Applied Psychology, Volume 20, Issue 3, 2026, 81-107
ISSN: 2008-4331, eISSN: 2645- 3541
Received: 9 June 2022 *Revised: 28 October 2022* *Accepted: 14 November 2022*

Research Article

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. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: l_panaghi@sbu.ac.ir
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.

Abstract

Aim: Evaluating the quality of services provided by addiction harm reduction centers is essential for improving accessibility, effectiveness, and continuity of care. Developing contextually appropriate assessment indicators requires an understanding of the experiences of service recipients and providers. This study aimed to identify indicators for evaluating service quality in transient addiction harm reduction centers and provide a foundation for developing an assessment tool to support service improvement.

Methods: This qualitative study employed an exploratory approach based on thematic analysis. The study population included individuals receiving services from addiction harm reduction centers and staff members working in these facilities. Twenty participants were recruited through purposive and convenience sampling. Data were collected using in-depth, semi-structured interviews focusing on participants' experiences and perceptions of service delivery. The collected data were analyzed using the six-phase thematic analysis approach developed by Braun and Clarke.

Results: The analysis identified two overarching themes, service provision and organizational structure, comprising 15 subthemes. These included needle and syringe programs, HIV counseling and testing, welfare services, low-threshold methadone maintenance treatment, referral services, organizational leadership, staffing, supporting organizations, physical facilities, monitoring and supervision, training programs, mobile outreach teams, information management, performance evaluation, and social support.

Conclusion: The identified indicators provide a preliminary framework for evaluating and monitoring service quality in addiction harm reduction centers. Incorporating the perspectives of service users and providers may contribute to more responsive service evaluation and improvement strategies.

Key Words: *Evaluation Index, Drop-In Center, Addiction, Harm Reduction*

Citation: Ghaedniay Jahromi, A., Panaghi, L., Imani, S., Heidari, M., & Norouzi, A. (2026). Preliminary Identification of Assessment Indicators in Transient Addiction Harm Reduction Centers: A Qualitative Study. *Appl. Psychol 20 (3):81-107.*

OPEN ACCESS 10.48308/apsy.2022.227549.1331

Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۲۰، شمارهٔ ۳، پائیز ۱۴۰۵، ۱۰۷-۸۱
ISSN: 2008-4331, eISSN: 2645- 3541
دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۱۹ دریافت اصلاحات: ۱۴۰۱/۰۸/۰۶ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۳

مقاله پژوهشی

شناسایی مقدماتی شاخص‌های ارزیابی در مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد: یک مطالعهٔ کیفی

علی قائدنیای جهرمی[۱]، لیلی پناغی[۲*]، سعید ایمانی[۳]، محمود حیدری[۴] و علیرضا نوروزی[۵]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی،تهران، ایران.
۲. دانشیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل:l_panaghi@sbu.ac.ir
۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی. تهران، ایران.
۵. استادیار روان‌پزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی مقدماتی شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات مراکزگذری 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 مراکزگذری) بود که داده‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند و دردسترس و از طریق مصاحبهٔ 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، مؤسس، کارکنان، سازمان حمایت کننده، محیط فیزیکی، پایش و نظارت، برنامه آموزش، تیم امدادرسان سیار، آمار و اطلاعات، عملکرد، حمایت گری اجتماعی و مسئولانه) گردید.

نتیجه‌گیری: شاخص‌های به‌دست آمده در بررسی حاضر که بر مبنای بر اساس تجربهٔ 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، مرکزگذری، اعتیاد، کاهش آسیب*

استناد به این مقاله: قائدنیای جهرمی، علی.، پناغی، لیلی.، ایمانی، سعید.، حیدری، محمود.، و نوروزی، علیرضا. (۱۴۰۵). شناسایی مقدماتی شاخص‌های ارزیابی در مراکزگذری کاهش آسیب اعتیاد: یک مطالعهٔ کیفی. *فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰ (۳): ۱۰۷-۸۱.

OPEN ACCESS 10.48308/apsy.2022.227549.1331

Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

مقدمه

هر ساله، بسیاری از افراد مصرف‌کنندۀ مواد به واسطۀ 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 قابل‌توجهی 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 مصرف‌کنندۀ مواد دایر گردیده است (مشکاتی و همکاران، ۱۳۸۹) که از جملۀ این مراکز می‌توان به مراکزگذری 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 کرده اند، 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 رابطۀ 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 مقرون‌به‌صرفه 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 صورت‌گرفته 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 (روشن‌فکر و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش انتقال HIV و سایر رفتارهای پرخطر در زندانیان 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[1]) 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 (مهدوی، ۲۰۰۹). با وجود شواهد، تلاش‌ها برای اجرای راهبردهای کاهش آسیب با چالش‌هایی روبرو شده است. پژوهش مهدوی (۲۰۰۹) نارضایتی مراجعان از خدمات ارائه‌شده در مراکز DIC را نشان داد. یک مطالعه در روسیه چالش‌های عمده‌ای را در ارائه خدمات برای کسانی که مواد مصرف می‌کنند (PWUD[2])، از جمله کمبود منابع، برنامه‌های توانبخشی و حمایت اجتماعی گزارش کرد (بوبروا، روغنیکو، نیفلد، آرهودس، آلکورن، 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 مدیریت ناکارآمد و مشکلاتی در زمینه نظارت باعث شده است که بخش قابل‌توجهی از ظرفیت

[1] people who inject drugs
[2] people who use drugs

این مراکز بدون استفاده مانده یا استفادۀ 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 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 گربلی، ۲۰۱۵). این کیفیت‌سنجی نه‌تنها 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 حوزۀ کیفیت‌سنجی خدمات کاهش آسیب اعتیاد در مراکز گذری کشور، مطالعۀ حاضر با هدف استخراج شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات مراکز گذری کاهش آسیب اعتیاد انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به روش کیفی[1] و با رویکرد تحلیل مضمون[2] انجام شد. تحلیل مضمون روشی برای شناسایی، آنالیز و گزارش مضمون‌ها در بین اطلاعات است. یک مضمون، بیانگر محتوایی مهم درباره ی اطلاعات است که با سؤال پژوهش مرتبط است و پاسخ‌ها و معانی را در الگوهای مشخص سطح‌بندی 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 به‌دست 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 مراکزگذری به مدت حداقل ۱ سال

ملاک‌های ورود اختصاصی کارکنان مراکز گذری

٤. سابقهٔ 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 به‌دست 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[1] با افراد شرکت کننده انجام شد. به‌منظور تدوین عبارت‌های مورد نیاز برای انجام مصاحبه با نمونه‌ی مورد نظر از سؤالات اصلی پژوهش و مرور متون مرتبط استفاده شد. محقق با طرح سؤالات 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 سؤالات 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 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 کولایزی (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 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 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. شرکت‌کنندگان در پژوهش

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

کُد شرکت کننده	سن	جنسیت	میزان سابقه فعالیت و ارتباط با مراکز	نقش در مراکز
۱۷	۳۱	مرد	۵	خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار
۱۸	۴۳	مرد	۹	کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز
۱۹	۲۷	زن	۵	کارشناس مسئول اعتیاد، پایشگر و ناظر مراکز
۲۰	۳۳	مرد	۴	خدمت گیرنده و تیم امداد رسان سیار

یافته‌ها

تحلیل تجارب شرکت‌کنندگان دربارهٔ 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 تشخیص
		استفاده از مشاور با تجربه و متخصص
		دسترسی به آموزش
		ارجاع و پیگیری به مراحل درمانی بالاتر
		نظارت در فرایند مشاوره و آزمایش HIV در تیم سیار
	ارائه خدمات رفاهی	استفاده از ظرفیت خیرین و NGO ها
		مدت زمان محدود مراکز در ارائه خدمات
		وجود مکان‌های بزرگ‌تر برای استراحت
		کیفیت تغذیه
	برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین	انجام دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها
		پوشش این برنامه برای مصرف‌کنندگان مواد محرک
		مصرف همزمان متادون با مواد دیگر
		زمان کافی در برنامه MMT

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد
		قیمت مناسب و ثابت نرخ دارو
		حمایت بیمه‌های پایه
	ارجاع به سطوح دیگر	سیکل ارجاع معیوب
		وجود مددکاری اجتماعی در مرکز
		هماهنگی بین سازمان‌های متولی

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

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد
ساختار سازمانی	موسس	توجه به تجربه‌کاری 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
	سازمان حمایت کننده	نداشتن امنیت شغلی و تهیه قراردادها و برنامه‌های بلندمدت
		نبود همکاری سازمان‌های متولی
		تامین بموقع بودجه
	محیط فیزیکی	داشتن حیاط برای مراکز
		عدم جابه‌جایی محیط فیزیکی مرکز
		جداسازی مراکز درمان از بافت مسکونی
	پایش و نظارت	نظارت ناکافی
		دستور العمل‌های غیر منعطف
		استفاده از پایشگر مسلط و دغدغه‌مند به حوزه درمان اعتیاد
		عدم توجه به نقاط قوت مراکز
	برنامه آموزش	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

۱. خدمات

نخستین مضمون اصلی در پژوهش حاضر "خدمات" است که به نحوه ارائه خدمات کاهش آسیب اعتیاد در مراکزگذری 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 ارایه خدمات بهداشتی اولیه به همراه مشاوره و آموزش توسط پرسنل بهداشتی، گروه همتایان و سایر داوطلبان به PWID است.

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 امکان پذیر نیست، "اگه طبق اون چیزی که واقعا میان تو مرکزمون بخوایم آمار رد کنیم تعداد معتادان تزریقی مون خیلی کمه ولی ما مجبوریم تعداد تزریقی ها 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 است" (فرد ۹). " بیست درصد پولو پونزده درصد پولو خودشون مستقیما از کارخانه جات، سرنگ و سوزن و کاندوم بخرند 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 آگونیست وجود دارد این است که کسانی که ۸۰ درصد افرادی که آگونیست دریافت می کنند 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 گلوبال‌فاند برای تامین و پوشش هزینه‌های سرنگ و سوزن: طرح گلوبال فاند تامین‌کننده وسایل برنامه سرنگ و سوزن توسط سازمان‌های بین المللی است، که می‌تواند هزینه‌های مراکز را کاهش دهد.

۱-۱-۵ ایجاد فضایی برای تزریق ایمن زیر نظر مرکز "گفتم که بهبودش اینه که یه 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: کیت های 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 " اگه 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 دردرسترس 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: اصلی ترین هدف آزمایش HIV، پیگیری مراحل درمان فرد مبتلا است، که بعضا ارجاع به کلینیک‌های مثلثی مشکل می‌باشد. "ارجاع افراد تست مثبت به مرکز بهداشت یه ذره مشکله بخاطر اینکه این بچه ها اصلا 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 مثلا یا وقت برای مشاوره نمیذاشتن 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 مراکزگذری محدود به ۶ ساعت فعالیت در روز است، و مددجویان مجددا 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. "مثلا خودمون گاها با ارتباطی که با NGOها گرفتیم، تونستیم لباس و غذای گرم برای مددجوها تهیه کنیم، ما از

طریق به صورت کاملا شخصی رفتیم با اونها ارتباط گرفتیم، و این تونسته کمک کار مراکزکاهش 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 اصلا ندارند یعنی چیزهایی که باعث بشه سیستم ایمنی بدن اینا قوی بشه، غذای مناسب رو نمیتونیم به خاطر کمبود بودجه به بچه ها بدیم" (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 متادن 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 اکثرا چند ماده را مصرف می‌کنند، و نمی‌تواند جایگزین مواد محرک گردد "عدم پوشش این برنامه برای مصرف مواد محرک برای مصرف محرک ها این برنامه جواب نمیدهد و افراد معتاد به مصرف محرک ادامه می دهند. " (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 بروند برا جبران اینکه تکمیل کنند دز مصرفشون رو بروند مواد بکشند " (فرد۶).

۱-۴-۴ فرصت محدود برنامه MMT: مدت زمان ارائه خدمات در واحد MMT، ۴ ساعت است، 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 است. "چون تعرفه اش چندین ساله ثابته و همون چهل هزار تومن هست و از یه طرف هم پول دارو خیلی نسبت به سه چهار سال گذشته گرون شده و هم پزشک هایی که مراکز میرن مبلغ بیشتری میگرن 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).

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

۱-۵ 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 نگهدارندهٔ 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. "خیلی مشکلات در زمینه ارجاع دادنه ، هیچجا مددجوهای 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 دادن ها به صورت ضابطه ای نیست " (فرد ۱۸).

۱-۵-۲ 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. "اینا عملا 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 بعضا حتی از واحد روانشناسی هم بهتر میتونه کاربرد داشته باشه داخل مراکز" (فرد ۱۴).

۱-۵-۳ 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 قبلا توسط مراجع حمایت کننده تعیین و مشخص شده باشه که پس از ارجاع بیمار، پذیرش که میشه حداقل

درمان بشه و مشکلش تاحدودی حل بشه نه اینکه صرفا 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 مؤسس: فردی حقیقی یا حقوقی است که در راه اندازی مرکز کاهش آسیب اعتیاد و مدیریت آن نقش دارد. توجه به ویژگی‌های شخصیتی و تجربه‌کاری مؤسس می تواند منجر به ایجاد کیفیت بهتر گردد.

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

۲-۱-۲ 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 می‌تواند 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 تاب‌آوری 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).

۲-۱-۳ بی توجهی به مبلغ قرارداد: با توجه به برگزاری استعلام بهاء، اولویت ارائه خدمات با نرخ پایین اعلامی است، که ارائه خدمت عملا با مشکل مواجه می‌شود.

۲-۲ کارکنان مرکزگذری 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 نرخ های پایین و سختی کار، توجه به مسائل مالی کارکنان در اولویت قرار نمی‌گیرد.

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 می‌تواند 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 توی این زمینه رو داشته باشند " (فرد ۵).

۲-۲-۳ وظائف 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 نمی‌کرد 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 کارکرده باشن و بعد بیان دی آی سی، دی آی سی خط مقدم نه اینکه بیان تازه شروع کنن" (فرد ۱۰).

۲-۲-۵ 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 قراردادها و برنامه های بلندمدت: نبود قرارداد بلند مدت این مسئله را ایجاد می‌کند که بعد از یک سال ارائه خدمات با تغییر محل، پرسنل و ... خدمت-رسانی 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 راحته مرکز برا اونه ببخشید خیلی از همکارا رو دیدم تمرکزش رو بخور و برم نیست همه الان به این فکر میکنن که شاید دو یه 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. "سازمان ها 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 تأمین 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 نمیاد 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 مراکزگذری 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 بچه ها 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 حرفا" (فرد ۱۴).

۲-۵ 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 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 فعالیت هایی که تو مرکز میشه برای مددجویان تو اولویت آخرشونه " (فرد ۳).

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

۲-۵-۳ استفاده از پایشگر مسلط و دغدغه مند به حوزه درمان اعتیاد: پایشگر 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 مؤسسه 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 وضعیت" (فرد ۱۷).

۲-۵-۴ عدم توجه به نقاط قوت مراکز: در بسیاری از موارد پایشگر به نقاط مثبت مراکز و فعالیت‌هایی که خارج از دستورالعمل به خصوص در زمینه مددکاری بیمار انجام شده است توجه نمی‌شود. " در مراکزی که کار به خوبی انجام میشه و مراکزی 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 می‌گیرند" (فرد ۱۲).

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

۲-۶-۱ 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).

۲-۶-۳ 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 بدند خیلی متفاوته با ما " (فرد ۱۰).

۲-۶-۴ 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).

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

۲-۷ 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 مرکزگذری است.

۲-۷-۱ تیم متعهد 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 مرکزگذری: افزایش تیم‌های سیار منجر به جایابی 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 بمونند یعنی اینجوری نباشه که هر مؤسسی میاد بخواد که چند نفر رو درنظر 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 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. "در ارسال امارهایی که به بالا داره صورت میگیره یه چیزی روتین هست که درواقع اون آمارها صحت و سقم کافی رو ندارند" (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 یه آماری بدهند بالا و آمار همینطوری اشتباهی میره تا راس هرم و اونی که اون بالا نشسته 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 بزنیم آخر سر هم با کلی وقتی که ما میذاریم از در که میان اولین چیزی که ایراد میگرن 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 برنامه‌های کاهش آسیب توجه می شود. "تعداد بیمارهایی که میان به خاطر متادونمون خیلی بیشتره از کسایی که برا کاهش آسیب میان" (فرد ۱۹)

۲-۱۰ شاخص حمایت‌گری اجتماعی و مسئولانه: که نشان از ارائه خدمات ارتقایی و مناسب‌تری به مددجویان دارد.

۲-۱۰-۱ ارائهٔ 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 شرکت کنندگان 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 مراجعه کنندگان به مراکز گذری و سرپناه‌های شبانه کیفیت ارائه خدمات این مراکز را ضعیف ارزیابی کرده‌اند، تأیید می‌کند.

مشارکت کنندگان 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 کاملا مطمئن ارزیابی کرد.

شاخصه‌های مؤسس، 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 مراکزگذری و سرپناه‌های شبانه سازمان بهزیستی پرداختند. آن‌ها نشان دادند که بین انتظارات مراجعه‌کنندگان از کیفیت کلی ارائه خدمات کاهش آسیب و ادراکات آنان از آن تفاوت معناداری وجود دارد.

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 از جمله استاندار، شهردار، نیروی انتظامی و وزارت آموزش و پرورش باشد (رواقی، زندیان، افشار، ثابت، مصطفوی و علی‌پور، ۲۰۱۷). تقریباً همه مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که همزمان با تغییر در مقامات مجری قانون، سیاست‌ها نیز تغییر کرده است. منافع و اهداف فردی مسئولان جدید نقش مهمی در سیاست‌ها و عملکرد آنها و نیز پذیرش HIV و بیماری‌های مقاربتی به عنوان بیماری‌های رفتاری دارد. برخی از ارائه‌دهندگان 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 امدادرسان سیار از اعضای گروه همسان شاخصه مثبت هر مرکز می‌باشد، 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 PWIDها حمایت همتایان را مفید توصیف کردند، گروه همتایان با تسهیل دسترسی به آزمایش HIV، ارجاع به مراقبت، پذیرش و تبعیت از درمان ضد رتروویروسی، و همچنین حفظ مشارکت در مراقبت از مصرف تزریقی مواد افراد مصرف کننده را حمایت می‌کردند. برنامه‌های حمایتی شامل ارائه دانش و آگاهی HIV، حمایت عاطفی، کمک به مدیریت بروکراسی پیچیده، توسعه اعتماد به خدمات مراقبت‌های بهداشتی، افزایش اعتماد به نفس و انگیزه، و حمایت از همتایان برای هدایت طیف گسترده‌ای 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 اچ‌آی‌وی و نگهداری در مراقبت (گرنبرگ و همکاران، ۲۰۱۶) و کاهش رفتارهای ناایمن تزریقی و خطر جنسی در میان جمعیت‌های کلیدی مؤثر است (هی، وانگ، دو، ۲۰۲۰). همتایان دانش و تجربه زیسته خود را به اشتراک می‌گذارند (UNODC، ۲۰۱۷). شواهد نشان می‌دهد که حمایت همتایان در قالب مداخلات مختصر بهداشت روانی تحت مدیریت همسالان باعث بهبود ارتباط با خدمات بهداشتی برای افرادی می‌شود که از متامفتامین‌های 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 همتا اغلب فراتر از نقش‌های رسمی آن‌ها در تسهیل مشارکت افراد تزریق‌کننده مواد در خدمات HIV است و شامل واکنش اولیه به موارد مصرف بیش از حد، ارائه مشاوره در مسائل شخصی و خانوادگی، کمک به همسالان، مساعدت حقوقی، بیمه درمانی و تهیه مدارک شناسایی می‌شود. کارکنان گروه همتا اغلب مجبور به ایفای نقش‌های گسترده‌تری هستند که به نوبه خود آسیب‌های قابل‌توجهی به سلامت روان آن‌ها وارد می‌کند و معمولاً از نظر مالی جبران نمی‌شود (دکمن، ۲۰۱۵). نتایج این پژوهش با یافته‌های رواقی و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود که نشان دادند مدیران برنامه، کمبود نیروی نظارتی آموزش‌دیده و کمبود زمان برای مشاوره و ارائه خدمات را از چالش‌های اصلی اجرای موفق سیاست‌های کاهش آسیب عنوان کرده‌اند. آن‌ها اظهار داشتند که به آموزش مداوم، به‌ویژه در زمینه‌های مشاوره روان‌شناختی، مداخلات 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.

مشارکت نویسندگان

تمام ملاحظات اخلاقی براساس رسالهٔ دکتری تخصصی علی قائدنیای جهرمی در رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه شهید بهشتی با شماره تصویب ۱۱۳۰۲۶ در تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۱۵ انجام شده است. در تدوین این مقاله، علی قائدنیای جهرمی در طراحی، گرداوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها، لیلی پناغی 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.

موازین اخلاقی

در این پژوهش رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت رعایت شدند.

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.

References

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., Avanessian, 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. *Amirican 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. Repplinger, 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

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., Avanessian, 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.

****