنل نیست و پرسنل خود آموزش کافی ندیده‌اند" (فرد ۱۴)

۱-۲-۴ عدم ارجاع و پیگیری به مراحل درمانی بالاتر: اصلی‌ترین هدف آزمایش HIV، پیگیری مراحل درمان فرد مبتلا است، که بعضاً ارجاع به کلینیک‌های مثلثی مشکل می‌باشد. "ارجاع افراد تست مثبت به مرکز بهداشت یه ذره مشکله بخاطر اینکه این بچه‌ها اصلاً نمیرند یعنی ما وظیفه مون در این حده که نامه بزنیم و اینا رو ارجاع بدیم" (فرد ۹)

۱-۲-۵ لزوم نظارت در فرایند مشاوره و آزمایش HIV در تیم سیار: تیم سیار از افراد با تحصیلات پایین و گروه همسان تشکیل شده است، که نیازمند آموزش و نظارت کافی بر آزمایش و مشاوره "بعضی جاها خوب انجام نمیشد یعنی مثلاً یا وقت برای مشاوره نمیداشتن یا وقتی تست انجام میدن راه میوفتادن میرفتن تا به پاتوق بعدی برسند نتیجه تست رو میخوندن که استاندارد ها رعایت نمیشد می‌گفتیم باید وایستن بیست دقیقه انجام بشه و بخونن نتیجه تست رو و بعد راه بیوفتن، یعنی بهتر انجام بدن تست رو که نه مثبت کاذب داشته باشیم نه منفی کاذب" (فرد ۳)

۱-۳ ارائه خدمات رفاهی: ارائه غذای گرم، تامین فضای استراحت، استحمام، پانسمان زخم جز خدمات رفاهی مراکز است.

۱-۳-۱ مدت زمان محدود ارائه خدمات: ساعت فعالیت مراکز گذری محدود به ۶ ساعت فعالیت در روز می‌باشد، و مددجویان مجدداً برای دریافت خدمات رفاهی دچار مشکل هستند.

۱-۳-۲ تهیه فضای مناسب برای استراحت: بر اساس دستور العمل حداقل فضای مراکز ۷۰ متر می‌باشد، که با توجه به حجم مددجو استراحت در این میزان فضا غیرممکن است.

۱-۳-۳ استفاده از ظرفیت خیرین و NGO ها: خیرین حلقه مفقوده مراکز کاهش آسیب است، ارتباط با خیرین بسیاری از هزینه‌های مراکز را کاهش می‌دهد. "مثلاً خودمون گاهی با ارتباطی که با NGO ها گرفتیم، تونستیم لباس و غذای گرم برای مددجوها تهیه کنیم، ما از طریق به صورت کاملاً شخصی رفتیم با اونها ارتباط گرفتیم، و این تونسته کمک کار مراکز کاهش آسیب باشه" (فرد ۱۲)

۱-۳-۴ توجه به کیفیت تغذیه: کیفیت غذا و تنوع غذا و خدمات رفاهی منجر به انگیزه مراجعین برای مراجعه به مراکز می‌گردد. "خیلی نیازه که تغذیه‌اشون مناسبتر باشه، میوه و میان وعده هم

که اصلاً ندارند یعنی چیزهایی که باعث بشه سیستم ایمنی بدن اینا قوی بشه، غذای مناسب رو نمیتونیم به خاطر کمبود بودجه به بچه ها بدم" (فرد ۱۱).

۱-۴ برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین: این درمان امکان دوری از مواد غیرقانونی را برای بیمار نیاز به تزریق را ایجاد می‌کند و در عین حال مصرف منظم و درازمدت متادون خود از عود مجدد مصرف غیرقانونی پیشگیری می‌کند. به دنبال این درمان دارویی عموماً وضعیت روانی و جسمانی بیمار بهبود می‌یابد.

۱-۴-۱ انجام نادرست دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها: امکان رعایت دستورالعمل‌های برنامه درمان نگهدارنده با متادون به خصوص ارائه دارو به صورت روزانه، و ارائه دارو به میزان مورد نیاز مراجع به علت عدم همراهی امکان پذیر نمی‌باشد.

"میگن میانگین بیشتر از بیست سی سی به شما نمیدیم خودتون یه جوری هندل کنید که بیشتر از بیست سی سی نباشه، ولی پروتکل اینو نمیگه، بلکه میگه هرچقدر مثلا صد سی سی هم خواست بهش بدین" (فرد ۱۶).

۱-۴-۲ عدم پوشش این برنامه برای مصرف مواد محرک: برنامه درمان نگهدارنده برای درمان مصرف‌کنندگان مواد افیونی می‌باشد، در صورتی که مددجویان مراکز اکثراً چند ماده را مصرف می‌کنند، و نمی‌تواند جایگزین مواد محرک گردد "عدم پوشش این برنامه برای مصرف مواد محرک برای مصرف محرک‌ها این برنامه جواب نمیدهد و افراد معتاد به مصرف محرک ادامه می‌دهند." (فرد ۱۷).

۱-۴-۳ مصرف همزمان متادون با مواد دیگر: در صورتی که داروی ارائه شده به مددجویان باید جایگزین مواد مصرفی بیمار باشد، کم بودن این میزان می‌تواند منجر به مصرف همزمان دارو با مواد باشد. "بحث متادون هم به نظر من باید میزان متادون کم نباشه واقعا که مرکز محدودیت داشته باشه و متادون کم بده به مریضا و اونا برونند برا جبران اینکه تکمیل کنند دز مصرفشون رو برونند مواد بکشند" (فرد ۶).

۱-۴-۴ فرصت محدود برنامه MMT: مدت زمان ارائه خدمات در واحد MMT، ۴ ساعت می‌باشد، که با توجه به حضور ۱۰۰ بیمار، نیازمند بازنگری در این مدت می‌باشد.

۱-۴-۵ افزایش قیمت دارو و ثابت بودن نرخ دارو: تعرفه ارائه دارو به مددجویان به صورت ماهیانه چهل هزار تومان می‌باشد که با توجه به افزایش هزینه‌های حضور پزشک، قیمت خرید دارو، نیاز به بازنگری در نرخ ارائه این خدمت می‌باشد. "چون تعرفه اش چندین ساله ثابت شده همون چهل هزار تومن هست و از یه طرف هم پول دارو خیلی نسبت به سه چهار سال گذشته گرون شده و هم پزشک‌هایی که مراکز میرن مبلغ بیشتری میگیرن قبلا این برنامه سود ده بود و یه تشویقی بود برا مراکز کاهش آسیب، الان اگه بخوان خوب عمل کنن و دز خوب بدهند یه مقدار برنامه زیان ده هست" (فرد ۵).

۶-۴-۱ عدم حمایت بیمه‌های پایه: حمایت بیمه‌های پایه در پرداخت هزینه داروی بیماران مراکز کاهش آسیب می‌تواند هزینه‌های مددجویان را پوشش دهد.

۵-۱ ارجاع به سطوح دیگر: ارجاع به سطوح دیگر از جمله ارجاع به مراکز بهداشتی و کلینیک‌های مثلثی برای انجام آزمایش بیماری‌های رفتاری، ارجاع به مراکز درمان نگهدارنده متادون و ارجاع به مراکز اقامتی است.

۱-۵-۱ سیکل ارجاع معیوب: عدم هماهنگی و سازمان یافتگی فرایند ارجاع به سطوح بالاتر فرایند خدمت‌رسانی را مختل می‌کند، از طرفی مدت زمان استفاده از واحد درمان نگه دارنده در مرکزگذری برای هر مددجو شش ماه است، و بعد از شش ماه باید به مراکز دولتی ارجاع داده شود، و نبود مراکز دولتی منجر به ایراد این سیستم می‌گردد. "حلی مشکلات در زمینه ارجاع داده، هیچ‌جا مددجویان DIC رو اصلا قبول نمی‌کنند اگر هم قبول بکنند با کلی داستان و نامه نگاری و به این و اون زنگ بزن و از این حرفا" (فرد ۱۵). "ارجاع دادن‌ها به صورت ضابطه‌ای نیست" (فرد ۱۸).

۲-۵-۱ نیاز به توجه به نقش مددکاری اجتماعی: وظایفی که در مراکزگذری وجود دارد، با حضور مددکار اجتماعی قابل پیگیری است، و در دستورالعمل هیچ اشاره‌ای به حضور این تخصص نگردیده است. "این‌ها عملاً وظایف بخش مددکارانه است که بتونه پیگیری کنه که این فرد رفت یا نرفت؟ زندانه؟ برن کار زندانش رو پیگیری کنند، به نظر شما واحد مددکار داخل مراکز نیازه یا نه؟ یعنی بعضاً حتی از واحد روانشناسی هم بهتر میتونه کاربرد داشته باشه داخل مراکز" (فرد ۱۴).

۳-۵-۱ ضرورت هماهنگی بین سازمان‌های متولی: عدم ارتباط بین سازمان‌های همکار در این مورد، فعالیت مراکزگذری در زمینه ارجاع را با آسیب مواجه می‌کند. "در رابطه با نظام ارجاع، ارجاع پزشک متخصص یا بیمارستان و نهادهای حمایتی و دندانپزشکی باید قبلاً توسط مراجع حمایت کننده تعیین و مشخص شده باشه که پس از ارجاع بیمار، پذیرش که میشه حداقل درمان بشه و مشکلیش تا حدودی حل بشه نه اینکه صرفاً ما ارجاع بدیم فلان بیمارستان که ایشون نداره خب اینکه درست نیست" (فرد ۶).

دومین مضمون اصلی در پژوهش حاضر "ساختار سازمانی" است که به نحوه ارائه خدمات کاهش آسیب اعتیاد در مراکزگذری اشاره دارد، که از جمع‌بندی ۱۰ مضمون فرعی و ۳۴ موضوع ذیل آن حاصل شده است.

۲. ساختار سازمانی:

۲-۱-۱ موسس: فردی حقیقی یا حقوقی است که در راه اندازی مرکز کاهش آسیب اعتیاد و مدیریت آن نقش دارد. توجه به ویژگی‌های شخصیتی و تجربه کاری موسس می تواند منجر به ایجاد کیفیت بهتر گردد.

۲-۱-۲ توجه به تجربه کاری و سابقه: تجربه کاری در مراکز و آشنایی با چالش‌های مراکز کاهش آسیب جزء نیازهای ضروری موسس است. "موسس هرچی تجربه موسس تو این کار بیشتر باشه، بهتر میتونه شرایط رو مدیریت کنه" (فرد ۲).

۲-۱-۳ توجه به ملاک‌های متعدد شخصیتی برای دادن مجوز: فضای کاری مراکز کاهش آسیب با سایر فعالیت‌های اعتیاد متفاوت است، داشتن روحیه همکاری، مسئولیت پذیری، تعهد و علاقه می تواند چالش‌های مراکز را رفع نماید. "دنیای یه مددکار با دنیای یه پرستار، زمین تا آسمون فرق میکنه، معمولا فقط همین مدرک رو داشته باشی قبول میکنن، و هزینه که کمترین بزنی، در حالی که بهتره از این افراد یه آزمون تاب آوری بگیریم، یه آزمون صبر بگیریم، یه میل به خدمت بگیرن، یه مصاحبه بشه با افرادی که قراره به خدمت گرفته بشن، و فقط صرف اینکه فقط فردی با این مدرک در مناقصه شرکت کنه نباشه" (فرد ۱۵).

۲-۱-۴ بی توجهی به مبلغ قرارداد: با توجه به برگزاری استعلام بهاء، اولویت ارائه خدمات با نرخ پایین اعلامی می باشد، که ارائه خدمت عملا با مشکل مواجه می شود.

۲-۲ کارکنان مرکز گذری کاهش آسیب، خط مقدم توجه به بیماران و مشکلات آنان هستند، و در انتخاب آنان ملاک‌های زیر را اعلام کردند.

۲-۲-۱ توجه به مسائل مالی و انگیزشی کارمندان، تعیین حقوق معین و بیمه: با توجه به اعلام نرخ‌های پایین و سختی کار، توجه به مسائل مالی کارکنان در اولویت قرار نمی گیرد.

۲-۲-۲ توجه به صلاحیت‌های فردی و تجربی در انتخاب پرسنل: فضای کاری مراکز کاهش آسیب با سایر فعالیت‌های اعتیاد متفاوت است، داشتن روحیه همکاری، مسئولیت پذیری، تعهد و علاقه می تواند چالش‌های مراکز را رفع نماید. "باید از افرادی استفاده کنیم که تو این زمینه تخصص داشته باشند، آموزش‌های لازم رو دیده باشند، حداقل سابقه کاری تو این زمینه رو داشته باشند" (فرد ۵).

۲-۲-۳ وظایف متعدد و کمبود نیروی انسانی: تعداد نیروی انسانی در نظر گرفته شده در دستورالعمل به علت مسائل مالی و شرح وظایف افراد شفاف نیست "اصلا روانشناس فرصت نمی کرد واقعا بخواد آموزش بده، دارو دادن بود، نظارت رو دارو بود، جمع بندی آمارها بود و این بحث وارد کردن دارو خیلی مشکل درست شده بود" (فرد ۱۷).

۲-۲-۴ ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی بدو یا ضمن خدمت: آموزش نحوه برخورد با مددجو، آموزش مشاوره با آزمایش و ... ، برای شروع به کار در مرکز لازم است. "برای پرسنل آموزش در بدو خدمت گذاشته بشه، و توضیحات لازم در خصوص این مراکز داده بشه، و به نظر میرسه

باید حداقل در مراکز ترک اعتیاد کار کرده باشن و بعد بیان دی آی سی، دی آی سی خط مقدم نه اینکه بیان تازه شروع کنه" (فرد ۱۰).

۲-۵-۲ لزوم حضور مددکار اجتماعی: مددکاری اجتماعی بسیاری از مسائل اجتماعی مددجویان را پیگیری و به نتیجه می‌رساند، اضافه شدن مددکار به دستورالعمل می‌تواند مسائل اجتماعی و حمایتی مددجویان را پوشش دهد.

۲-۳ سازمان حمایت کننده به عنوان متولی کاهش آسیب در صورت حمایت و نظارت کافی می‌تواند نقش موثری در کاهش آسیب و افزایش بهره‌وری مراکز گردد.

۲-۳-۱ نداشتن امنیت شغلی و تهیه قراردادهای بلندمدت: نبود قرارداد بلند مدت این مسئله را ایجاد می‌کند که بعد از یک سال ارائه خدمات با تغییر محل، پرسنل و ... خدمت‌رسانی را مختل می‌نماید. "اصلا به نظر من حمایت نمیکنن الان تهران قراردادهاش سه ساله اس خب چرا ما نباید سه ساله باشیم، کسی که سال خیالش راحت‌تره مرکز برا اونه ببخشید خیلی از همکارا رو دیدم تمرکزش رو بخور و برم نیست همه الان به این فکر میکنن که شاید دو په چهار ماهه دیگه نباشم" (فرد ۱).

۲-۳-۲ نبود همکاری سازمان‌های متولی: سازمان‌های مرتبط با درمان اعتیاد به صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند و بعضا در تناقض و تضاد با یکدیگر می‌باشند. "سازمان‌ها باید با همدیگه هماهنگ بشن که نمیشن" (فرد ۳). "عدم هماهنگی ارگان‌ها با هم، مثلا نیروی انتظامی طرح میذاره واسه خودش جمع می‌کنه، شهرداری طرح میذاره واسه خودش جمع میکنه، خرید و فروش مریض با کمپ‌ها وجود داره، حالا من اسم ارگان مربوطه را نمیبرم، چون ممکنه مشکل قانونی داشته باشه" (فرد ۷).

۲-۳-۳ تامین بموقع بودجه: بودجه مراکز بر اساس قرارداد به موقع واریز نمی‌شود، و با توجه به هزینه‌ها، از لحاظ ارائه خدمات مشکل ایجاد می‌کند. "الان ما هشت ماهه پول نگرفتیم یک نفر نیامد به ما بگه این هشت ماهه چجوری به پرسنلت حقوق دادی اصلا حقوق دادی، این میشه رضایت کاری بعد توقع چه کاری دارید" (فرد ۷).

۲-۴ محیط فیزیکی مراکز گذری بر اساس پروتکل اعلامی حداقل ۷۰ متر و دارای دو اتاق باشد، اما مشارکت کنندگان توجه به محیط فیزیکی برای مراجعه این تعداد مددجو به صورت روزانه را ضروری بیان کردند.

۲-۴-۱ داشتن حیاط برای مراکز: وجود حیاط در مراکز برای استفاده مددجویان نسبت به فضای بسته بسیار مهم است. "به نظر من باید اجبار کنند فضای مرکز حیاط دار باشه" (فرد ۳). برای بچه‌ها باید یه جایی باشه که بتونند لباسشون رو بشورند و خشک کنند و لباس مرتب داشته باشند که بتونند عوض کنند، اینطوری هم تاثیرش تو جامعه بهتره" (فرد ۴).

۲-۴-۲ عدم جابه‌جایی محیط فیزیکی مرکز: تغییر محیط فیزیکی مرکز به صورت سالانه، جایابی مددجویان را دچار مشکل می‌کند. "خود دولت اقدام بکنه یعنی موقعی که یک منطقه پرخطر شناسایی شده و این منطقه ممکنه که تا سالیان سال منطقه پرخطر باشه برای همین خود دولت یک قسمتی رو مشخص بکنه که نه زیاد داخل محیط زندگی مردم باشه و نه زیاد دور باشه" (فرد ۹).

۲-۴-۳ جداسازی مراکز درمان از بافت مسکونی: ارتباط مددجویان با بافت مسکونی منجر به ایجاد ناراحتی ساکنین در منطقه می‌گردد. "اگر که بشه یه جایی باشه که دور از منازل مسکونی باشه چون ما خیلی مشکل داریم با این قضیه، هم تو مرکز ویره و هم تو شمشیریه خیلی مشکلاتی هست، هر دقیقه یه مغازه داری میاد، یه همسایه ای میاد، یه کسی میاد مخصوصا تو ویره که ته خیابون بود همش میومدن میگفتن که زن و بچه ما نمیتونند بروند بیرون و از اینجور حرفه" (فرد ۱۴).

۲-۵-۲ پایش و نظارت: پایش بر عملکرد کمی و کیفی مراکز جهت ارزیابی فعالیت‌های مراکز و دستور پرداخت مطالبات انجام می‌شود و نظارت مستمر بر مراکز کاهش آسیب منجر به ارتقای عملکرد مراکز می‌گردد.

۲-۵-۱-۱ نظارت ناکافی: کم بودن نظارت‌ها به صورت کمی و کیفی، منجر به اختلال در عملکرد می‌شود. "اون تایمی که برای پایش میذارند خیلی محدوده و خیلی سریع همه چیز بررسی میشه و خیلی چیزا نادیده گرفته میشه، خیلی چیزا از دستشون در میره و بدترین چیز اینه که بیشتر براشون آمارها مهمه یعنی فعالیت‌هایی که تو مرکز میشه برای مددجویان تو اولویت آخرشونه" (فرد ۳).

۲-۵-۲-۲ دستور العمل‌های غیرمنعطف: ابلاغ دستورالعمل‌هایی و شاخص‌های آماری که منجر به ایجاد داده‌های غیر واقعی می‌گردد.

۲-۵-۳-۲ استفاده از پیشگیر مسلط و دغدغه مند به حوزه درمان اعتیاد: پیشگیر باید تجربه ارتباط با مددجوی مصرف‌کننده و فضای حاکم بر فعالیت مراکز کاهش آسیب را داشته باشد. "پایش و نظارت باید توسط فردی انجام بگیره که دارای اون چارچوب اخلاقی، انسانی، وجدانی باشه و به دور از هر سوءنیت درخصوص هر فردی که کارکنان یک موسسه باشه صورت بگیره، باید به صورت حرفه‌ای باشه و دلسوزانه باشه، اگر پایش انجام شد و عیب و ایرادی بود نباید به صورت پرخاشگرانه انجام بشه یا تذکر داده بشه که بخواد پنهانکاری بشه، یعنی در واقع باید یک همکاری باشه برای بهبود وضعیه" (فرد ۱۷).

۲-۵-۴-۲ عدم توجه به نقاط قوت مراکز: در بسیاری از موارد پیشگیر به نقاط مثبت مراکز و فعالیت‌هایی که خارج از دستورالعمل به خصوص در زمینه مددکاری بیمار انجام شده است توجه نمی‌شود. "در مراکز که کار به خوبی انجام میشه و مراکز که اصلا انجام نمیشه به یک صورت برخورد می‌کنند،" (فرد ۶) "نقاط قوت مراکز رو نمی‌بینند یعنی وقتی وارد یه مرکزی میشن فقط ایرادها رو می‌گیرن" (فرد ۱۲).

۲-۶ برنامه آموزش بر اساس پروتکل‌های موجود در راستای تغییر رفتارهای خودآسیب رسان و دگر آسیب رسان در مراکز که باید برنامه‌های آموزشی مدون و مشخصی برگزار گردد.

۱-۶-۲ صلاحیت آموزش دهنده: فرد آموزش‌دهنده صلاحیت برگزاری آموزش‌های روانی اجتماعی را داشته باشد. "آموزش دهنده بتونه به صورت عامیانه و ساده حق مطلب رو ادا کنه و اطلاعاتی که داره به صورت مفید و عامیانه در اختیار مددجو قرار بده" (فرد ۱۷).

۲-۶-۲ تامین فضای فیزیکی مناسب برای آموزش و درمان: فضای آموزش متناسب با تعداد مددجو و ظرفیت مراکز باشد. "برمیگرده به فضای مناسبتر مراکز کاهش آسیب یعنی وجود یک سالن یا اتاق بزرگتر، مخصوص برای جلسات مشاوره‌های فردی و گروهی و آموزش‌های گروهی" (فرد ۱۹).

۳-۶-۲ به روز نبودن اطلاعات پرسنل برای آموزش و آموزش‌های مستمر برای پرسنل و تیم درمان: برگزاری دوره‌های ضمن خدمت و بازآموزی برای به روز بودن دانش پرسنل و استفاده از خدمات نوین باید توسط سازمان مرتبط انجام گیرد. "الان دیگه دوره و آموزشی برا ما نمیذارن الان تیم سیار باید به نظر من سالی یکبار هم که شده قبلا گذاشته بودن یه دوره دو سه روزه خوب براش بذارن درسته ما آموزش میدیم ولی آموزشی که به این مطمئنی هست رو از بالا دست میتونن به اینا بدن خیلی متفاوته با ما" (فرد ۱۰).

۴-۶-۲ عدم انگیزه آموزش گیرنده: وضعیت روانی آموزش گیرنده برای دریافت آموزش مناسب نیست و انگیزه‌ای برای دریافت آموزش ندارد "مددجوها خودشون اغلب تمایل ندارند یعنی ممکنه که حضور فیزیکی داشته باشند اونجا ولی عملا گوش نمیدند" (فرد ۶).

۵-۶-۲ لزوم تنوع بخشی و کیفیت بخشی به آموزش استفاده از روش‌های جدید و جذاب و موثر آموزش: استفاده از روش‌های نوین آموزش می‌تواند فرایند آموزش را تسهیل نماید. "امکانات آموزشی در حد مازیک و وایت برد هست، و روش‌های مثل پاور، ویدئو پروژکتور، پخش فیلم و اینا وجود ندارد" (فرد ۲۰).

۷-۶-۲ تیم امدادرسان سیار: این تیم متشکل از حداقل دو نفر که یک نفر از اعضای تیم از گروه همسان باشد و بتواند ارتباط با مددجویان ایجاد نماید. این تیم کلیه خدمات کاهش آسیب را در بیرون از مرکز انجام می‌دهد. تیم‌های سیار اولین حلقه ارتباطی با مددجو جهت معرفی و ترغیب مددجو جهت مراجعه به مرکز گذری است.

۱-۷-۲ تیم متعدد و بومی منطقه و دسترسی دائمی بیماران به تیم درمان: دسترسی بیماران به تیم امدادرسان سیار می‌تواند آسیب‌های مددجو از جمله کمبود وسایل کاهش آسیب را کم نماید. "تیم سیار دلسوز و آدم بومی اون منطقه که همه جا رو خوب بشناسه و وجدانی کار کنه" (فرد ۹).

۲-۷-۲ ایجاد تیم سیار مستقل بدون وابستگی به مرکز گذری: افزایش تیم‌های سیار منجر به جابجایی پاتوق‌های جدید و ارائه خدمات بیشتر خواهد شد "یه سری نیرو خود ارگان یا مرکز بالاتر یعنی خود مرکز بهداشت، یه سری نیرو رو آموزش بده و فیکس توی مراکز بذاره بموندن یعنی

اینجوری نباشه که هر موسسی میاد بخواد که چند نفر رو در نظر بگیره برای اینکار و قشنگ تعریف بشه، حقوق براش در نظر گرفته بشه، این افراد باید حتما پاکی بالا داشته باشند، بچه‌هایی که پاکی پایین دارند خیلی مواقع دیده میشه که رفتند و خودشون دوباره درگیر شدند " (فرد ۱۷)

۲-۸-۱ آمار و اطلاعات: کلیه خدمات ارائه شده بهداشتی، درمانی، آموزشی و رفاهی در قالب فایل های اکسل و سامانه های تعریف شده، باید به صورت روزانه اعلام شود.

۲-۸-۱ واقع بینی در معیارها و استانداردها: شاخص های اعلام شده غیر قابل احصا است، و مراکز در رسیدن به این شاخص ها ناتوان هستند. "اگر سال اماره‌ایی که به بالا داره صورت میگیره به چیزی روتین هست که درواقع اون امارها صحت و سقم کافی رو ندانند " (فرد ۸)

۲-۸-۲ لزوم اصلاح آمار بر اساس هر منطقه و توجه به آمار واقعی: شاخص های هر منطقه متفاوت است، و باید بر اساس مناطق شاخص گذاری اتفاق افتد. مراکز بهداشت هم بیشتر دنبال آمار و عکس، البته این صحبت‌ها چون محرمانه است من دارم میگم اینا بیشتر دنبال اینن که خودشون به آماري بدهند بالا و آمار همینطوری اشتباهی میره تا راس هرم و اونیه که اون بالا نشستست مثلا نگاه میکنه میبینه که پنجاه درصد تزریقی اند، پنجاه درصد کجاست شما برو تهران کل فرحزاد دیگه جزو پرخطرترین جاها و یه جاهاییه که همه جور موادی مصرف میشه خب وقتی اونجا نیست " (فرد ۷)

۲-۸-۳ زمان بر بودن سیستم‌های آماری: ارائه اطلاعات و آمار هم به صورت فیزیکی و هم به صورت الکترونیکی زمان بر است و با توجه به کمبود پرسنل امکان رسیدگی به سایر امور نیست. "صبح تا شب ما باید توی مرکز بشینیم ببینیم کی غذا گرفته، کی سوزن گرفته، کی سرنگ گرفته، هی تیک بزیم آخر سر هم با کلی وقتی که ما میذاریم از در که میان اولین چیزی که ایراد میگیرن همینه " (فرد ۶).

۲-۹ ابهام در وظائف و ماموریت‌های مراکز مختلف: فعالیت‌های مختلف منجر شده که انتظارات غیر واقعی از مراکز شکل بگیره "البته وضعیت دی آی سی ها به نظر من یه وضعیت نامطلوب هست، نه کلینیک ترک اعتیاد هست، نه شلتره، این وسط یه چیزی هست که هویت اش هنوز مشخص نیست، و این بی هویتی چیزی است که داره مراکز گذری رو تحت تاثیر قرار میده " (فرد ۲۰)

۲-۹-۱ توجه مراکز به برنامه درمان نگه دارنده تا کاهش آسیب: تاکید بیشتر مددجویان و مراکز به درمان نگاه دارنده با متادون است و کمتر به برنامه های کاهش آسیب توجه می شود. "تعداد بیمارهایی که میان به خاطر متادونمون خیلی بیشتره از کسانی که برا کاهش آسیب منیا " (فرد ۱۹)

۲-۱۰ شاخص حمایت گری اجتماعی و مسئولانه: که نشان از ارائه خدمات ارتقایی و مناسب تری به مددجویان دارد.

۲-۱۰-۱ ارائه خدمات درمانی و توانبخشی متمرکز: تمرکز کلیه خدمات ارائه شونده به مددجویان می تواند جامعه هدف را بیشتر پوشش دهد. بهتره همه مراکز از جمله نگهداری، DIC، بهاران و ... یه جا جمع بشه " (فرد ۱۸)

۲-۱۰-۲ آموزش مهارت‌های شغلی به بیمار: حلقه مفقوده کارتن خوابی مهارت‌های شغلی لازم برای ایجاد اشتغال پایدار است، که در مراکز "یه پکیجی برای کاهش آسیب تعریف بشه که فرد از صفر تا صدش رو اونجا باشه و هم درآمدزایی داشته باشه یعنی کارگاه تولیدی داشته باشه و هم امکانات بهتر یعنی هم غذای خوبی بخوره و هم امکانات خوبی داشته باشه و هم مهارت آموزی بشه و فردی که از اردوگاه میاد بیرون هم موادشو گذاشته باشه کنار و یه مهارتی هم یاد گرفته باشه و یه درآمدی رو داشته باشه." (فرد ۱۳)

بحث و نتیجه‌گیری:

پرسش پژوهش این بود که شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد کدام هستند؟ تحلیل مضمونی مصاحبه‌ها، ۲ مضمون اصلی و ۱۵ مضمون فرعی را نشان داد. فراوانی پاسخ‌های شرکت‌کنندگان نشان داد که بیشترین فراوانی برنامه سرنگ و سوزن (۲۴) و برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین (۱۴) تعلق داشت. نتایج این مطالعه، همسو با نتایج پژوهش مهدوی (۱۳۸۷) در بین جوانان تهران را که نشان داد مراجعه‌کنندگان به مراکز گذری و سرپناه‌های شبانه کیفیت ارائه خدمات این مراکز را ضعیف ارزیابی کرده‌اند، تأیید می‌کند. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش برنامه سرنگ و سوزن، برنامه مشاوره و آزمایش HIV، ارائه خدمات رفاهی، برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین، و ارجاع به سطوح دیگر را از جمله برنامه‌های ارائه خدمات بیان کردند و شاخص‌هایی جهت ارتقای این برنامه‌ها گزارش دادند. برنامه‌های کاهش آسیب در بین افراد مصرف‌کننده تزریقی منجر به کاهش بروز HIV و HCV و کاهش مصرف بیش از حد مرتبط با مواد افیونی و انتقال بیماری‌های عفونی از طریق برنامه‌های سرنگ و سوزن، خدمات مشاوره و آزمایش HIV، خدمات اجتماعی (مانند وعده‌های غذایی، امکانات حمام) و ارجاع مراقبت‌های بهداشتی، توزیع نالوکسان و سایر لوازم مربوط به استفاده ایمن‌تر از مواد مخدر، تهیه تجهیزات تزریق استریل اقدام می‌شود (فرناندز، ۲۰۱۷؛ رویز، ۲۰۱۹، موسوکی و همکاران، ۲۰۲۱؛ استون و همکاران، ۲۰۲۱، چیلد و همکاران، ۲۰۲۱). هولسکا (۲۰۲۲) با توجه به هزینه بالای درمان عفونت‌های HIV، برنامه‌های خدمات سرنگ را کاملاً مطمئن ارزیابی کرد.

شاخصه‌های موسس، کارکنان، سازمان حمایت‌کننده، محیز فیزیکی، پایش و نظارت، فرایند و رویه‌ها، برنامه آموزش، تیم امدادرسان سیار و آمار و اطلاعات در مقوله ساختار سازمانی بیان شد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های توکل و همکاران (۱۳۹۵) بود که در مطالعه

خود با هدف ارزیابی کیفیت و تفاوت ارائه خدمات کاهش آسیب در مراکز گذری و سرپناه های شبانه سازمان بهزیستی پرداختند. آنها نشان دادند که بین انتظارات مراجعه کنندگان از کیفیت کلی ارائه خدمات کاهش آسیب و ادراکات آنان از آن تفاوت معناداری وجود دارد.

باور سازمان های حمایت کننده به برنامه کاهش آسیب می تواند منجر به حرکت مراکز شود، برای ارائه خدمات مستمر نیاز به باور کامل به کاهش آسیب است که باید از سوی سازمان های مختلف حمایت شود و ارتباط مستمر بین دستگاه های اجرایی سیاست گذاری و سایر سازمان ها از جمله استاندار، شهردار، نیروی انتظامی و وزارت آموزش و پرورش باشد (رواقی، زندیان، افشار، ثابت، مصطفوی و علی پور، ۲۰۱۷). تقریباً همه مصاحبه شوندهگان معتقد بودند که همزمان با تغییر در مقامات مجری قانون، سیاست ها نیز تغییر کرده است. منافع و اهداف فردی مسئولان جدید نقش مهمی در سیاست ها و عملکرد آنها و نیز پذیرش HIV و بیماری های مقاربتی به عنوان بیماری های رفتاری دارد. برخی از ارائه دهندگان خدمات مشکلات را در اجرای مداخلات کاهش آسیب به دلیل دستگیری زنان مصرف کننده مواد توسط پلیس و ایجاد اختلال در ارائه خدمات توضیح دادند.

توجه مراکز کاهش آسیب به خصوص در تیم امداد رسان سیار از اعضای گروه همسان شاخصه مثبت هر مرکز می باشد، ایروان، استویکسو، اس جاریال (۲۰۲۲) در بررسی تأثیر حمایت همتایان بر آزمایش، ارتباط و مشارکت در مراقبت از HIV برای افرادی که تزریق کننده مواد در اندونزی که به صورت کیفی انجام شده بود نشان دادند که PWID ها حمایت همتایان را مفید توصیف کردند، گروه همتایان با تسهیل دسترسی به آزمایش HIV، ارجاع به مراقبت، پذیرش و تبعیت از درمان ضد تروروپروسی، و همچنین حفظ مشارکت در مراقبت از مصرف تزریقی مواد افراد مصرف کننده را حمایت می کردند. برنامه های حمایتی شامل ارائه دانش و آگاهی HIV، حمایت عاطفی، کمک به مدیریت بروکراسی پیچیده، توسعه اعتماد به خدمات مراقبت های بهداشتی، افزایش اعتماد به نفس و انگیزه، و حمایت از همتایان برای هدایت طیف گسترده ای از خدمات بهداشتی و رفاه اجتماعی بود. سازمان بهداشت جهانی بر نقش حیاتی حمایت همتایان در پیشگیری از HIV و بهبود حفظ در مراقبت و سرکوب ویروسی تاکید کرده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵).

حمایت و آموزش همتایان در ترویج آزمایش ایچ آی وی و نگهداری در مراقبت (گرنبرگ و همکاران، ۲۰۱۶) و کاهش رفتارهای ناایمن تزریقی و خطر جنسی در میان جمعیت های کلیدی مؤثر است (هی، وانگ، دو، ۲۰۲۰). همتایان دانش و تجربه زیسته خود را به اشتراک می گذارند (UNODC، ۲۰۱۷). شواهد نشان می دهد که حمایت همتایان در قالب مداخلات مختصر بهداشت روانی تحت

مدیریت همسالان باعث بهبود ارتباط با خدمات بهداشتی برای افرادی می‌شود که از متامفتامین- های کریستالی استفاده می‌کنند (استوی کسکو و بوکلت، ۲۰۱۹). اعضای گروه همسان در اندونزی برای مشارکت مؤثر در تسهیل پشتیبانی و ارتباط با مراقبت‌ها مجهز به دانش آخرین پیشرفت‌های HIV، درمان و کاهش آسیب نیستند، و همچنین به صورت مناسب دریافتی مالی ندارند (ایروان و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین گروه همسان آموزش مداوم در ارتباطات و ظرفیت سازی برای رسیدگی به نیازهای نوظهور جامعه هدف برخوردار نیست. کمک‌های ارائه شده توسط اعضای گروه همسان اغلب فراتر از نقش‌های رسمی آن‌ها در زمینه تسهیل مشارکت خدمات HIV در میان افرادی که مواد تزریق می‌کنند، می‌باشد و شامل اولین واکنش‌دهنده به مصرف بیش از حد، ارائه مشاوره در مورد مسائل شخصی و خانوادگی، و کمک به همسالان، کمک حقوقی، بیمه درمانی و تهیه مدارک شناسایی می‌شود. کارکنان گروه هم‌تایان اغلب مجبور به ایفای نقش‌های گسترده‌تر هستند، که به نوبه خود آسیب‌های سلامت روانی قابل توجهی بر آنها وارد می‌کند و معمولاً از نظر مالی جبران نمی‌شود (دکمن، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش با پژوهش رواقی و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود که نشان دادند مدیران برنامه کمبود نیروی نظارتی آموزش دیده و کمبود وقت برای مشاوره و ارائه خدمات را از چالش‌های اصلی اجرای موفق سیاست‌های کاهش آسیب عنوان کردند. آنها اظهار داشتند که به آموزش مداوم به ویژه در زمینه مشاوره روانشناختی، مداخله آموزش بهداشت، و مواد آموزشی و ارتباطی جدید نیاز دارند.

قرارگرفتن این شرایط در کنار هم، در راستای هدفی واحد که تبیین کننده ارائه خدمات با کیفیت‌تر خواهد بود و کمک به ارتقا و ارائه الگوی بهینه در مراکز می‌گردد، خدمات نظارت بر مصرف بیش از حد که به طور گسترده‌ای به عنوان کاهش‌دهنده بیش مصرفی تصادفی کشنده شناخته شده و تسهیلات تزریق نظارت شده از جمله مواردی است که نیاز به بررسی جهت اضافه شدن به مراکز کاهش آسیب اعتیاد دارد و در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفت.

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

کد اخلاق و مشارکت نویسندگان: تمام ملاحظات اخلاقی بر اساس رساله 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، گردآوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها، لیلی پناگی در مفهوم‌سازی، روش‌شناسی و تحلیل و تفسیر داده‌ها، سعید ایمانی در مفهوم‌سازی، بازبینی و اصلاح پیش‌نویس، محمود حیدری در

مفهوم‌سازی، بازبینی و اصلاح پیش‌نویس و علیرضا نوروزی در بازبینی، اصلاح و نهایی‌سازی مشارکت داشتند.

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

منابع:

مشکاتی، مرجان؛ عطایی، بهروز؛ نخودیان، زری؛ یاران، مجید؛ بابک، آناهیتا؛ عسگریان‌زاده، محمدرضا؛ فرشاد، مرضیه؛ و ادیبی، پیمان. (۱۳۸۹). غربالگری هیپاتیت در مراکز گذری استان اصفهان: توصیف یک تجربه. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۸، ۱۵۵۳-۱۵۵۹.

http://jims.mui.ac.ir/article_13355.html

Abou-Saleh, M.T. (2006). Substance use disorder: Recent advances in treatment and models of care. *Journal Psychology Research*, 61(9), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.06.013>.

Bartholomew, T.S., Patel, H., McCollister, K., Feaster, D. j., Tookes, H. E. (2021). Implementation and first-year operating costs of an academic medical center-based syringe services program. *Harm Reduction Journal*. 18(116). <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00563-8>.

Bobrova, N., Rughnikov, U., Neifeld, E., Rhodes, T., Alcorn, R., Kirichenko, S., & Power, R. (2008). Challenges in providing drug user treatment services in Russia: Providers' views. *Substance Use and Misuse*, 43(12-13), 1770-1784. <https://doi.org/10.1080/10826080802289291>.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2021). Wide-ranging online data for epidemiologic research (WONDER). 2020. <http://wonder.cdc.gov>.

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>.

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>.

Des Jarlais, D. C., McKnight, C., Goldblatt, C., Purchase, D. (2009). Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States. *Addiction*. 104(9):1441-6. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02465.x>.

Dechman, M. K. (2015). Peer helpers' struggles to care for "others" who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*. 26(5):492-500. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.12.010>

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. <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-1094-en.html>

Fernandes, R. M., Cary, M., Duarte, G., Jesus, G., Alarcão, J., Torre, C., Costa, S., Costa, J., Carneiro, A. V. (2017) Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs - An overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 17, (1), 309. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4210-2>

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>.

Genberg, B.L., Shangani, S., Sabatino, K., Rachlis, B., Wachira, J., Braitstein, P., Operario, D. (2016). Improving Engagement in the HIV Care Cascade: A Systematic Review of Interventions Involving People Living with HIV/AIDS as Peers. *AIDS and Behavior*. 20, 2452–2463 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1307-z>.

Gibson, D. R., Brand, R., Anderson, K., Kahn, J. G., Perales, D., Guydish, J. (2002). Two- to six-fold decreased odds of risk behavior associated with use of syringe exchange. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. <https://doi.org/10.1097/00126334-200210010-00015>

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. <http://ijwph.ir/article-1-246-en.html>

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. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9268-4>

Roshanfekr P, Farnia M, Dejman M. The Effectiveness of Harm Reduction Programs in Seven Prisons of Iran. *Iran Journal Public Health*. 2013 Dec;42(12):1430-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441940/>

He, J., Wang, Y., Du, Z. Liao, J., He, N., Hao, Y. (2020). Peer education for HIV prevention among high-risk groups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 20, 338. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05003-9>.

Hope, V., Marongiu, A., Parry, J. V., Ncube, F. (2010). The extent of injection site infection in injecting drug users: findings from a national surveillance study. *Epidemiology & Infection*. 138(10):1510–8. <https://doi.org/10.1017/S0950268810000324>

Holeksa, J. (2022). Dealing with low access to harm reduction: a qualitative study of the strategies and risk environments of people who use drugs in a small Swedish city. *Harm Reduction Journal*. 19, 23. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00602-y>

Hobden, K. L., Cunningham, J. A. (2006). Barriers to the dissemination of four harm reduction strategies: a survey of addiction treatment providers in Ontario. *Harm Reduction Journal*. 3 : 35

Iryawan, A.R., Stoicescu, C., Sjahrial, F. (2022). The impact of peer support on testing, linkage to and engagement in HIV care for people who inject drugs in

Indonesia: qualitative perspectives from a community-led study. *Harm Reduction Journal*. 19, 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00595-8>

Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: A practice- friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20669>

Levine, H., Bartholomew, T. S., Rea-Wilson, V., Onugha, J., Arriola D. J., Cardenas, G., Forrest, D. W., Kral, A. H., Metsch, L. R., Spencer, E., Tookes, H. (2019). Syringe disposal among people who inject drugs before and after the implementation of a syringe services program. *Drug and Alcohol Dependence*. 202:13–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.025>

Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2012). Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. Guilford Press.

Mahdavi, P. (2009). Passionate uprisings: Iran's sexual revolution. Stanford University Press.

Musyoki, H., Bhattacharjee, P., Sabin, K., Ngoksin, E., Wheeler, T., Dallabetta, G. (2021). A decade and beyond: learnings from HIV programming with underserved and marginalized key populations in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*. 24: 25729. <https://doi.org/10.1002/jia2.25729>

Muñoz, F., Burgos, J. L., Cuevas-Mota, J., Teshale, E., Garfein, R. S. (2015). Individual and socio-environmental factors associated with unsafe injection practices among young adult injection drug users in San Diego. *AIDS and behavior*. 19(1):199–210. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0815-y>

Tavakol, M., Naserirad, M., Avanesian, E., Anis, S., & Abrahamian, H. (2016). Differential Quality Assessment of Harm Reduction Service in Drop-in Centers and Shelters: from expectations to perceptions. *Journal of Health Literacy*, 1(2), 118-128. <https://doi.org/10.22038/jhl.2016.10972>

Kerr, T., Small, W., Buchner, C., Zhang, R., Li, K., Montaner, J., Wood, E. (2010). Syringe sharing and HIV incidence among injection drug users and increased access to sterile syringes. *American Journal of Public Health*. 100(8):1449–53. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178467>

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. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.29391>

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. <https://doi.org/10.1080/09595230600944529>.

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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441940/>

Ruiz, M. S., O'Rourke, A., Allen, S., Holtgrave, D. R., Metzger, D., Benitez, J., Brady, K. A., Chaulk, C. P., Wen, L. S. (2019). Using interrupted time series analysis to measure the impact of legalized syringe exchange on HIV diagnoses in Baltimore and Philadelphia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). 82(2):148. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002176>

Suen, L.W., Makam, A.N., Snyder, H.R., Replinger, D., Kushel M. B., Martin, Ma., Nguyen, O. K. (2021). National Prevalence of Alcohol and Other Substance Use Disorders Among Emergency Department Visits and Hospitalizations: NHAMCS 2014–2018. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 13, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07069>.

Stone, J., Fraser, H., Walker, J. G., Mafirakureva, N., Mundia, B., Cleland, C., Kigen, B., Musyoki, H., Waruiru, W., Ragi, A., Bhattacharjee, P., Chhun, N., Lizcano, J., Akiyama, M., Cherutich, P., Wisse, E., Kurth, A., Luhmann, N., & Vickerman, P. T. (Accepted/In press). Modelling the Impact of HIV and HCV Prevention and Treatment Interventions Among People Who Inject Drugs in Kenya. *AIDS*.

Strathdee, S. A., Hallett, T.B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R., Hankins, C. A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *The Lancet*. 376(9737):268–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60743-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60743-X)

Stoicescu, C. Booklet 3: voluntary community-based alternatives: discussion paper of the UNAIDS–UNODC Asia–Pacific Expert Advisory Group on Compulsory Facilities for People Who Use Drugs. Bangkok: UNODC Regional Office for Southeast Asia and the Pacific, UNAIDS Regional Support Team for Asia and the Pacific; 2022.

Tavakol, M., Naserirad, M., Avanesian, E., Anis, S., & Abrahamian, H. (2016). Differential Quality Assessment of Harm Reduction Service in Drop-in Centers and Shelters: from expectations to perceptions. *Journal of Health Literacy*, 1(2), 118-128. <https://doi.org/10.22038/jhl.2016.10972>

World Health Organization. (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO.

UNODC. (2017). Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.