

طراحی الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران

امیر اشکان نصیری پور*^۱، پوران رئیسی^۲، سید جمال‌الدین طیبی^۱، علی مجید پور^۳، میترا صفی پور^۱

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران ^۲ گروه تحلیل، تحقیق و اطلاعات و آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ^۳ گروه بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: تلفن: ۰۲۱۴۴۸۶۹۷۰۱ فاکس: ۰۲۱۴۴۸۶۹۷۰۵ پست الکترونیک: nasiripour@sbiau.ac.ir

چکیده

مقدمه: تأسیس مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، راهکار اجرایی پیشگیری از ایدز و بیماری‌های عفونی ناشی از روابط جنسی و سوء مصرف مواد در کشورهایی است که در برنامه پیشگیری موفق بوده‌اند؛ ضرورت دارد که این مراکز با داشتن الگوی مدیریتی مناسب، بهتر بتوانند با استفاده از امکانات موجود به اهداف از پیش طراحی شده خود برسند. هدف اصلی پژوهش حاضر طراحی الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی-تطبیقی برای جمع‌آوری داده‌ها از کشورهای مورد مطالعه، فرم گردآوری اطلاعات تنظیم گردید. سپس بر مبنای اطلاعات به دست آمده، جداول تطبیقی بر اساس ابعاد اهداف پژوهش تهیه و در ادامه بر اساس شاخص‌های مورد نظر الگوی اولیه طراحی گردید. جهت تست الگو و اعتبارسنجی از پرسشنامه استفاده شد. و سپس با تکنیک دلفی با نظرخواهی ۳۰ نفر شامل متخصصین، اساتید و مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها بهره‌گیری به عمل آمد.

یافته‌ها: همه کشورهای مورد مطالعه علیرغم چالش‌های موجود، منابعشان را در جهت مدیریت پیشگیری و درمان ایدز و دیگر بیماری‌های رفتاری بکار گرفته‌اند. در اغلب کشورهای مورد مطالعه مراکز غیر متمرکز بوده و در روستاها نیز خدمات مشاوره و توزیع ملزومات پیشگیری امکان‌پذیر بوده و بعلاوه، این خدمات در مراکز ارائه خدمات بالینی و مراقبت‌های اولیه ادغام شده است. در برخی کشورها آموزش و مشاوره آنلاین و اینترنتی بکار گرفته شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعات حاضر نشان می‌دهد بهره‌گیری از امکانات سازمانهای غیر دولتی، رایگان بودن کلیه خدمات مرکز مشاوره، ادغام خدمات مشاوره در خدمات مراقبت‌های اولیه، لزوم آموزش مداوم به پرسنل این مراکز، راه‌اندازی مراکز ویژه‌ی گروه‌های پرخطر مانند روسپیان، آموزش در مدارس، راه‌اندازی وب سایت‌های آموزشی مرتبط، جذب کمک‌های بین‌المللی می‌تواند به بهبود مدیریت منابع و عملکرد مراکز مذکور منجر گردد.

کلمات کلیدی: مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری؛ مدیریت منابع؛ بیماری‌های رفتاری

دریافت: ۹۰/۲/۱ پذیرش: ۹۱/۳/۲۸

لطفاً به این مقاله به شکل زیر ارجاع دهید:

Amir Ashkan Nasiripour, Pوران Raeissi, Seyed Jamaladin Tabibi, Ali Majidpour Mitra Safipour. Designing a Domestic Model for Resource Management at Counseling Centers for Behavioral Illnesses in Iran. J Ardabil Univ Med Sci. 2012; 12(2):190-203. (Full Text in Persain)

مقدمه

سلامتی از ارزشمندترین نعمات خداوند است و برخورداری از سلامتی حق مسلم افراد جامعه است که با سیاستگذاری صحیح و اصولی مسئولین امر و اجرای دقیق مجریان تحقق می‌یابد. بدیهی است که این امر مانند دیگر ضروریات حیات اجتماعی انسانها در صورت مشارکت مسئولان و متعهدانه کلیه آحاد جامعه دست یافتنی است.

از جمله بیماری‌هایی که از لحاظ گرفتارهای اجتماعی، میزان شیوع، بروز در سنین فعال جامعه، هزینه مراقبتی بالادارد، بیماری‌های رفتاری هستند. بیماری‌های رفتاری در این مطالعه شامل HIV/AIDS^۱، مصرف مواد مخدر تزریقی و عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی است که عوارض شخصی اجتماعی بالایی دارند [۱].

همه روزه نزدیک به ۱ میلیون نفر در جهان به عفونت‌های آمیزشی و از جمله اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شوند و از سوی دیگر عفونت‌های آمیزشی و وجود زخم‌های دستگاه تناسلی نظیر هرپس و سیفلیس، خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی را چهار برابر افزایش می‌دهد [۲].

در ایران تزریق مواد مخدر مسبب ۶۹٪ موارد انتقال HIV، با کنار گذاشتن علل ناشناخته ایدز که ۲۱/۲٪ به خود اختصاص می‌دهد؛ دومین عامل در انتقال، ارتباط جنسی بوده است که ۹/۷٪ موارد را شامل می‌شود و در کل تعداد افراد گزارش شده مبتلا به HIV/AIDS در ایران در سال ۱۳۸۷ به ۱۸۳۲۰ نفر، و در سال ۸۹ حدود ۲۱۵۰۰ رسیده است [۳].

ایدز در حال متوقف ساختن فرآیند توسعه است. در بسیاری از کشورها، دست آوردهای امید به زندگی در حال نابودی است و تعداد آموزگاران که هر هفته بر اثر ایدز از بین می‌روند، بیش از کسانی است که برای تدریس تربیت می‌شوند [۴].

سازمان بهداشت جهانی پیش بینی نموده است که تا سال ۲۰۲۰ کشورهای آلوده به اچ‌آی‌وی، خسارت اقتصادی ناشی از ایدز تا ۲۰٪ تولید ناخالصی ملی این کشورها را به خود اختصاص می‌دهد [۵].

راهکار اجرایی پیشگیری از ایدز و بیماری‌های عفونی ناشی از روابط جنسی و سوء مصرف مواد در کشورهایی که در برنامه پیشگیری موفق بوده اند، راه‌اندازی و تأسیس مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بوده است در این مراکز به گروه در معرض خطر آموزش‌های لازم پیشگیری ارائه می‌گردد و کسانی که مبتلا به ایدز یا عفونت‌های جنسی شده‌اند و یا معتادان تزریقی، تحت آموزش پیشگیری و ایجاد روابط سالم و کاهش خطر و آسیب قرار می‌گیرند تا جامعه تحت پوشش از خطر آلوده شدن بوسیله این افراد در امان باشد [۶].

این مراکز با داشتن الگوی مدیریتی مناسب بهتر می‌توانند با استفاده از امکانات موجود به اهداف از پیش طراحی شده خود برسند. پروتکل سازمان بهداشت جهانی نیز یکی از راهکارهای اجرایی برای پیشگیری رفتارهای پرخطر و آگاه سازی جامعه نسبت به آنها، راه‌اندازی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری می‌داند و به نظر می‌رسد با توجه به محدودیت‌هایی که در زمینه بودجه و منابع انسانی در این مراکز وجود دارد و نیاز به بهبود کیفی خدمات و علاقه‌مندی تعداد محدودی از سازمان‌های غیردولتی و مردمی به موضوع کار مشاوره و نیز برای اثربخشی بیشتر [۶] لازم است در مورد مراکز مذکور طراحی نوینی صورت گرفته و از نظر مدیریتی مورد بازبینی قرار گیرد.

مطالعات انجام شده در مورد مدیریت منابع بیماری‌های رفتاری غالباً در مورد نیروی انسانی [۷]، دسترسی و ادغام خدمات [۸، ۹]، و همچنین الزامات مالی برنامه‌های پیشگیری از ایدز و بیماری‌های آمیزشی [۱۰، ۱۱] بوده است؛ اما در هیچ یک الگوی جامعی مرکب از ابعاد مدیریت منابع صورت نگرفته

¹ Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)

است. پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران انجام یافت.

روش کار

این پژوهش با توجه به ماهیت مسئله و هدف‌های پژوهش از نوع کاربردی و از نظر روش، توصیفی-تطبیقی انجام شده است و به دنبال دستیابی به الگوی مناسب برای مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ایران بوده و در سه مرحله انجام شده است.

در مرحله اول ابتدا کشورهای مورد مطالعه تطبیقی مشخص گردید و سپس شیوه مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در کشورهای منتخب از نظر منابع فیزیکی، انسانی، مالی و اطلاعاتی بررسی شده و عوامل قابل مقایسه آنها استخراج گردیده و اطلاعات پیرامون این ابعاد و مؤلفه‌ها جمع‌آوری شد.

در مرحله دوم و بر مبنای اطلاعات به دست آمده جداول تطبیقی بر اساس ابعاد اهداف ویژه تهیه گردید و در ادامه بر اساس شاخص‌های مورد نظر الگوی اولیه طراحی گردید.

مرحله سوم بعد از طراحی اولیه الگو، پرسشنامه جهت تست الگو و اعتبار سنجی آن به نظرخواهی خبرگان که شامل اساتید دانشگاه و صاحب نظران بودند گذاشته شد پس از آن بر اساس نظر خبرگان فرم نهایی پرسشنامه جهت تست الگو طراحی گردید و با روش میدانی و بکارگیری تکنیک دلفی (۳۰ نفر که شامل متخصصین، کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها) الگوی نهایی طراحی گردید.

کشورهای مورد مطالعه عبارت بود از آمریکا، سوئد، نیوزیلند، هندوستان، لبنان و زیمبابوه. معیار انتخاب کشورها بر اساس کاهش روند شیوع ایدز و بیماری‌های رفتار جنسی در آن کشور و به شرح زیر بوده است:

۱- روند شیوع ایدز کلیه کشورها در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ در افراد ۱۵-۴۹ ساله مورد مطالعه قرار گرفت [۱۲].

۲- سپس کاهش روند شیوع ایدز و بیماری‌های رفتاری در افراد ۱۵-۴۹ ساله در همان سال‌ها و در هر کدام از کشورهای تحت پوشش در قالب مناطق شش‌گانه سازمان جهانی بهداشت به تفکیک مناطق دسته‌بندی گردید.

۳- پس از آن، در هر منطقه سازمان بهداشت جهانی (WHO)، در میان کشورهایی دارای شیوع یکسان رو به کاهش، یک کشور به صورت تصادفی انتخاب گردید.

ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها به ترتیب: (۱) فیش تحقیق، در بخش مطالعه کتابخانه‌ای (۲) فرم اطلاعاتی، برای گردآوری و ثبت داده‌های کشورهای مورد مطالعه (۳) جداول تطبیقی، برای مقایسه داده‌های جمع‌آوری شده (۴) پرسشنامه، به منظور نظرخواهی از خبرگان و آزمون الگو بوده است.

در مرحله اول پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده در مورد کشورهای منتخب، بصورت خلاصه و دسته‌بندی شده در جداول تطبیقی مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفت.

سپس با بهره‌گیری از نقاط اشتراک و افتراق مندرج در جداول مقایسه‌ای، الگوی اولیه پژوهش طراحی گردید و برای احراز اعتبار آن از روش دلفی کمک گرفته شد. پرسشنامه تهیه شده در اختیار ۱۰ نفر اعضای هیأت علمی و صاحب‌نظران قرار گرفت و اعتبار علمی آن تأیید گردید. پرسشنامه بین ۳۰ نفر از مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها و کارشناسان مرتبط با موضوع قرار گرفت. سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و به هر یک از جواب‌های کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق به ترتیب امتیاز ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ داده شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه الگو پس از جمع‌آوری، دسته‌بندی و با

می‌دهند. بیشترین تشخیص بیماری ایدز در این کشور در سطح مراقبت‌های اولیه صورت می‌گیرد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد در لبنان برنامه‌های پیشگیری و مراقبت علاوه بر مراکز ثابت خصوصی و دولتی، برای گروه‌های پرخطر مثل معتادان تزریقی، کارگران جنسی و همجنس‌بازان در ماشین‌های ون هم صورت می‌گیرد [۱۳].

در هندوستان بیش از ۴۰۰۰ مرکز آزمایشی و مشاوره‌ای در سطوح مختلف سیستم مراقبت‌های پزشکی مستقر است که این مراکز کانون آزمایش و مشاوره ادغام شده نام دارند و بطور عمده در بیمارستان‌های ایالت مستقر هستند. در این کشور مراکز آزمایش و مشاوره در دو گروه مراکز ثابت و متغیر قرار می‌گیرند که مرکز متغیر یک اتومبیل ون بوده و دارای اتاقکی برای آزمایش، مشاوره و فضای برای جمع‌آوری نمونه‌های خون است [۱۳].

در زیمبابوه علاوه بر اینکه مراکز غیر متمرکز بوده مانند سایر کشورهای مورد مطالعه، ارائه خدمات در شهر و روستا و مرکز خصوصی و دولتی انجام می‌شود (جدول ۱).

بر اساس یافته‌های پژوهش در سوئد سالانه میزان ۱۴۶ میلیون کرون سوئد یعنی حدود ۲۰ میلیون دلار آمریکایی، صرف هزینه پیشگیری از ایدز و بیماری‌های مراقبتی شده و بیش از ۸۰٪ منابع مالی آژانس توسعه بین‌المللی سوئد مربوط به اچ آی وی/ایدز به جنوب صحرای آفریقا اختصاص می‌یابد [۱۳]. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد در نیوزیلند، هزینه مراقبت اولیه بهداشتی به عهده بخش خصوصی و مراقبت‌های تخصصی و بیمارستانی به عهده دولت است. در این کشور مخارج ملی برای پیشگیری و درمان اچ آی وی/ایدز، سالیانه حدود ۱۴-۱۲ میلیون دلار و برای دوره دو ساله ۲۰۰۸-۲۰۰۹ حدود ۲۹/۵ میلیون دلار بوده است. در همین دوره، کمک‌های بین‌المللی ۷۰/۷۳ میلیون دلار برآورد شده است [۱۳].

استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری SPSS مورد تحلیل قرار گرفته و نتایج به صورت جداول ارائه گردید. جواب‌های به دست آمده در رابطه با هر یک از ابعاد الگو مندرج در پرسشنامه در صورتی که میانگین بیشتر از ۳ بود مورد قبول واقع شد و کمتر از آن از الگوی نهایی حذف گشت.

یافته‌ها

بر اساس مطالعات انجام شده در همه کشورهای مورد مطالعه مشاوره و آزمایش ایدز و دیگر بیماری‌های آمیزشی، برای اغلب گروه‌های آسیب پذیر و در معرض خطر انجام می‌شود. در همه کشورهای مورد نظر مشاوره در بخش خصوصی و دولتی ارائه می‌گردد.

در آمریکا در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها، کلینیک‌های مراقبت ویژه، کلینیک‌های ترک اعتیاد، کلینیک‌های مراقبت‌های عمومی، کلینیک‌های جامعه، تسهیلات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و واحدهای مراقبت‌های اولیه، مشاوره صورت می‌گیرد [۱۳].

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، در سوئد مشاوره و آزمایش داوطلبانه، برای اچ آی وی/ایدز در تمام کشور در دسترس است و بخصوص در مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شهرداری‌ها و کلینیک‌های عفونت آمیزشی، کلینیک بیماری‌های عفونی و کلینیک‌هایی بیماری‌های زنان و بیمارستان‌های دولتی ارائه می‌شود [۱۳].

در این کشور مراکزی وجود دارد تحت عنوان کلینیک جوانان که توسط شورای استان یا شهرداری‌ها و یا در بعضی موارد سازمان‌های غیر دولتی اداره می‌شود؛ این کلینیک‌ها بیشتر جوانان تا ۲۳ سال را برای مشاوره و آزمایش می‌پذیرند.

بر اساس یافته‌های پژوهش در نیوزیلند، بیمارستان‌های بزرگ و آسایشگاه‌ها هم خدمات مراقبت، مشاوره، درمان و آزمایش را ارائه

جدول ۱. تطبیق یافته‌های مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

ابعاد کشور	مدیریت منابع فیزیکی	مدیریت منابع اطلاعاتی	مدیریت منابع مالی	مدیریت منابع انسانی
آمریکا	ادغام خدمات مشاوره در PHC ارائه خدمات جامع و ارائه خدمات مشاوره در روستاها توزیع ملزومات پیشگیری و ادغام مراکز مشاوره	آموزش و مشاوره آنلاین مشارکت بخش غیر دولتی آموزش در مدارس راه‌اندازی وب سایت جوانان	پرداخت یارانه دارو توسط دولت تأمین مالی پژوهش‌های مرتبط توزیع رایگان ملزومات خدمات مشاوره و درمان رایگان	آموزش بدو خدمت و بازآموزی پرسنل پزشک متخصص بیماریهای عفونی مشارکت بخش خصوصی در تأمین نیرو
سوئد	ادغام خدمات مشاوره در PHC مراکز مشاوره برای مردان همجنس‌گرا ارائه خدمات جامع و ارائه خدمات مشاوره در روستاها راه‌اندازی مراکز مشاوره در مکان‌های عمومی توزیع ملزومات پیشگیری و ادغام مراکز مشاوره	آموزش و مشاوره آنلاین مشارکت بخش غیر دولتی آموزش در مدارس راه‌اندازی وب سایت جوانان	پرداخت یارانه دارو توسط دولت مشارکت مالی سازمانهای غیر دولتی توزیع رایگان ملزومات خدمات مشاوره و درمان رایگان	بازآموزی پرسنل پزشک متخصص بیماریهای عفونی مشارکت بخش خصوصی در تأمین نیرو
نیوزلند	ادغام خدمات مشاوره در PHC مراکز مشاوره برای مردان همجنس‌گرا و روسپیان ارائه خدمات جامع و ارائه خدمات مشاوره در روستاها توزیع ملزومات پیشگیری و ادغام مراکز مشاوره	آموزش و مشاوره آنلاین مشارکت بخش غیر دولتی آموزش در مدارس حساس‌سازی علمای مذهبی راه‌اندازی وب سایت جوانان	پرداخت یارانه دارو توسط دولت مشارکت مالی سازمانهای غیر دولتی جذب کمک‌های مالی بین‌المللی توزیع رایگان ملزومات خدمات مشاوره و درمان رایگان	بازآموزی پرسنل نیروهای پزشکی و پیراپزشکی در مراکز
لیان	ادغام خدمات مشاوره در PHC مراکز مشاوره برای مردان همجنس‌گرا و روسپیان مراکز سیار مشاوره راه‌اندازی مراکز مشاوره در مکان‌های عمومی توزیع ملزومات پیشگیری ادغام مراکز مشاوره	آموزش و مشاوره آنلاین مشارکت بخش غیر دولتی آموزش در مدارس حساس‌سازی علمای مذهبی راه‌اندازی وب سایت جوانان	پرداخت یارانه دارو توسط دولت مشارکت مالی سازمانهای غیر دولتی تأمین مالی پژوهش‌های مرتبط مشارکت خیرین جذب کمک‌های مالی بین‌المللی توزیع رایگان ملزومات	آموزش بدو خدمت پرسنل بازآموزی پرسنل پزشک متخصص بیماریهای عفونی
هندوستان	مشارکت سازمانهای غیر دولتی مراکز مشاوره برای مردان همجنس‌گرا و روسپیان مراکز سیار مشاوره - ارائه خدمات جامع ارائه خدمات مشاوره در روستاها راه‌اندازی مراکز مشاوره در مکان‌های عمومی توزیع ملزومات پیشگیری و ادغام مراکز مشاوره	مشارکت بخش غیر دولتی نصب تابلوهای تبلیغاتی استفاده از رسانه عمومی	پرداخت یارانه دارو توسط دولت جذب کمک‌های مالی بین‌المللی توزیع رایگان ملزومات خدمات مشاوره و درمان رایگان	آموزش بدو خدمت پرسنل بازآموزی پرسنل پزشک متخصص بیماریهای عفونی مشارکت بخش خصوصی در تأمین نیرو
زیمبابوه	ادغام خدمات مشاوره در PHC مشارکت سازمانهای غیر دولتی ارائه خدمات جامع و ارائه خدمات مشاوره در روستاها توزیع ملزومات پیشگیری ادغام مراکز مشاوره	مشارکت بخش غیر دولتی آموزش در مدارس حساس‌سازی علمای مذهبی راه‌اندازی وب سایت جوانان	پرداخت یارانه دارو توسط دولت مشارکت خیرین جذب کمک‌های مالی بین‌المللی توزیع رایگان ملزومات خدمات مشاوره و درمان رایگان	بازآموزی پرسنل مشارکت بخش خصوصی در تأمین نیرو
ایران	توزیع ملزومات پیشگیری ارائه خدمات جامع مراکز مشاوره مستقل وجود مرکز رفرنس	مشارکت بخش غیر دولتی استفاده از رسانه عمومی	پرداخت یارانه دارو توسط دولت جذب کمک‌های مالی بین‌المللی خدمات رایگان	بازآموزی پرسنل وجود پرسنل پزشک و پیراپزشکی در مرکز وجود مرکز رفرنس

مالی بر روی برنامه‌های پیشگیری از ایدز تأثیر منفی گذاشته است [۱۳].

بر اساس یافته‌های پژوهش، در سال‌های اخیر دولت زیمبابوه با چالش‌های اقتصادی ناشی از خشکسالی و رشد اقتصادی پایین روبرو بوده است و این مشکلات

بعد طراحی شد، برخی موارد آن مورد تأیید خبرگان قرار نگرفت که شامل: ادغام مراکز مشاوره در دیگر مراکز ارائه خدمات بالینی، ایجاد مراکز مشاوره برای مردان همجنس‌گرا، ارائه خدمات مشاوره در کلیه روستاها، ارائه خدمات مشاوره در مراکز سیار از جمله کانکس کاروان و حضور دندانپزشک، داروساز، متخصص تغذیه و تکنسین آزمایشگاه بود و در نهایت بر اساس مطالعه تطبیقی و نظر خبرگان، الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مطابق شکل ۱ ارائه شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که در زیمبابوه از سال ۱۹۹۴ در تمام کالج‌ها و از طریق بسته‌های آموزشی به دانشجویان و از سال ۱۹۹۶ در کلیه مدارس و به تمامی دانش‌آموزان از طریق معلمین، در مورد ایدز و ویروس اچ ای وی آموزش داده می‌شود. وزارت آموزش و پرورش امیدوار است که همه معلمان در سخنرانی‌ها مهارت‌ها و آموزش‌های لازم را در مورد ایدز و اچ‌ای‌وی حدود ۲ ساعت در هفته تعلیم دهند [۱۳].

بر اساس مطالعه تطبیقی انجام شده، الگویی در چهار

شکل ۱. الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران



بحث

مراکزی که خدمات آزمایش، درمان و مشاوره برای اچ‌آی‌وی/ایدز، عفونت‌های آمیزشی و معتادین تزریقی را ارائه دهد، در همه کشورهای مطالعه کمابیش وجود دارد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که کشورها تلاش شان را برای فعال کردن بیشتر مراکزی جهت مدیریت ایدز و بیماری‌های آمیزشی نشان داده اند و از روند تدریجی گزارشات در سال‌های مختلف می‌توان به این مهم پی برد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که خدمات مشاوره و آزمایشی در هر دو بخش خصوصی و دولتی ارائه می‌گردد.

در ارائه خدمات مشاوره و با توجه به کمبود منابع می‌توان از مشارکت سازمان‌های غیر دولتی بهره گرفت که در این رابطه دستورالعمل مراکز مشاوره رفتاری [۳] بیان می‌دارد که علیرغم وجود سازمان‌های غیر دولتی ثبت شده در کشور به تعداد قابل توجه، به طور کلی این سازمان‌ها نقش کم‌رنگی در این مورد داشته و دولت بالاترین قدرت و مسئولیت را در زمینه‌های مختلف دارا بوده است. در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز نیز با توجه به نوپا بودن برنامه، تعداد کمی از سازمان‌های غیر دولتی و مردمی به موضوع اچ‌آی‌وی علاقه‌مند بوده و فعال هستند.

از توان سیستم شبکه و ادغام مراکز مشاوره در این سیستم می‌توان بهره گرفت که هم باعث افزایش دسترسی و هم موجب کاهش هزینه‌ها خواهد شد. بیان زاده بیان می‌دارد که ادغام خدمات مشاوره و سایر خدمات بهداشتی و اجتماعی می‌تواند دسترسی و اثربخشی آن را افزایش داده و هزینه را نیز کاهش دهد [۱۴].

پی فیفر^۱ در مطالعه‌ای با عنوان ادغام خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز در سیستم مراقبت اولیه بهداشتی در

آفریقا، بیان می‌دارد در سال ۲۰۰۴، کشور موزامبیک با افزایش اختصاص اعتبار بین‌المللی مواجه گردید و با رویکرد عمودی باعث افزایش سریع داروهای آنتی‌رتروویرال ایدز در بیمارستان‌های روزانه شد. وی می‌گوید گر چه این حرکت افزایش دسترسی و دریافت دارو به افراد نیازمند را میسر ساخت ولی موجب شد منابع کمیاب از سیستم مراقبت اولیه دور شود [۷]. در راستای همین مطالعه در سال ۲۰۰۵، وزارت بهداشت استفاده از منابع مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی و ایدز را به منظور تقویت سیستم مراقبت اولیه بهداشتی آغاز کرد و شمار زیادی از سازمان‌های غیر دولتی را برای ادغام مؤثرتر برنامه‌های اچ‌آی‌وی و ایدز، در سیستم مراقبت اولیه بهداشتی در بخش عمومی به کار گرفت.

همچنین ادغام خدمات مشاوره در سایر خدمات مشابه نظیر خدمات تنظیم خانواده بایستی مد نظر قرار گیرد. بیان‌زاده بیان می‌دارد که مشاوره باید در سایر خدمات ادغام شود از جمله خدمات مربوط به بیماری‌های آمیزشی، کلینیک‌های تنظیم خانواده و خدمات قبل از زایمان، خدمات مشاوره مبتنی بر جامعه باید شروع و گسترش یابد و نیز اذعان می‌دارد که مکان و زمان خدمات باید متناسب با نیازهای اجتماع باشد و خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه برای روسپیان می‌بایست در محل‌های مناسب ارائه شود [۱۴].

فضای فیزیکی در مراکز مشاوره در کشورهای مورد مطالعه در شهر و روستا واقع شده و تحت پوشش بخش خصوصی و دولتی است اما در ایران، مرکز مشاوره فقط در شهرها موجود است که به نظر پژوهشگر با توجه به حجم جمعیت بالا در روستاها و اهمیت دسترسی روستائیان به خدمات مشاوره، ارائه خدمات مذکور در مراکز بهداشت روستایی ضروری است. در اغلب موارد بر اساس مطالعات دسترسی به داروهای آنتی‌رتروویرال برای مبتلایان به ایدز به صورت رایگان موجود است. مراکز مشاوره در

^۱ Pfeiffer

بیان زاده بیان می‌دارد که مشاورین به آموزش، حمایت کافی و نظارت نیاز دارند تا کیفیت بینه مشاوره آنان تضمین شده و بتوانند با استرس‌ها کنار بیایند و از افسردگی اجتناب شود [۱۴].

مکویزا^۲ بیان می‌دارد برای ارتقاء دسترسی عادلانه به مراکز مشاوره، آزمایش و درمان اچ آی وی، به نظر می‌رسد سرمایه‌گذاری در بخش منابع انسانی بهداشتی و ایجاد فرصت ادغام مشاوره، تست و خدمات درمانی با سل، عفونت آمیزشی و خدمات بهداشتی مادران باید ایجاد شود و مدل‌های خلاق، مدل‌های غیر متمرکزی است که نیاز زنان جوامع روستایی، مردان، دختران و پسران را نیز بتواند رفع کند [۹].

با توجه به یافته‌های پژوهش، به نظر می‌رسد از الزمات تقویت مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، سرمایه‌گذاری در بخش نیروی انسانی است. که توانمند سازی پرسنل و ارائه آموزش مداوم می‌تواند بخشی از کمبود نیرو را مرتفع سازد.

ویلاسنور^۳ در پژوهشی که در ۵ کشور آمریکایی مرکزی انجام داد تحت عنوان ارتقاء جامع درمان و مراقبت اچ آی وی در کشورهای آمریکای مرکزی با تقویت نیروی انسانی حوزه سلامت، به این نتیجه رسید که با داشتن برنامه عملیاتی، دادن اختیار به نیروی انسانی، آموزش مداوم نیروی انسانی و توجه به بهبود عملکرد کارکنان می‌توان به تقویت نیروی انسانی دست یافت. این پژوهشگر ۳۵ بیمارستان و ۳۳ مرکز بهداشتی را تحت بررسی قرار داد [۷].

با توجه به اهمیت تقویت کمی و کیفی نیروی انسانی مراکز مشاوره، دراگر^۴ در یک مطالعه در سوئیس در خصوص نیروهای بهداشتی و صندوق جهانی برای مقابله با ایدز، سل و مالاریا، این نکته را بیان می‌دارد

کشورهای مورد مطالعه دایر است اما با ساختار و وظایف مختلف، به نظر می‌رسد وجود مراکز شبانه روزی مشاوره و آزمایش در ایران ضروری می‌باشد و همینطور در روستاها نیز مراکزی جهت مشاوره داوطلبین برقرار گردد تا دسترسی برای همه میسر گردد. وجود کلینیک مخصوص جوانان که نیاز به توضیحات و توجهات بیشتری به مشتریان (جوانان) است و آسیب پذیرترین قشر جامعه در معرض خطر هستند ضروری است. از دیگر نتایج می‌توان به ادغام مراکز مشاوره در تمام سطوح نظام سلامت و به ویژه واحدهای مراقبت‌های اولیه و فوریت‌ها پرداخت. مشارکت بخش خصوصی و سازمان‌های غیر دولتی در این امر جهت پیشگیری، مشاوره و درمان بیماران گروه هدف نیز گامی در جهت کاهش به ابتلا است.

بیولیره^۱ در پژوهشی که تحت عنوان دسترسی به درمان آنتی رتروویرال در کشورهای درحال توسعه داشته است به این نکته اشاره کرده که در کشورهای با درآمد کم، متوسط دسترسی همگانی به درمان برای افرادی که با ایدز زندگی می‌کنند، یک چالش عمومی است [۱۵].

در ایران می‌توان به outreach (ماشین ون) و واحدهای دیگر تابعه و مراکز مشاوره اشاره کرد.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نیروی انسانی به عنوان مهمترین منبع، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در برخی کشورها نظیر آمریکا، آموزش‌های مدونی جهت بازآموزی نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت در مرکز مشاوره و آزمایش، وجود دارد اما در ایران آموزش‌ها بر اساس برنامه‌های مدون طراحی نشده است. حداقل آموزش مورد نیاز پرسنل مرکز بایستی در مورد چگونگی پیشگیری از عفونت، نحوه مشاوره و پیشگیری انتقال مادر به کودک باشد.

² Makwiza

³ Villasenor

⁴ Drager

¹ Beauliere

کمبود نیروی انسانی آموزش دیده موجود در مقایسه با سطح فعالیت‌های مورد نیاز در برنامه و کمبود دانش در میان کارکنان و کمبود نیروهای تخصصی ماهر در همه سطوح و همه نهادها از مهمترین چالش‌های منابع انسانی مراکز مشاوره می‌باشد [۶].

آقایاری [۱۸]، بیان می‌دارد که با اجرای فرآیند توانمندسازی و استمرار آموزش کارکنان می‌توان به راحتی به اهداف سازمان دست یافت و از مزایای توانمندسازی می‌توان به افزایش سود، کیفیت، رضایت‌مندی مشتری، احساس تعلق و مالکیت کارکنان نسبت به سازمان، بهبود شرایط کار کاهش هزینه‌ها و فشار عصبی کارکنان اشاره کرد.

مراکز مشاوره و برنامه‌های کنترل ایدز با توجه به شیوع بالای بیماری‌های رفتاری و ناآگاهی نسبی جامعه، نیاز به توجه و عزم ملی ویژه‌ی دارد.

گوردن^۲ در کانادا در مطالعه‌ای با عنوان بررسی نیازهای مالی برای مبارزه با اچ آی وی و ایدز، بیان می‌دارد که منابع مالی قابل استفاده برای مبارزه با اچ آی وی و ایدز در کشورهای با درآمد پایین و متوسط از ۳۰۰ میلیون دلار در سال ۱۹۹۶ به ۱۰ میلیون دلار در سال ۲۰۰۷ رسیده است؛ وضعیت اقتصادی نامطمئن دنیا و بحران غذایی جهان، نه تنها دسترسی به منابع مالی ملی را محدود کرده بلکه در دسترسی به خدمات درمان و پیشگیری از ایدز رقابت می‌کند [۱۰].

هچ^۳ در مطالعه‌ای با عنوان سرمایه‌گذاری مالی فزاینده جهت برنامه‌های ایدز در کشورهای با درآمد کم و متوسط از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۳۱، بیان می‌دارد که گرچه در پایان دهه سوم اپیدمی جهانی ایدز هستیم، چالش‌های بسیج مالی و مدیریت منابع بطور واضحی در حال افزایش است. پروژه بلند مدت ایدز در سال ۲۰۳۱ در کشورهای در حال توسعه، با

که رابطه مثبتی بین تعداد کارکنان بهداشتی و نتایج سلامت وجود دارد و خاطر نشان می‌سازد که چندین مطالعه نشان داده است که تعداد کافی کارکنان بهداشتی به عنوان یک نکته کلیدی در رسیدن به نتایج ارتقا یافته سلامت می‌باشد. داشتن علاقه و مهارت و دانش کافی از ویژگی‌های لازم نیروی انسانی شاغل در این مراکز است [۱۱].

میلدرد^۱ بیان می‌دارد که پرستارانی که در مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه کار می‌کنند دچار استرس همیشگی هستند که این استرس ناشی از پیچیدگی و مشکلات اچ آی وی، کمبود پرسنل، فقدان حمایت اجتماعی و پشتیبانی و خستگی مداوم آنان می‌باشد. وی اظهار می‌دارد که تجربه استرس مداوم به پرستاران احساس عدم توانمندی می‌دهد. داده‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران مورد مطالعه نیاز به برنامه‌هایی برای حمایت از تلاش‌هایشان و توانمندسازی در ارائه خدمات آزمایشگاهی و مشاوره دارند [۱۶].

سازمان جهانی بهداشت بیان کرده است که کمبود نیروی انسانی آموزش دیده در بخش سلامت بیان‌کننده بحران همه‌گیری بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه است و در کشورهای فقیر، سیستم‌های بهداشت در خطر فروپاشی ناشی از فقدان نیروی انسانی، برای انجام خدمات هستند. سال‌ها سرمایه‌گذاری محدود در توسعه منابع انسانی، اعمال سیاست‌های انضباطی کارکنان و مدیریت منابع انسانی غیر مؤثر در بخش سلامت منجر به نیروهای غیر ماهر در انجام خدمات بهداشتی و دل‌سردی و ناتوانی در مواجهه با خدمات بهداشتی مورد تقاضا خواهد شد و بسیاری از کارکنان باید به کشورهای دیگر مهاجرت کرده یا محل کار خود را ترک کنند و در چنین شرایطی همه‌گیری ایدز تشدید خواهد شد [۱۷].

² Gordon

³ Hecht

¹ Mildred

بیان زاده بیان می دارد که افزایش اطلاعات آموزش و ارتباط (IEC) برای اثبات منافع خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه و افزایش آگاهی جامعه می تواند زمان مورد نیاز برای مشاوره پیش از آزمایش را کاهش دهد. استفاده از شبکه های گسترده وب و ارتباط از راه دور می تواند هم کمبود نیروی انسانی را ترمیم کند و هم دسترسی بخشی از جامعه را به خدمات امکان پذیر سازد [۱۴].

زولفو^۱ بیان می دارد که مداوای از راه دور یکی از راههای خدمات رسانی در مناطق با منابع محدود و ارائه مشاوره و آزمایش مداوم پزشکی برای مراقبت از اچ آی وی / ایدز است. در همین راستا یک وب سایت و ایمیل مرکب در خصوص خدمات پزشکی از راه دور در سال ۲۰۰۳ در بیش از ۱۷۰ مرکز تخصصی مراقبت بهداشتی در ۴۰ کشور مختلف با منابع محدود، راه اندازی شد و نتیجه این مطالعه این بود که پزشکی از راه دور، روشی ارزان و مؤثر در مناطق با منابع محدود، برای ارائه حمایت و آموزش مداوم کارکنان بهداشتی که بیماران اچ آی وی مثبت را درمان می کنند، می باشد [۲۰].

با وجود همه تلاش های صورت گرفته جهت ارتقای آگاهی جامعه و مراجعین به مراکز، هنوز بخش اعظمی از جامعه از نحوه پیشگیری از ایدز و چگونگی مواجهه با آن اطلاعات چندانی ندارند و به نظر پژوهشگر ارتقای آگاهی عمومی ضروری است. در مورد ارتقای آگاهی جامعه از طریق مدیریت منابع اطلاعات و لزوم اهمیت به این بخش، موگیشا^۲ در یک مطالعه کمی، تجربی و توصیفی به بررسی آگاهی جامعه ماهیگیران "کانسئی" در اوگاندا پرداخته است؛ وی بیان می کند گرچه آگاهی در مورد انتقال و پیشگیری از اچ آی وی بالا بود ولی تنها ۲/۴۷٪ پاسخ دهندگان اقدام به انجام آزمایش کرده بودند و در مقایسه افراد متأهل کمتر از افراد مجرد مورد

در نظر گرفتن میزانی از نوسانات قابل توجه، از ۳۹۷ میلیون دلار در سال ۲۰۰۹ به ۷۲۲ میلیون دلار خواهد رسید [۱۹].

هر چند فعالیت های بسیار مفیدی در زمینه ارائه و گسترش خدمات اچ آی وی و ایدز در سراسر کشور، جلب حمایت سیاستگذاران، اتخاذ تصمیمات کلیدی در امر کاهش آسیب در سطوح بالایی دولت و آموزش نیروی انسانی ماهر صورت گرفته است ولی به نظر می رسد علیرغم اقدامات فوق، ارتقاء کیفی و کمی این خدمات از اهمیت حیاتی در این برهه از زمان برخوردار باشد. برآوردهای بانک جهانی حاکی از آن است که در صورت عدم اقدام به موقع تولید ناخالص ملی در کشور در معرض گسترش اچ آی وی ممکن است تا سال ۲۰۱۵ حدود ۵٪ کاهش بیابد [۶].

در این میان داشتن برنامه استراتژیکی که با دقت و حوصله و تا حد امکان با در نظر گرفتن تمامی جوانب تدوین شده باشد و بتواند مسیر اصلی فعالیت های مرتبط با اچ آی وی و ایدز را نشان دهد اهمیت به سزایی دارد. مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۴ اعلام نمود تولید ناخالص ملی سرانه ۷۲۱۹ دلار، سرانه بهداشتی ۴۳۲ دلار و سهم هزینه های بهداشتی از کل تولید ناخالص ملی ۶٪ بوده است.

منابع مالی تامین کننده اصلی اعتبار جهت اجرای فعالیت های کنترل اچ آی وی و ایدز بودجه عمومی دولت بوده است [۶].

مقوله برقراری ارتباط و آموزش و هماهنگی های برون بخشی در بحث مدیریت ایدز و بیماری های آمیزشی که مسئله بزرگ و چند جانبه ای است، بسیار مهم می باشد. کشورهای مورد مطالعه کمابیش به ارکان و ضروریات این مقوله و مدیریت منابع اطلاعاتی در زمینه مذکور پرداخته اند. اما همچنان به دلیل ضعف و کمبود نیروی انسانی و در برخی کشورهای مذهبی به خاطر تناقض آموزش های پایه با اعتقادات دینی، چالش هایی وجود دارد [۶].

¹ Zolfo

² Mugisha

کشورها اینان نیز در معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند. اما علنی صحبت کردن در خصوص رفتارهای جنسی هنوز در فرهنگ اقوام ایرانی پذیرفته شده نیست. اطلاعات و مطالعات در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی بسیار کم و پراکنده اعلام گردیده و توجه بیشتر به انجام مطالعات خاص در زمینه شیوع و خصوصیات رفتارهای پرخطر جنسی پیشنهاد شده است [۶].

بکارگیری تکنولوژی اطلاعات از ضروریات پیشبرد برنامه است. تکنولوژی اطلاعات در ابعاد زیر به تقویت روحیه پژوهشی کمک می‌کند: توانمندی به کارگیری اطلاعات در افراد تقویت می‌شود، توانایی انتخاب اطلاعات بالا می‌رود، قدرت شناخت افراد افزایش می‌یابد و افراد نسبت به اطلاعات حساس می‌گردند [۲۴].

کمبود بودجه و نیروی انسانی توانمند و نرم افزار مناسب، مهمترین نقطه ضعف برنامه بوده. نقصان نظام مراقبت رفتاری و کمبود اطلاعات مبتنی بر شواهد و مطالعات مربوطه، ضعف در سیستم‌های نرم افزاری جمع‌آوری داده‌ها، ضعف در گزارش‌دهی بخصوص از طرف بخش خصوصی، ضعف در ارتباط بین نظام مراقبت بیماری‌های مهم مثل سل و بیماری‌های آمیزشی با اچ‌آی‌وی، از دیگر چالش‌های موجود می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعات حاضر نشان می‌دهد بهره‌گیری از امکانات سازمانهای غیر دولتی، رایگان بودن کلیه خدمات مرکز مشاوره، ادغام خدمات مشاوره در خدمات مراقبت‌های اولیه، لزوم آموزش مداوم به پرسنل این مراکز، راه‌اندازی مراکز ویژه‌ی گروه‌های پرخطر مانند روسپیان، آموزش در مدارس، راه‌اندازی وبسایت‌های آموزشی مرتبط، جذب کمک‌های بین‌المللی می‌تواند به بهبود مدیریت منابع و عملکرد مراکز مذکور منجر گردد.

آزمایش واقع شده بودند؛ که بیشترین مانع آزمایش داوطلبانه عبارت بود از ترس از پاسخ آن، عدم اعتقاد به لزوم آزمایش و نداشتن وقت کافی برای آزمایش بود. موگیشا نتیجه می‌گیرد که حساس‌سازی جامعه به لزوم آزمایش، بسیج جامعه و ارتقای کیفیت خدمات و افزایش کمی مشاوره و آزمایش، ضروری است [۲۱].

در مدیریت منابع اطلاعات، بایستی دسته‌بندی داده‌ها به شکل سیستماتیک طراحی شده و در اختیار کاربران ذیربط قرار گیرد. راثو^۱ بیان می‌دارد که نبودن تعریف شفاف، عدم وجود دستورالعمل عملیاتی و محدودیت داده‌ها باعث ایجاد محدودیت در رویکرد ساختاری برنامه‌های کنترل ایدز و مدیریت آن می‌شود [۲۲].

آموزش می‌تواند نقش بسیار موثری در کاهش آسیب پذیری نسبت به اچ‌آی‌وی داشته باشد. مجامع بین‌المللی در سال ۲۰۰۲ هشدار دادند اگر در اطلاع رسانی و آموزش مؤثر حداقل ۹۰٪ جوانان درباره ایدز در هر کشوری تأخیر ایجاد شود میزان ابتلاء در آن کشور ظرف سه سال ۲ برابر خواهد شد [۶].

مهارت‌های ارتباطی و وجود دستورالعمل‌های شفاف و به روز، از نکات کلیدی در مشاوره است. آنا ماریا لوزی^۲ بیان می‌دارد که در مراکز غربال کننده اچ‌آی‌وی، معیارهای استاندارد با توجه به کیفیت ارتباط بین کارمند بهداشتی و شخص مراجعه کننده مورد توجه است. وی خاطر نشان می‌سازد که پس از گذشت ۲۰ سال از تدوین دستورالعمل مشاوره اچ‌آی‌وی توسط سازمان جهانی بهداشت، می‌بایستی به نیاز کارکنان بهداشتی در زمینه متدولوژی پیش و پس از آزمایش، توجه ویژه‌ی صورت گیرد [۲۳].

حدود یک چهارم جمعیت کشور، جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله هستند که همچون همه جوانان در سایر

¹ Rao

² Luzi

پیشنهادات

- بهره‌گیری از باورها و عقاید دینی جامعه، می‌تواند به باورهای دینی جامعه به عنوان یک فرصت نگاه کرد و نگرش پیشگیرانه، متعهدانه و دینی تازه‌ایی به جامعه جوان و در معرض خطر تزریق کرد.

- هماهنگی بین بخشی در سطوح اجرایی؛ از آنجاییکه بیماریهای رفتاری خصوصاً ایدز چند وجهی بوده، جهت مبارزه با آن و مدیریت پیشگیرانه نیاز به مشارکت بخش‌های مختلف و هماهنگی‌های لازم و عزم ملی دارد.

- ارتقای نیروی انسانی آموزش دیده موجود در مقایسه با سطح فعالیت‌های مورد نیاز در برنامه و افزایش دانش در میان کارکنان؛ کمبود نیروی انسانی آموزش دیده موجود در مقایسه با سطح فعالیت‌های مورد نیاز در برنامه و کمبود دانش در میان کارکنان و کمبود نیروهای تخصصی ماهر در همه سطوح و همه نهادها که از مهمترین چالش‌های منابع انسانی مراکز مشاوره می‌باشد.

- مداخله فراگیر بخش خصوصی در ارائه خدمات پیشگیری و کنترل اچ آی وی و ایدز با توجه به گستردگی آن در سطح کشور و آشنا نمودن بخش خصوصی با دستورالعملها و فعالیتها و اهداف برنامه استراتژیک کشوری

- ادغام این برنامه در سطوح PHC (Primary Health Care) با توجه به اهمیت پیشگیری اولیه، ضروری است که فعالیت پیشگیرانه مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری از سطح اول مراقبت‌های اولیه آغاز شود.

- ایجاد شبکه ارتباطی بین سازمانهای غیردولتی با یکدیگر و با سازمان‌های دولتی.

- برای گروه‌های دارای رفتار پرخطر بایستی خدمات پیشگیری به شکل اکتیو و پسیو در مراکز معتبر برنامه ریزی گردد.

- استفاده از تکنولوژی و افزایش امکانات اطلاع رسانی؛ به علت دسترسی جوانان و افراد آسیب‌پذیر به تکنولوژی اطلاعات و وبسایت‌ها، این استراتژی راهکار مناسبی به نظر می‌رسد.

- در نظر گرفتن برنامه‌های مدون آموزشی مهارت‌های زندگی در مدارس؛ جمعیت عظیم، در دسترس و در معرض خطر که آینده‌سازان کشور هستند و در مدارس مستقرند پس با نفوذ به مدارس و ارائه آموزش‌های لازم می‌توان از بحران آینده ایدز و اچ‌آی‌وی در کشور، بطور چشمگیری کاست.

- باید سیاست‌گذاران، برنامه ریزان، روحانیون و سایر گروه‌های کلیدی و جمعیت عمومی را در این مورد حساس کرد و حمایت آنان را در خصوص اجرای آموزش مهارت‌های زندگی به جوانان و جمعیت عمومی و آموزش رفتار جنسی سالم به همه گروه‌های جمعیتی پر خطر و در معرض خطر جلب نمود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل رساله دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده اقتصاد و مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران می‌باشد. با سپاس از همکاری‌های اداره ایدز وزارت بهداشت و درمان، نماینده سازمان بهداشت جهانی در ایران که پژوهشگران را در جمع‌آوری اطلاعات مطالعه حاضر یاری دادند.

References

- 1- Ministry of Health, Medical Education, Department of Health, Disease Management Center. The instructions state how to treat patients with clinical HIV/AIDS, 2004. (Full Text in Persian)
- 2- WHO/UNAids. Report on the global AIDS epidemic, 2008.
- 3- Ministry of Health, Medical Education, Disease Management Center. The instructions state how to treat patients with clinical HIV / AIDS, 2010. (Full Text in Persian)

- 4- The World Bank, Preventing HIV/AIDS in the Middle East and North Africa, A Window of Opportunity to Act, 2000. Available from <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MNAPreventingHIVAUG05.pdf>
- 5- WHO/UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic.2005.
- 6- The status of HIV/AIDS in the Republic of Iran and the answer to that country, Ministry of Health, Medical Education, Department of Health, Disease management center,1385. (Full text in Persian)
- 7- Villasenor Y, Eugenia De Leon M. Improving comprehensive HIV care and treatment in Central America by strengthening human resources for health.in:XVIII IntraHealth International AIDS Conferance, Guatemala, Vienna.Austria. 2010 July, 18-23.
- 8- Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ, Karagianis M. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study, Journal of International AIDS Society, 2010 Jun; 20: 13-3.
- 9- Makwiza I, Nyirenda L, Bongololo G, Banda T, Chimzizi R, Theobad S. Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi – an equity analysis, Int J Equity Health, 2009 May, 10 (5):8-13.
- 10- Gordon J.G. A critique of the financial requirements to fight HIV/AIDS, Lancet, 2008 Jul, 372 (9635): 333-336.
- 11- Dräger S, Gedik G, Dal Poz M. Health workforce issues and the global fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review, Hum Resour Health, 2006 Aug; 4(23): 4-23.
- 12- UNAIDS/WHO. Report on the global AIDS epidemic. July 2008.
- 13- UNAIDS/WHO. UNGASS COUNTRY PROGRESS REPORT. Jun2010.
- 14- Bayanzadeh A,Birshak B, Fathi Pour Y, Counseling aids, Ministry of Health, Medical Education, Department of Health, Disease management center.1382. (Full text in Persian)
- 15- Beaulière A, Le Maux A, Trehin C, Perez F. Access to antiretroviral treatment in developing countries: Which financing strategies are possible?, Rev Epidemiol Sante Publique, 2010 Jun; 58(3):171-179
- 16- Mildred D. Experiences of nurses working in Voluntary Counseling and Testing services in Swaziland, J assoc Nurses AIDS care, 2008 Nov-Dec; 19 (6): 470-479.
- 17- WHO, Tools for planning and developing human resources For HIV/AIDS and other Health services. 2006. Available from: <http://www.msh.org/resource-center/ebookstore /product.cfm?p=225>
- 18- Aghayari S, Empowerment as new method in competitive environment, Tadbir, 1382, 135: 28-33. (full text in Persian)
- 19- Hecht R, Stover J, Bollinger L, Muhib F. Financing of HIV/AIDS programme scale-up in low-income and middle-income countries, Lancet, 2010, 376(9748):1254-1260
- 20- Zolfo M, Lut L, Dierckx J, Colebundersremote R. Consultation and HIV/AIDS continuing education in low resource setting, Int J Med Inform, 2006 Sep, 75 (9): 633-637.
- 21- Mugisha E, Hildegard van Rensburg G, Potgieter E. Factors influencing utilization of voluntary counseling and testing service in Kasenyi fishing community in uganda, J the Assoc Nurses AIDS care, 2010 Nov-Dec; 21(6): 503-511.
- 22- Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, Lancet, 2009 Jun; 373,(9681),2113-2124.
- 23- Luzi AM, De Mei B, Colucci A, Gallo P. Criteria for standardizing counseling for HIV testing, Ann Ist Super Sanità, 2010; 46(1),42-50.
- 24- Soltani I, The role of information technology in human resource development, tadbir, 2003, 138: 70-74. (Full text in Persian)

Designing a Domestic Model for Resource Management at Counseling Centers for Behavioral Illnesses in Iran

Amir Ashkan Nasiripour^{*1}; Poursan Raeissi²; Seyed Jamaladin Tabibi¹; Ali Majidpour³; Mitra Safipour¹

¹ Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Department of Management and Medical Information Services, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Department of Infection Disease, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Tel: +982144869701 Fax: +982144869705 E-mail: nasiripour@srbiau.ac.ir

Received: 21 April 2011

Accepted: 17 June 2012

ABSTRACT

Background & Objectives: Establishing Counseling Centers for Behavioral Illnesses (CCBIs) is a practical solution for preventing AIDS, sexually-transmitted diseases, and drug abuse in countries that have successfully implemented prevention programs. More efficient management models can help such centers better achieve their goals using the inevitably limited existing resources. The main goal of this study was to design a domestic model for resource management at CCBIs.

Methods: In this descriptive-comparative study, a form was designed to gather relevant data from countries being studied. Based on the study goals, gathered data were organized into comparative tables, based on which the primary model was designed. A questionnaire was used to test and validate the primary model. The model was finalized by collecting the opinions of 30 experts, faculty members, and managers from the Ministry of Health and Universities of Medical Sciences using the Delphi technique.

Results: All countries studied had used their resources for managing prevention and treatment programs for AIDS and other behavioral diseases despite existing challenges. In most countries studied, the clinics were decentralized and counseling and contraception services were also provided in rural areas. Besides, such services were often integrated with primary care clinical services. Occasionally, internet-based, online counseling was also used.

Conclusion: The present investigation showed participation of non-governmental organizations, provision of all services free of charge, integration of services into primary care clinics, continuing education for the personnel of CCBIs, establishing special centers for high-risk groups such as sex workers, school-based health education, launching educational websites, and absorbing international aid can all contribute to improvement of resource management and performance at CCBIs.

Key words: Counseling Centers for Behavioral Illnesses; Resource Management; Behavioral Diseases