

آموزش پیشگیری و کنترل اچ آی وی / ایدز



HIV/AIDS

کتاب راهنمای آموزشی مربی

مدل جامع سیستماتیک
آموزش و ارتقاء سلامت

Systematic comprehensive
Health Education and Promotion model

S H E P model

آموزش اساس دانش
دانش اساس سعادت

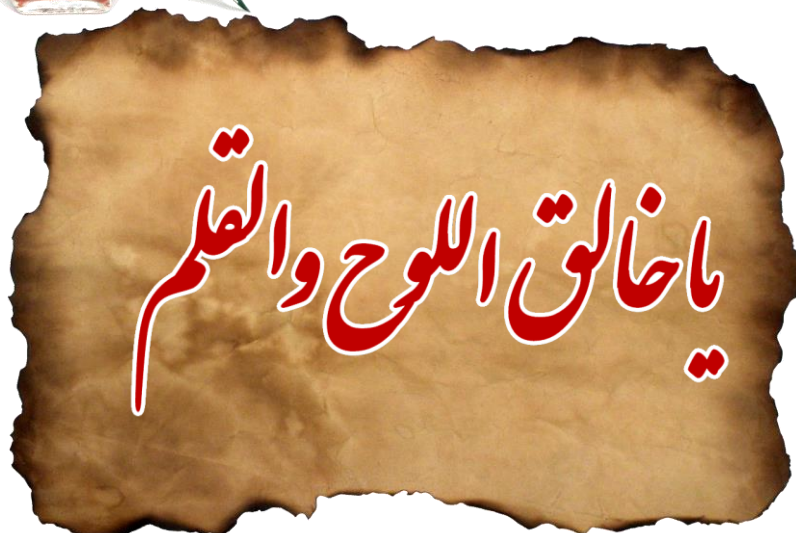


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله رب العالمين

در اولین آیه از اولین سوره قرآن کریم که به عنوان سر درب ورودی کتاب پروردگار است ، خداوند را میستائیم به دلیل داشتن صفت رَبِّ. رَبِّ در لغت به معنای پرورش دهنده است. لذا مربی کسی است که با کمال میل، زحمت پرورش آنچه برعهده‌اش است را قبول میکند و با این ویژگی ، مربی در جایگاهی بالاتر و قابل ستایشتر از معلمی که آموزش میدهد ، قرار میگیرد. امید است شما دوست عزیز نیز که با نیت پاک، گام در این راه ارزشمند و خداگونه نهاده اید، توفیق مربیگری خالصانه و در حد قبول پروردگار متعال را داشته باشید.

انشالله



این بسته آموزشی توسط سازمان مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز و بر اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت تهیه و تدوین شده است و به تایید اداره ایدز مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان وزارت علوم تحقیقات و فناوری رسیده است.

پیشگیری و کنترل بیماری اچ آی وی / ایدز کتاب راهنمای آموزشی مربی

نویسنده : دکتر غلامرضا نورآبادی

زیر نظر استاد گرانقدر :

دکتر محمد مهدی گویا رئیس محترم مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی



www.shepmodel.com

© کلیه حقوق متعلق به مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت می باشد.

استفاده از مطالب این مجموعه با ذکر منبع بلامانع است .

دکتر غلامرضا نورآبادی nourabadigr@yahoo.com



سرشناسه: نورآبادی، غلامرضا، ۱۳۵۳-

عنوان و نام پدیدآور: آموزش پیشگیری و کنترل بیماری اچ آی وی/ایدز- کتاب راهنمای آموزشی مربی =

Education of HIV/AIDS prevention and control, Trainer instruction book

مشخصات نشر: تبریز: انتشارات مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت، ۱۳۹۴.

مشخصات ظاهری: ۲۵۶ ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).

شابک: 978-600-93987-2-0

وضعیت فهرست نویسی: فیبای مختصر

یادداشت: فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی <http://opac.nlai.ir>: قابل دسترسی است

یادداشت: واژه نامه

یادداشت: کتابنامه.

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره کتابشناسی ملی: ۳۸۶۵۱۴۴

نام کتاب: آموزش پیشگیری و کنترل بیماری اچ آی وی/ایدز- کتاب راهنمای آموزشی مربی

Education of HIV/AIDS prevention and control, Trainer instruction book=



نویسنده: دکتر غلامرضا نورآبادی

زیر نظر: استاد گرانقدر جناب آقای دکتر محمد مهدی گویا

ناشر: انتشارات مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت SHEP model

ایمیل سفارشات: shepmodel@yahoo.com

گرافیک: رقیه عباسزاده - دکتر افشین تلو

قطع کتاب: وزیری

سال چاپ: ۱۳۹۴ - تبریز

نوبت چاپ: اول

تیراژ چاپ اول: ۱۰۰۰ جلد

شابک: 978-600-93987-2-0

فهرست مطالب INDEX

۱	مقدمه و پیشگفتار.....
۵	بخش اول : مهارتهای آموزشی،ارتباطی،ارزیابی و ارزشیابی در مدل SHEP.....
۶	لیست اقلام موجود در پکیج آموزشی.....
۷	سخنی چند با مریبان عزیز.....
۸	کتاب‌های راهنمای آموزشی SHEP model به فرم ساندویچی Sandwich تهیه شده اند!.....
۹	مدل جامع سیستماتیک آموز و ارتقاء سلامت SHEPmodel.....
۱۰	چگونه از کتاب راهنمای آموزشی مربی استفاده کنیم؟.....
۱۳	شیوه های آموزشی کاربردی.....
۱۳	نمایش عملی.....
۱۴	۱۰- بحث گروهی.....
۱۵	۱۱- سخنرانی.....
۱۵	۱۲- پرسش و پاسخ.....
۱۵	۱۳- قصه گوئی.....
۱۶	۱۴- ایفای نقش.....
۱۶	۱۵- مشاوره.....
۱۷	۱۶- کدام شیوه آموزشی مناسب است؟.....
۱۸	۱۷- نمودار مقایسه ای تعداد و میزان مشارکت شرکت کنندگان.....
۱۹	۱۸- مریبان SHEP model چه کسانی هستند و چه ویژگی هایی دارند؟.....
۱۹	۱۹- ابزار مریبان SHEPmodel (چهار تکنیک و هفت مهارت).....
۲۱	۲۰- جلب حمایت همه جانبه Advocacy.....
۲۴	۲۱- بازاریابی اجتماعی Social marketing.....
۲۶	۲۲- کمپین ها Campaigns.....
۲۷	۲۳- بسیج‌های اجتماعی Social mobilizations.....
۲۸	۲۴- دیده بانی (ارزیابی گسترده و متمرکز) Wide and zoom assessment.....
۲۸	۲۵- دسته بندی مخاطبان Audiences segmentation.....
۲۹	۲۶- پل سازی داخل بخشی Bonding.....
۳۰	۲۷- پل سازی بین بخشی Bridging.....
۳۰	۲۸- خیاطی Tailoring.....
۳۱	۲۹- پایش و راندگی Monitoring and Driving.....
۳۳	۳۰- کشاورزی (برداشت از مزرعه) Quantitative and qualitative Evaluation.....
۳۴	۳۱- ارتباط با گروه هدف در SHEP model.....
۳۵	۳۲- انتخاب آگاهانه سلامتی Healthy by choice.....
۳۸	۳۳- رمز موفقیت در مدل SHEP.....
۳۹	۳۴- نمودار شبکه ای فعالیتها Activity Network diagram.....
۴۲	۳۵- ساختار کارگاه های تربیت مربی و آموزش مردمی در SHEP model.....
۴۳	۳۶- ارزیابی ، پایش و ارزشیابی در SHEP model.....
۵۰	۳۷- سرمایه اجتماعی Social capital.....
۵۳	۳۸- داستان واقعی از جنس سرمایه اجتماعی، یک انسان نوع دوست و.....
۶۰	۳۹- سازمان مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز CAP.....
۶۱	بخش دوم : محتوای آموزشی پیشگیری، کنترل بیماری HIV/AIDS.....
۶۲	۴۱- اسلایدهای تدریس مربی پیشگیری و کنترل بیماری HIV/AIDS.....
۸۱	۴۲- راهنمای مربی اسلاید ۱.....
۸۶	۴۳- راهنمای مربی اسلاید ۲.....
۸۹	۴۴- راهنمای مربی اسلاید ۳.....
۹۱	۴۵- راهنمای مربی اسلاید ۴.....

۹۳	.....	۴۶- راهنمای مربی اسلاید ۵.
۹۵	.....	۴۷- راهنمای مربی اسلاید ۶.
۹۷	.....	۴۸- راهنمای مربی اسلاید ۷.
۹۹	.....	۴۹- راهنمای مربی اسلاید ۸.
۱۰۰	.....	۵۰- راهنمای مربی اسلاید ۹.
۱۰۲	.....	۵۱- راهنمای مربی اسلاید ۱۰.
۱۰۴	.....	۵۲- راهنمای مربی اسلاید ۱۱.
۱۰۷	.....	۵۳- راهنمای مربی اسلاید ۱۲.
۱۰۹	.....	۵۴- راهنمای مربی اسلاید ۱۳.
۱۱۰	.....	۵۵- راهنمای مربی اسلاید ۱۴.
۱۱۲	.....	۵۶- راهنمای مربی اسلاید ۱۵.
۱۱۳	.....	۵۷- راهنمای مربی اسلاید ۱۶.
۱۱۶	.....	۵۸- راهنمای مربی اسلاید ۱۷.

۱۲۰	.....	۵۹- بخش سوم : ضمیمه ها (ANNEXES)
۱۲۱	.....	۶۰- ضمیمه ۱ کلیات عفونت HIV/AIDS
۱۲۶	.....	۶۱- ضمیمه ۲ اهمیت آموزش
۱۲۹	.....	۶۲- ضمیمه ۳ انگ و تبیض
۱۳۲	.....	۶۳- ضمیمه ۴ کاندوم و چگونگی استفاده از آن
۱۳۴	.....	۶۴- ضمیمه ۵ سوالاتی که به فراوانی پرسیده شده اند
۱۴۱	.....	۶۵- ضمیمه ۶ پرسش و پاسخی در مورد بیماریهای منتقله آمیزشی
۱۴۵	.....	۶۶- ضمیمه ۷ وسایل و ابزار کمک آموزشی در SHEP model
۱۴۷	.....	۱- اورهد Over head projector
۱۵۱	.....	۲- دیتا پروژکتور Data projector
۱۵۴	.....	۳- فایل‌های Portable Document Format (PDF)
۱۵۵	.....	۴- فایل‌های PPT (Microsoft powerpoint)
۱۵۷	.....	۵- مراحل تولید اسلاید ppt از اسلاید pdf
۱۵۹	.....	۶- وایت برد و بلک برد W/B boards
۱۵۹	.....	۷- ماکت و مدل آموزشی models - Demonstration
۱۵۹	.....	۸- لوح های آموزشی models - Demonstration.

۱۶۰	.....	۹- ضمیمه ۸ خاطرات واقعی مربیان SHEP model
۱۶۱	.....	۱- بازگشت بیمار هپاتیت C به جمع همکاران
۱۶۳	.....	۲- تعهد مربی دانش آموز به پیشگیری از ایدز و درسی که به مدیر مدرسه داد
۱۶۵	.....	۳- کدام مهم است ؟ درس ریاضی یا آموزش پیشگیری از ایدز!؟
۱۶۸	.....	۴- مربیان پیشگیری از ایدز ، سلامت را به صبحگاه مشترک ارتش بردند!
۱۷۰	.....	۵- مربی پیشگیری از ایدز و دسته چک مدیر عامل!
۱۷۱	.....	۶- آقایان ، بگویند آنچه را که باید بگویند . ما پشتیبانان هستیم!
۱۷۳	.....	۷- سه توصیه ای که رییس آموزش پرورش به دانش آموزان کرد!
۱۷۶	.....	۸- اشک بر چشمان اساتید کارگاه!
۱۷۷	.....	۹- شنیدن کی بود مانند دیدن!
۱۷۸	.....	۱۰- ده هزار معلم ، ایدز را آنگونه که هست دیدند! نه کم نه زیاد
۱۸۱	.....	۱۱- مدیر مدرسه: من اصلا فکر نمی‌کردم دانش آموزان این سوالات را داشته باشند!!
۱۸۳	.....	۱۲- آقا! بگویند مواردی که اول نمی‌خواستیم بگویند!

- ۱۳- دانشجوی مربی ، در دانشگاه مصوبه تصویب کرد!..... ۱۸۵
- ۱۴- من یک بیمار مبتلا به ایدز هستم!..... ۱۸۶
- ۱۵- مربیان پیشگیری از ایدز ، سالن فوتبال ساختند!..... ۱۸۸
- ۱۶- پیشگیری از ایدز در هیئت عزاداری!..... ۱۹۰
- ۱۷- روز جهانی ایدز و رقص حماسی:..... ۱۹۳
- ۱۸- ما همیشه دوست میمانیم!..... ۱۹۶
- ۱۹- آقا / خانم ،جانشینتان را معرفی کنید لطفا!..... ۱۹۷
- ۲۰- باهم قویتر هستیم! کمیین پانصد هزار نفری پیشگیری و کنترل ایدز..... ۱۹۹
- ۲۱- هر آنچه از دل برآید ، لاجرم بر دل نشیند..... ۲۰۲
- ۲۲- SHEP model یکی از بهترین مدل‌های آموزش پیشگیری از ایدز..... ۲۰۴
- ۱۰- ضمیمه ۹ تصاویری از عملکرد مربیان SHEPmodel در اقصی نقاط کشور..... ۲۰۵
- ۱۱- ضمیمه ۱۰ پمفلت HIV/AIDS ۲۲۶
- ۱۲- ضمیمه ۱۱ پره تست و پست تست دانش نگرش و آگاهی KAP ۲۳۰
- ۱۳- ضمیمه ۱۲ فرم‌های مربیان SHEP model ۲۳۳
- ۱- فرم همکاری داوطلبین سلامت ۲۳۵
- ۲- برگ ارزشیابی مربی ۲۳۶
- ۳- لیست حضور و غیاب ۲۳۷
- ۴- برگ پرسش و پاسخ ۲۳۸
- ۵- برگ گزارش مربی ۲۳۹
- ۱۴- ضمیمه ۱۳ برنامه عملیاتی و فرم استانی و شهرستانی گزارش ۲۴۰
- ۱۵- ضمیمه ۱۴ اصطلاحات ۲۴۶
- ۱۶- ضمیمه ۱۵ منابع و رفرانسها ۲۴۷

بسمه تعالی

گسترش روزافزون اچ‌آی‌وی به عنوان یکی از چالش‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی، پیشرفت و توسعه جوامع را به خطر انداخته و صدمات بسیار زیادی به ساختار جوامع و اقتصاد آنها زده است. اچ‌آی‌وی/ایدز یکی از مهمترین بیماری‌هایی است که در همه کشورها بخصوص، جمعیت جوان را مورد تهدید قرار داده است. در کشورهایی که مردم در خصوص پیشگیری و کنترل بیماری از آگاهی کمتری برخوردارند انتشار بیماری بیشتر است. ایدز واکسن و درمان قطعی ندارد، از این رو تنها راه کنترل موثر آن، ارتقای آگاهی مردم به خصوص جوانان و نوجوانان از راه‌های انتقال و راه‌های پیشگیری از ابتلای به اچ‌آی‌وی است. مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (SHEP model) Systematic comprehensive Health Education and Promotion model یکی از مدل‌های آموزشی است که نتایج اثربخشی در خصوص ارتقای آگاهی عمومی داشته است و با این مدل، تاکنون پیرامون چندین موضوع از جمله ایدز، آنفلوانزا، دیابت، وبا، تب مالت، سلامت دهان و دندان به مردم آموزش داده شده است.

استفاده از پتانسیل‌های اجتماعی و جلب مشارکت مردم برای ارتقای دانش و نگرش و بهبود رفتار مردم سودمند می‌باشد. یکی از این مجموعه‌های مردم‌نهاد، جامعه‌پیشگیری از ایدز Campaign on HIV/AIDS Prevention (CAP) است که با هدف پیشگیری از ایدز در جامعه، اقدام به توانمندسازی کادر بهداشت و درمان از یک طرف و از طرف دیگر تربیت داوطلبین سلامت و مربیان همسان در میان دانشجویان، دانش‌آموزان، نظامیان، اصناف، بسیجیان، کارمندان، کادر بهداشت و درمان، داوطلبین هلال احمر و... نموده است.

امضای تفاهم‌نامه همکاری مشترک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با وزارت علوم تحقیقات و فناوری در زمینه تربیت مربیان همسان دانشجویی برای آموزش پیشگیری و کنترل بیماری ایدز، یکی از اقدامات بسیار ارزنده در سطح کشور برای ارتقای آگاهی دانشجویان است. امید است این بسته آموزشی که به منظور تربیت مربیان همسان دانشجویی، تحت نظارت مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، توسط جامعه‌پیشگیری از ایدز و بر اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت تهیه و تدوین شده است، تاثیر بسزایی در کنترل بیماری ایدز در کشور داشته باشد. بی‌شک با تداوم و توسعه این اقدام ارزشمند و اقداماتی مشابه، می‌توان شاهد ارتقای سلامت در کشور بود.

دکتر محمد مهدی گویا

رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به نام خداوند جان و خرد

مراکز مشاوره دانشجویی در حدود سه دهه فعالیت در دانشگاه‌ها در سطح سه سطح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث فعال بوده اند. انجام فعالیتهای پیشگیرانه در سطح اول در سال‌های اخیر در مراکز مشاوره دانشجویی نمود بیشتری یافته است. یکی از اقدامات مراکز مشاوره برای نیل به این منظور و استفاده بهینه از ظرفیت بی‌بدیل دانشجویان داوطلب، راه‌اندازی کانون دانشجویی همیاران سلامت روان بوده است. از جمله وظایف اصلی این کانون دانشجویی، آموزش و اطلاع‌رسانی در حوزه‌های مختلف بهداشت روانی به سایر دانشجویان است. تجربه موفق دفتر مشاوره و سلامت و مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی در بهره‌گیری از ظرفیت دانشجویان داوطلب در سنوات گذشته در طرح ارتقای سلامت روان دانشجویان خوابگاهی نیز موید اثربخشی این روش است.

به گواه آمار و گزارش‌های منتشرشده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، امروزه ایدز یکی از مهمترین بیماری‌هایی است که به خصوص جوانان را در معرض خطر قرار داده است. از طرفی بنا به همین گزارش‌ها، ایدز در ایران تاکنون ۳ موج به خود دیده است؛ موج اول، ابتلا بیماران از طریق فرآورده‌های خونی بود؛ موج دوم، از طریق استفاده از سرنگ مشترک در بین معتادان تزریقی همه‌گیر شد و موج سوم که کشور هم اکنون با آن مواجه است از طریق روابط جنسی خارج از چارچوب‌های خانوادگی و رفتارهای پرخطر جنسی در حال شیوع است. جمعیت آماجی موج سوم عمدتاً جوانان هستند.

از سوی دیگر مشخص گردیده است که بهترین روش پیشگیری از ایدز، آموزش است و مطالعات نشان داده است که یکی از مهمترین منابع کسب اطلاعات درباره این بیماری، پرس و جو و گفت و شنود با همسالان است. لذا به نظر می‌رسد اگر دانشجویان در قالب گروه‌های همسان و در مراکز مشاوره دانشجویی در چهارچوب کانون‌های همیاران سلامت روان بسیج شده و آموزش ببینند به خوبی می‌توانند هم به عنوان منبع اطلاعاتی قابل اتکا برای همسالان و هم‌کلاسی‌هایشان در آمده و هم از سرایت این بیماری به نسل جوان این کشور به خوبی پیشگیری نمایند.

در همین راستا در سال ۱۳۹۳ تفاهم‌نامه‌ای بین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص انتخاب و تربیت مربیان همسان دانشجویی ویژه دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری به عنوان یک گام مؤثر و اساسی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری ایدز به امضا رسید. به منظور عملیاتی کردن این تفاهم‌نامه لازم است در هر دانشگاه تعدادی از کارشناسان زن و مرد مراکز مشاوره انتخاب و دوره‌های آموزش تخصصی را پشت سر بگذارند و سپس آنها از بین دانشجویان داوطلب، تعدادی دانشجو با مشخصه‌های از قبل تعیین شده را انتخاب و مورد آموزش قرار دهند تا آنها به عنوان سربازان خط مقدم جبهه پیشگیری از ایدز اقدام به آموزش و آگاه‌سازی همسالان خود نمایند. امید است این مدل آموزشی که برگرفته از مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت (SHEP Model) و حاصل سالها تلاش و کوشش متخصصان بهداشتی به ویژه مولف بسته آموزشی حاضر، جناب آقای دکتر غلامرضا نورآبادی است، بتواند موجبات ارتقاء و سالم‌سازی هرچه بیشتر محیط دانشگاه‌ها را فراهم آورد.

دکتر حمید یعقوبی

سرپرست دفتر مشاوره و سلامت

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

تابستان ۱۳۹۴

آموزش اساسی دانش

دانش اساسی سعادت

جمله فوق اهمیت آموزش را در زندگی انسان مشخص می سازد. بدین معنی که نیل به سعادت به عنوان هدف غایی خلقت مبتنی برداشتن دانشی است که با آموزش صحیح کسب شده باشد. پیامبران الهی نیز با این رسالت مبعوث شده و با شیوه های آموزشی مناسب خود اقدام به تبیین و تبلیغ آیین خود نموده اند. از دیر باز سلامت به عنوان یکی از اساسی ترین موضوعات زندگی بشر مطرح بوده است اهمیت این موضوع در شعار سازمان جهانی بهداشت «انسان سالم محور توسعه پایدار» کاملاً مشخص است. در واقع جوامع بشری زمانی در مسیر توسعه، گامهای موثر و مستمری برخواهند داشت که مردمانی سالم داشته باشند. همانطور که می دانیم در قرن حاضر جهان وارد نسل چهارم سلامت شده است ویژگی بارز این نسل داشتن دید پیشگیرانه و سلامت نگر به جای دید درمان نگر است. بنابراین آموزش سلامت عمومی (Public Health Education) در راستای ارتقای سلامت و توانمند سازی مردم، اهمیت و تاثیر گذاری بسزایی دارد. هدف از این آموزش افزایش و ارتقای سطح سواد سلامتی است. سواد سلامتی در حقیقت، طیف وسیعی از مهارتها و قابلیتها است که مردم برای جستجو، درک، ارزشیابی و استفاده از اطلاعات و مفاهیم سلامت پیدا می کنند تا انتخاب های آگاهانه انجام دهند، خطرات سلامت را کاهش دهند و کیفیت زندگی خود را بالا ببرند.

در این بین اهمیت جایگاه آموزش سلامت در سیستم سلامت بیش از پیش مشخص ترمی شود. به نظر میرسد اولین خشت کج این بنا زمانی نهاده می شود که در سیستم سلامت، به آموزش سلامت به چشم خدمتی مشابه و در عرض سایر خدمات سیستم سلامت نگاه کنیم. قرار نیست آموزش سلامت به عنوان یک فعالیت مستقل و درکنار دیگر خدمات سلامت اجرا شود. آموزش سلامت در طول تمامی خدمات سلامت است و بدون آن محال است دیگر واحدهای بهداشتی درمانی موفقیتی کسب کنند. به عبارت دیگر آموزش سلامت جزو لاینفک تمامی واحدهای سیستم سلامت و مراکز بهداشتی، و آموزشی است. بنابراین آموزش سلامت، تلاشی هدفمند برای تغییر رفتار و اصلاح سبک زندگی جامعه است که با بهره گیری از اصول یادگیری ویاددهی و انتقال اطلاعات، سعی در آموزش دادن و برقراری ارتباط کامل با مخاطب را دارد و به توانمند سازی جامعه برای مشارکت در این مسیر بعنوان مهمترین استراتژی نگاه می کند.

مدل (SHEP) چیست؟

برای جامعه عمل پوشاندن به مطالب ذکر شده، بعد از مطالعه و بررسیهای لازم اقدام به طراحی و اجرای مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت شد:

SHEP model (Systematic comprehensive Health Education and promotion model)

هدف این مدل آموزشی، افزایش سواد سلامت اجتماعی public health literacy و بهره گیری از سرمایه های اجتماعی Social capital، جهت تغییر رفتار سلامتی مردم میباشد.

استراتژی مورد استفاده، تربیت مربیان سلامت بصورت آبخاری و استفاده از چهار تکنیک آموزشی و ارتباطی: (جلب حمایت همه جانبه Advocacy - بازاریابی اجتماعی Social marketing - کمپین ها Campaigns - بسیج های اجتماعی Social mobilizations) است.

این مدل با تکیه بر اصول کار تیمی، کلیه مراحل مختلف اطلاعات، ارتباطات و آموزش سلامت، اعم از مرحله بررسی، طراحی، تولید، اجرا، پایش و ارزشیابی را، بصورت سیستماتیک و مدون و با دید جامع نگر در راستای ارتقای کمی و کیفی فرایندها مورد توجه قرار می دهد.



با توجه به نیاز سنجی های آموزشی انجام یافته، محتوای آموزشی برای برخی از موضوعات تهیه شده و برای برخی در حال آماده سازی است :

پیشگیری از بیماری ایدز (باهمکاری سازمان مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز) ، بیماری آنفلوانزا، بیماری التور ، مراقبت مادران باردار، تنظیم خانواده ، بیماریهای منتقله از راه جنسی ، بهداشت دهان و دندان (برای دو گروه رده سنی کودکان و بزرگسالان)، اعتیاد ، کم خونی فقر آهن ، پیشگیری از بیماریهای قلبی ، پیشگیری از سرطانها ودیابت روستای سالم ، شهر سالم ، تغذیه سالم ، مدرسه سالم، سلامت حرفه ای، شیر مادر، بهداشت روان، بلوغ ،سلامت سالمندی، سیگار، اکستازی، آمادگی در برابر حوادث طبیعی .

دو ویژگی مهم مدل SHEP ، **جامع و سیستماتیک** بودن آن است .

جامع بودن مدل بدین معنی است که اکثر موضوعات سلامتی که در جهت افزایش سواد سلامت اجتماعی کاربرد دارند، میتوانند در محتواهای آموزشی این مدل وارد شوند .

همچنین این مدل سیستماتیک است ، بدین صورت که فعالیتهای فازهای سه گانه مدل اعم از فاز ارزیابی و تشخیص، فاز اجرا، و فاز پایش و ارزشیابی، بصورت سیستماتیک و مطابق نمودار شبکه ای فعالیتهای، به مورد اجرا درمی آیند.

در رابطه با تهیه و تدوین و همچنین اجرای سیستماتیک بسته آموزشی پیشگیری و کنترل بیماری HIV/AIDS در دانشگاه های وزارت علوم و وزارت بهداشت ، بر خود وظیفه میدانم تا از حمایتهای همه جانبه مسئولین دلسوز و سلامت نگر هر دو وزارت خصوصا اساتید عزیزم جناب آقایان دکتر محمد مهدی گویا رییس محترم مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جناب آقای دکتر حمید یعقوبی سرپرست محترم دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تشکر و قدردانی نمایم .

همچنین سپاس ویژه خود را از همکاران عزیزم جناب آقای دکتر عباس صداقت رییس محترم اداره ایدز وزارت بهداشت و سرکارخانم دکتر حمیرا فلاحی کارشناس محترم اداره ایدز وزارت بهداشت و همچنین جناب آقای حمید پیروی رییس محترم مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران، به جهت پیگیری ها و تلاشهای خالصانه و شبانه روزیشان، اعلام نمایم.

بی شک ، امضا و اجرایی شدن تفاهم نامه مشترک بین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم تحقیقات و فناوری، نقطه عطفی در فعالیتهای پیشگیری و کنترل بیماری ایدز در کشور عزیزمان خواهد بود.

آرزوی قلبی مدیران و تهیه کنندگان بسته های آموزشی این مدل چیزی جز ارتقای سلامت جامعه نمی باشد ، که امید است با ریزبینی و دقت شما مربی عزیز در مطالعه و ارائه مطالب، طبق کتاب راهنمای آموزش، به این هدف مقدس هرچه بیشتر نزدیک شویم. در ضمن جهت ارتقای کیفیت فرایندها، مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت ،آماده دریافت پیشنهادات و نظرات شما خوبان در مورد تمامی مراحل مدل SHEP می باشد .

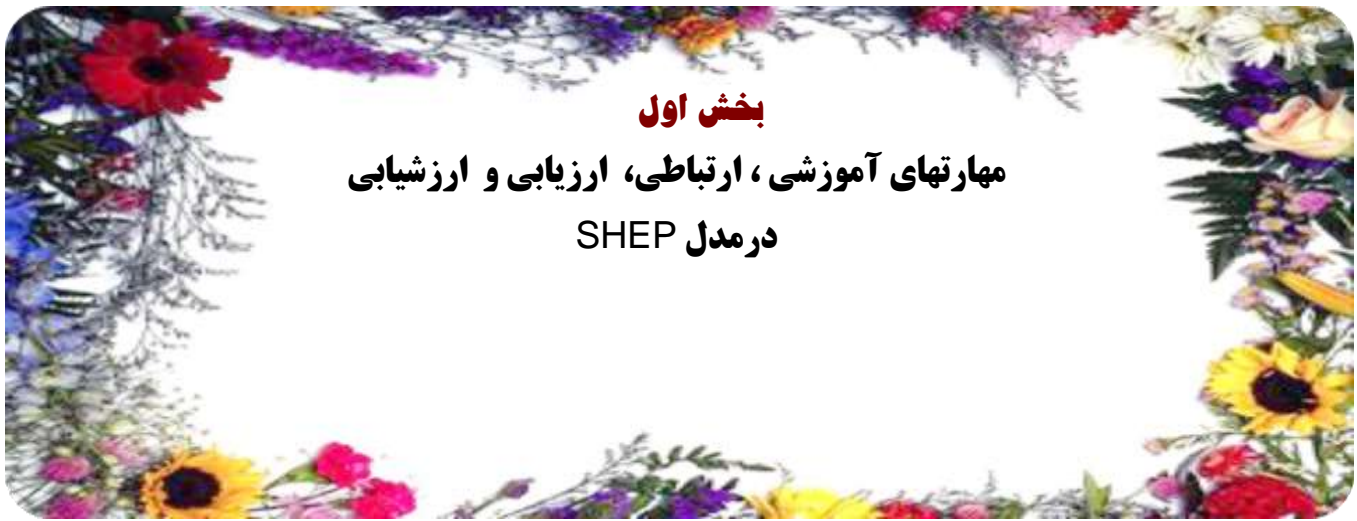
خداوند ، سلامت را سرنوشت من قرار نمی دهد مگر آنکه خود بخوایم .

خواستنی آگاهانه، مسئولانه ، هنرمندانه و ماهرانه .

دکتر غلامرضا نورآبادی

طراح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

nourabadigr@yahoo.com



بخش اول

مهارتهای آموزشی، ارتباطی، ارزیابی و ارزشیابی
درمدل SHEP

نسخه الکترونیکی



*** لیست اقلام داخل بسته آموزشی شامل:**

- ۱- کیف
- ۲- CD
- ۳- جلیقه مربی گری
- ۴- اسلایدهای (ترانسپارنسی) آموزشی به تعداد **۱۷** برگ با برگ حایل آنها
- ۵- کتاب راهنمای آموزشی مربی
- ۶- پوینتر (نشانگر)
- ۷- لیست حضور و غیاب
- ۸- برگ پرسش و پاسخ
- ۹- برگ گزارش مربی
- ۱۰- ماژیک اسلاید
- ۱۱- خودکار

*** توجه:** بسته کامل آموزشی شامل همه اقلام فوق است. امکان دارد با توجه به شرایط و بودجه سازمانی بسته در دست شما شامل همه اقلام فوق ذکر نباشد.



سخنی چند با مربیان عزیز:

هَنْ أَحْيَاهَا ، فَكَانَمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا . سوره مائده- آیه ۳۲

هر کس یک نفر را نجات دهد مانند این است که همه مردم دنیا را نجات داده است

در هر کشوری: انسان سالم ، محور توسعه پایدار است .

تاکنون ، بیماری ایدز واکسن موثر و درمان قطعی ندارد.

تأثیرات منفی اجتماعی ، فرهنگی ، اقتصادی ایدز بر کشورها غیر قابل تصور است !

موثرترین راه مقابله با گسترش ایدز در جوامع آموزش همگانی به عموم مردم است .

پس تو ای مربی عزیز

ورودت را به شبکه کشوری مربیان سلامت، تبریک می گوئیم.

مربی عزیز ، راهت مقدس و هدفت متعالی است

تلاشهای خالصانه ات را در ارتقای سلامت مردم عزیزمان ارج می نهیم.

"خدا قوت"



کتاب‌های راهنمای آموزشی SHEP model به فرم ساندویچی Sandwich تهیه شده اند!

جهت تسلط هرچه بیشتر در مهارت‌های آموزشی و ارتباطی و همچنین تسهیل در دسترسی مربیان محترم به منابع لازم، کتاب راهنمای آموزشی SHEPmodel به روش ساندویچی Sandwich تهیه شده است. همانطور که میدانید، در روش ساندویچی، محتوا و خوراک اصلی ساندویچ اعم از سوسیس، کالباس و ... توسط دو تکه نان از دو طرف حمایت میشود، تا مصرف کننده به راحتی و با سرعت بیشتر از آن استفاده نماید. در تدوین کتاب راهنمای آموزشی در تمام بسته های آموزشی که با ساختار SHEP model تهیه شده اند، نیز از روش ساندویچ استفاده شده است.

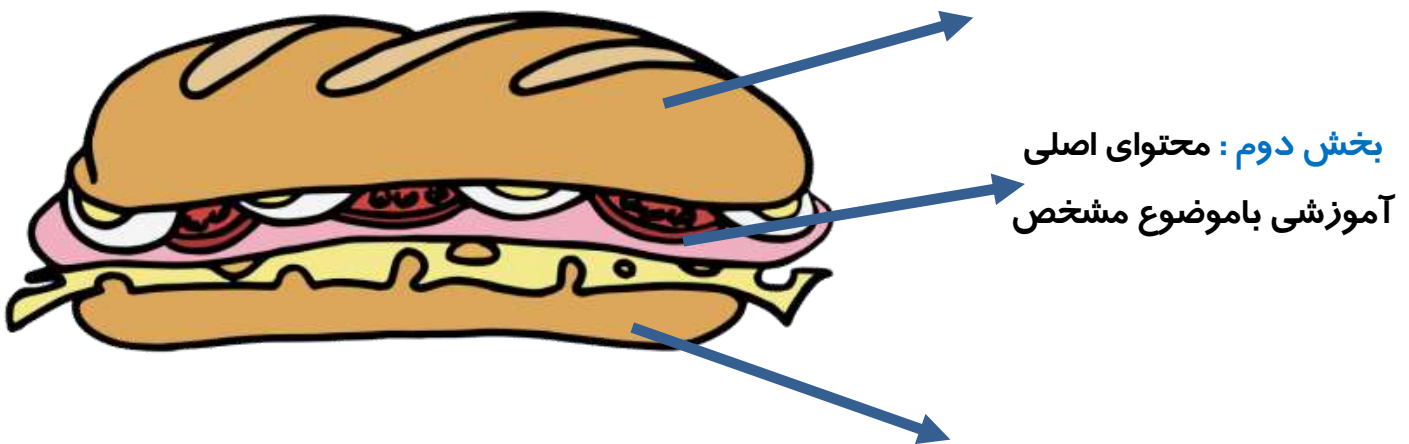
لذا کتاب راهنمای آموزشی از سه بخش تشکیل شده است، بدین ترتیب که:

بخش اول یعنی معرفی ساختار و اجزاء SHEP model است که جهت آشنایی هر چه بیشتر مربیان با وظایف و نحوه اجرای برنامه ها گنجانده شده است.

بخش دوم یعنی بخش محتوای اصلی آموزشی با موضوعات مختلف مانند ایدز، سرطان، دیابت، التور و مربی موظف است که این مطالب این بخش را برای گروه های هدف آموزشی انتقال دهد.

بخش سوم، قسمت ضمیمه کتاب راهنمای آموزشی است. در این بخش کلیاتی اضافه تر از محتوای اصلی موضوع بسته آموزشی، جداول و نمودارها، پوستر و پمفلتها و ... گنجانده شده است تا مربیان با مطالعه آنها، نسبت به موضوع و محتوای آموزشی تسلط بیشتری پیدا کنند.

بخش اول: ساختار و اجزاء SHEPmodel، وظایف مدیران و فعالیتهای مربیان



بخش سوم: ضمیمه ها شامل: کلیات-جداول- پوستر- پمفلت- فرمها-واژه نامه و ...

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

Systematic comprehensive Health Education and Promotion model *SHEP model*



مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت در حقیقت، رویکردی جدید در مدیریت دانش سلامت است که با هدف افزایش سواد سلامت و بهره‌گیری از سرمایه‌های اجتماعی جهت تغییر رفتار سلامتی مردم با استراتژی تربیت مربیان بصورت آبخاری و استفاده از چهار تکنیک آموزشی و ارتباطی زیر صورت می‌گیرد:

۱. جلب حمایت همه جانبه Advocacy

۲. بازاریابی اجتماعی Social marketing

۳. کمپین‌ها Campaigns

۴. بسیج‌های اجتماعی Social mobilizations

فعالیت‌های این مدل آموزشی از سال ۱۳۷۹ شروع و تاکنون، مراحل توسعه و تکمیلی را پیموده است. در این مدت و با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بسته‌های آموزشی برای موضوعاتی نظیر: ایدز، دیابت، التور، تب مالت، آنفلوانزا، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سلامت دهان و دندان، نظام مراقبت سندرمیک و ... تهیه و تدوین شده است و با برگزاری کارگاه‌های تربیت مربی بصورت آبخاری در سطح کشور، بیش از ۵۰۰۰۰ (پنجاه هزار نفر) مربی علاقمند، تربیت شده‌اند که در حال انتقال آموزش‌های سلامت به مردم عزیز می‌باشند. در قسمت‌های بعدی کتاب با اجزاء و فعالیت‌های مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت بیشتر آشنا خواهیم شد.

آدرس وب سایت مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت www.shepmodel.com می‌باشد.

چگونه از کتاب راهنمای آموزشی مربی استفاده کنیم؟

این کتاب به عنوان راهنمای تدریس بسته آموزشی است. تاثیر گذاری مطالب ارایه شده در کلاس ها توسط شما مربی عزیز زمانی بیشتر و قابل قبول خواهد بود که این کتاب راهنمای آموزشی را با دقت و برای چند بار مطالعه فرمایید تا با مطالب و عناوین و ترتیب آنها آشنا تر شوید، زیرا هرچه قدر به مطالب علمی تسلط داشته باشید به همان میزان اعتماد به نفس شما در ارایه آنها بیشتر و همچنین نحوه اداره کلاس بهتر خواهد شد و طبیعتاً گفته هایتان بیشتر در قلبها راه خواهد یافت و منجر به افزایش دانش و آگاهی و در نهایت تغییر رفتار افراد خواهد شد. لذا نظر شما مربی عزیز را به موارد ذیل جلب می کنیم:

۱- قبل از برگزاری کارگاه یا کلاس آموزشی سعی کنید چند روز قبل به سالن یا محل کلاس مراجعه کنید و امکانات و کارکرد وسایل کمک آموزشی را شخصاً چک نمایید و در صورت کم و کسر بودن وسایل، هماهنگی های لازم را برای رفع نواقصات و اشکالات انجام دهید.

۲- جهت برگزاری یک کارگاه یا کلاس موثر، چند نکته را فراموش نکنید: اول اینکه تسلط به مطالب علمی کلید اول موفقیت شماست پس باید تا میتوانید تمرین کنید. دوم اینکه سعی کنید شب قبل از برگزاری کارگاه یا کلاس زود بخوابید. سوم اینکه سعی کنید در کلاس مطالب خود را با صدای بلند و سرعت آرام ارایه نمایید. در صورت بروز طپش قلب، و احیاناً استرس، چند لحظه مکث کنید، چشمان خود را ببندید، چند نفس عمیق بکشید و سپس چشمانتان را باز کنید و آرام مطالبتان را ادامه بدهید (نترسید هیچ اتفاقی نمی افتد). این را هم بدانید که سخنرانان معروف دنیا با صدای بلند و سرعت آرام سخنرانی میکنند!

۳- محل مناسبی را برای استقرار دستگاه اورهد Over head پیدا نمایید. این محل باید طوری باشد که نور اورهد به یک سطح صاف و روشنی بتابد تا تصاویر واضح و روشنی حاصل شود. همچنین محل باید طوری انتخاب شود که شرکت کنندگان براحتی مطالب اسلاید را ببینند. ضمناً دسترسی به پریز برق نیز باید براحتی صورت گیرد.

۴- قبل از شروع کلاس برگه های پرسش و پاسخ را بین اعضای کلاس پخش کنید و توضیح دهید: " در صورتیکه در حین کلاس سوال یا نظر یا پیشنهادی برای شما مطرح شد، می توانید آنها را روی برگه ها یادداشت نمایید، چون به احتمال زیاد جواب سوال هایتان را در مطالبی که در ادامه جلسه حضورتان ارایه می شود، خواهید یافت. اگر این گونه نشد و پاسخ سؤالتان را در طول جلسه آموزشی نیافتید، در پایان کلاس وقت و فرصت کافی برای طرح و جواب گویی آنها خواهد بود." اشاره کنید که من در آخر کلاس در خدمتتان خواهم بود و به تمام سؤالات حضوری شما نیز با کمال میل پاسخ خواهم داد.

۵- دقیقاً به زمانبندی اشاره شده برای هر قسمت اسلاید در کتاب راهنما دقت نمایید و مدام به ساعت خود نگاه کنید .

۶- سعی کنید که در زمان ارایه مطالب در کنار دستگاه اور هد (Over head) حضور داشته باشید و کنترل ترانسپارنسی و کاغذ حایل را خودتان به عهده بگیرید. در صورت لزوم برای اشاره به تصاویر ، مطالب یا آمار و ارقام اسلایدها، از نشانگر لیزری داخل بسته آموزشی استفاده نمایید .

۷- جهت یکسان بودن مطالب ارایه شده توسط کلیه مربیان، خواهشمند است در توضیح اسلایدهای آموزشی طبق راهنمایی های این کتاب عمل نمایید و به مطالب حاشیه ای و خارج از برنامه اشاره ننمایید . **(مهم)**

۸- مطالب اسلایدها ، قسمت بندی (Part) شده است تا ارایه آنها راحت تر و قابل فهم تر شود، هر قسمت با شماره مشخص شده است مثل (Part 1-1) در این شماره گذاری عدد اول مربوط به شماره اسلاید و عدد دوم مربوط به شماره قسمت میباشد : (Part 1-2) (Part 1-3) (Part 1-4) به همین ترتیب تصاویر موجود در اسلایدها باید در محل و زمانبندی اشاره شده در کتاب راهنما توضیح داده شوند. تصاویر با (Figure) شماره بندی شده اند مثل : Figure (1-1) , Figure (1-2) , Figure (1-3) , Figure (1-4) و مانند قسمت قبل عدد اول مربوط به شماره اسلاید و عدد دوم مربوط به شماره تصویر می باشد.

۹- در ارایه مطالب برای اینکه قسمتهای زیرین اسلایدها دیده نشوند ، از کاغذهای حایل جهت پوشاندن مطالب پایینی استفاده نمایید و با ادامه روند آموزش کاغذ حایل را از روی مطالب بردارید.

۱۰- در قسمتهایی که ابتدا با یک سوال شروع شده است. در ابتدا با پرسیدن سوال و گذاشتن کاغذ حایل روی اسلاید جهت دیده نشدن جواب، به منظور جلب مشارکت شرکت کنندگان از آنها بخواهید تا به سوال جواب دهند و با کمال آرامش و خونسردی و تشویق، به جوابهای آنها (دو نفر از شرکت کنندگان) گوش فرا دهید. البته در این لحظه نباید به جوابهای آنها عکس العمل نشان دهید. سپس به ارایه مطالب خود مطابق کتاب راهنما ادامه دهید.

۱۱- در صورت بروز حالاتی چون پرسش سوالهای بی ربط یا سوالهایی که موجب ایجاد بی نظمی در کلاس میشوند ، به فرد مطرح کننده سوال بگویید که:
❁ بعد از اتمام کلاس من در خدمتان خواهم بود و جواب سوالتان را باکمال میل خواهم داد .
❁ یا اگر اجازه دهید به ادامه مطالب پردازیم شاید جوابتان را از لابلای مطالب ارایه شده پیدا کنید .

۱۲- باید بدانیم که هیچ کس پاسخ همه سوالها را نمیداند. لذا اگر از شما سوالی پرسیده شد که پاسخ آن را نمیدانید با شهامت و صداقت بگویید که من پاسخ را نمیدانم . سوال شما را برای جلسه بعد از اساتید پرسیده و جواب کامل و صحیح را به شما خواهم گفت. (این کار شما باعث افزایش اعتماد شرکت کنندگان میشود.)

۱۳- جهت تسلط بیشتر و توانایی پاسخگویی به سوالات شرکت کنندگان در خاتمه کلاس ، قسمتهای ضمیمه کتاب راهنما ، قبلاً بطور کامل مطالعه شود

۱۴- ضمیمه مربوط به فرم های مربیان SHEP :

- فرم همکاری داوطلبین سلامت ، جهت ثبت نام از شرکت کنندگان داوطلب و علاقمند
- برگ ارزشیابی مربی ، جهت صدور گواهی مربی گری برای مربیانی که در آزمون مربی گری موفق شده اند.
- برگ حضور و غیاب شرکت کنندگان ، جهت حضور و غیاب شرکت کنندگان در جلسات آموزشی
- برگه های پرسش و پاسخ ، جهت توزیع به شرکت کنندگان قبل از شروع کلاس
- برگ گزارش مربی ، جهت تهیه گزارش از جلسه آموزشی برگزار شده

۱۵- عضویت مربیان در سایت اینترنتی www.shepmodel.com

مربیان محترمی که موفق به دریافت گواهی مربی گری شده اند می توانند با مراجعه به سایت مذکور و تکمیل فرم عضویت به شبکه بزرگ کشوری مربیان سلامت بپیوندند . (لازم به ذکر است که برای عضویت داشتن ایمیل در yahoo و یا gmail برای مربیان الزامی است)

با این عضویت، مربیان می توانند کلیه گزارشات و مستندات (عکس و فیلم) کلاسهای برگزار شده خود را از طریق اینترنت و از سراسر کشور به سایت مذکور ارسال نمایند. همچنین می توانند از طریق سایت از آخرین اخبار، آمار و ارقام جهانی و کشوری آگاه شوند و اطلاعات اسلایدهای خود را به روز نمایند. علاوه بر این مربیان عزیز در صورت داشتن هرگونه سوال و بروز مشکل در برگزاری کلاسها می توانند با مکاتبه اینترنتی ، موارد خود را مطرح و در اسرع وقت پاسخ مقتضی را دریافت نمایند.

سایر شیوه های آموزشی کاربردی که مربیان عزیز می توانند از آنها بهره مند گردند :

در این قسمت توجه مربیان عزیز را به این نکته مهم جلب میکنیم که انتظار اصلی این برنامه از مربیانی که موفق به اخذ گواهی مربی گری می شوند ، حضور در کلاسهای تدریس ۱ الی ۱/۵ ساعتی است که بعد از هماهنگی با ارگانهای مربوطه (مانند دانشگاه، مرکز بهداشت، مدرسه، پادگان، بیمارستان، بسیج، هلال احمر و ...) صورت می گیرد. در این کلاسها ارایه مطالب آموزشی با کمک اسلایدها و طبق طرح درس و با استفاده از وسایل کمک آموزشی (اورهد- پرده نمایش و ...) انجام می شود. این همان روش کلاسیک مدل SHEP می باشد.

از طرف دیگر ، از آنجاییکه مطالب این بسته آموزشی، جامع میباشد مربیان می توانند ، بعد از تسلط علمی و کسب مهارتهای ارتباطی و آموزشی از سایر روشهای آموزشی که در زیر عنوان میگردد برای آموزشهای خود بهره گیرند :

۱-نمایش عملی Demonstration

۲-بحث گروهی Group discussion

۳-سخنرانی Lecture

۴-پرسش و پاسخ Colloquy

۵-قصه گویی Story telling

۶-ایفای نقش Role playing

۷-مشاوره Counseling

۸- و ...



پرواضح است بعد از تمرین بیشتر مطالب و شناخت بهتر از محیط آموزشی ، ابزار کمک آموزشی ، زمان و ویژگی شرکت کنندگان در جلسه آموزشی ، مربی می تواند به راحتی با انتخاب یکی از شیوه های آموزشی فوق الذکر و یا استفاده از ترکیبی از آنها در افزایش اثر بخشی جلسه آموزش خود قدم بردارد. در اینجا به توضیح مختصری از شرایط و ویژگی های هر یک از شیوه های آموزشی فوق الذکر اشاره میگردد:

نمایش عملی Demonstration

این شیوه بر اساس مشاهده و دیدن استوار است و اشیای حقیقی و واقعی به کار گرفته می شود. در این شیوه، طرز استفاده از یک وسیله یا چگونگی ساختن چیزی نشان داده می شود. مثلا نحوه صحیح مسواک زدن ، نحوه سالم سازی سبزیجات ، طرز تهیه سرم خوراکی و لازم به ذکر است که این شیوه معمولا به تنهایی به کار نمی رود و سخنرانی نیز در کنار آن انجام می شود.

برای ارتقای کیفیت آموزش در شیوه نمایش عملی (رعایت نکات زیر سودمند می باشد):

۱. آمادگی کامل قبلی مربی

۲. وجود تجهیزات کافی و لازم

۳. وجود فضای کافی برای تمرین عملی و به حداقل رساندن شلوغی و سر و صدا

۴. امکان مشاهده آسان برای همه فراگیران

۵. ارایه توضیح علمی همزمان با نمایش عملی توسط مربی

۶. اجرای آهسته نمایش به منظور آموزش مهارت های عملی

۷. بیان مجدد از مراحل



بحث گروهی Group discussion



بحث گروهی گفتگویی هدفمند و دارای ساختار درباره موضوعی خاص است که معمولاً مورد علاقه فراگیران می باشد. این روش برای جمعیت های تا حداکثر ۱۰ نفر مناسب است ولی در صورتی که تعداد فراگیران بیشتر باشد، می توان آنها را به گروه های کوچکتر تقسیم کرد. در این روش مربی می تواند با توجه به گروه هدف و میزان علاقمندی به موضوع و سطح علمی آنان ، تیتیر یک یا چند تا از موضوعات محتوای بسته آموزشی را برای ایشان مطرح نماید. سپس فراگیران درباره آن موضوعات به مطالعه، اندیشه و تبادل نظر می پردازند در نهایت بعد از بحث به نتیجه می رسند.

نظر مربیان عزیز را به چند نکته مهم در روش بحث گروهی جلب می نمایم:

- بهترین روش چیدمان صندلی ها در بحث گروهی بصورت دایره ای یا بیضی می باشد نه بصورت کلاسی.

از مزایای این روش چیدمان این است که :

الف - در حالت چیدمان دایره ای همه شرکت کنندگان در بحث گروهی خود را همتران بقیه افراد احساس میکنند و حالت رییس مرئوسی و یا شاگرد استادی از بین می رود.

ب - شرکت کنندگان به راحتی میتوانند چهره همدیگر را ببینند . این امر در ابراز بهتر نظرات و عقاید و ارتباط غیر کلامی سودمند می باشد.

ج- در روش بحث گروهی مربی به عنوان یک تسهیلگر جلسه عمل می نماید، به طوریکه با مدیریت خود بحث را به گردش در می آورد و از به انحراف کشیده شدن بحث جلوگیری می کند، بدون اینکه در محتوای نظرات و صحبت های افراد مداخله و اعمال نظر نماید.

این شیوه آموزشی نیاز به مدرسان و تسهیلگرانی دارد که قدرت تصمیم گیری داشته باشند تا از بروز انحرافات در بحث جلوگیری نمایند و کنترل جلسه را در دست داشته باشند.

در بحث گروهی تسهیلگر و شرکت کنندگان هر کدام وظایفی برعهده دارند :

وظایف شرکت کنندگان:

- ⊙ فکر کردن و مطالعه درباره موضوع
- ⊙ ارائه نظرات خود در جلسه بحث گروهی
- ⊙ گوش کردن به نظرات دیگران
- ⊙ صحبت خصوصی نکردن با همدیگر
- ⊙ انتظار نداشته باشند که نظراتشان حتماً پذیرفته شود

وظایف تسهیلگر:

- ⊙ فراهم کردن امکانات
- ⊙ شرکت در بحث
- ⊙ کنترل و هدایت بحث

سخنرانی lecture

زمانیکه تعداد فراگیران زیاد بوده و فضای کافی آموزشی و امکانات سمعی و بصری مناسب وجود داشته باشد، مربیان عزیز می توانند با استفاده از محتوای بسته آموزشی برای مدت زمان معین و با توجه به شرایط فراگیران سخنرانی کنند.

جهت ارتقای کیفیت سخنرانی رعایت نکات زیر مفید خواهد بود:

۱. زمان سخنرانی را محدود کنید.
۲. مشارکت فراگیران را با طرح سوالات جلب کنید.
۳. از وسایل کمک آموزشی به منظور کمک به تفهیم موضوع استفاده نمایید.
۴. از اطاله کلام پرهیزید و فقط نکات ضروری را ارائه کنید.
۵. مثال هایی با کلمات ساده و مرتبط با فراگیران بزنید.
۶. در ابتدا و انتهای جلسه، خلاصه ای از موضوع را ذکر کنید.
۷. بلند و واضح صحبت کنید و اجازه دهید فراگیران یادداشت بردارند.
۸. به تک تک افراد حاضر در کلاس نگاه کنید.



پرسش و پاسخ Colloquy

هدف این شیوه آموزشی، تشخیص و تحریک تفکر، توانایی ها و علائق، تقویت قدرت استدلال، سنجش و قضاوت، استفاده از تجربیات گذشته و ایجاد اعتماد به نفس است. در این شیوه مدرس، فراگیران را به تفکر درباره مفهومی جدید یا بیان مطلبی تشویق می کند. فراگیر نیز با کوشش ذهنی خود از معلوم به مجهول می رسد. این شیوه آموزشی به روش سقراطی هم معروف است. در این شیوه مربی با طرح سوالات برنامه ریزی شده به همراه فراگیران به کسب مفاهیم و مطالب جدید دست می یابند. مربی باید سوالات را به گونه ای طراحی نماید که با زمینه ذهنی و علمی فراگیران همخوانی داشته باشد و توجه آنها را برانگیزد. این سوالات باید به صورت متوالی برای تداوم فعالیت های ذهنی فراگیران در نظر گرفته شوند.



قصه گویی story telling

این شیوه آموزشی مناسب برای گروه هدف بچه ها و خردسالان و همچنین برای افرادی که سواد و تجربه کمی دارند جهت تفهیم بیشتر مطالب می باشد. در این شیوه مربی، محتوای آموزشی را بوسیله کاراکترها و شخصیت های داستان بصورت کاملاً هنرمندانه و ظریف به گروه هدف منتقل می نماید. تسلط هرچه بیشتر مربی به محتوای داستان و مهارت های ارتباطی، در افزایش کیفیت انتقال مطالب بر روی گروه هدف موثر خواهد بود.



ایفای نقش Role playing

ایفای نقش یکی دیگر از روشهای آموزشی است که برای تجسم عینی موضوعات و دروسی که برای نمایشنامه مناسب



هستند، مفید می‌باشد. از مزایای این روش آموزشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد :

- برقراری ارتباط عاطفی فراگیران با ایفاگران نقش و احساس کردن خود در صحنه .
- تجربه نقش های متفاوت در محیطی امن مخصوصاً برای کودکان و نوجوانان.
- نشان دادن پاسخهای متعدد به موقعیتهای خاص مانند پاسخ "نه" به رفتارهای پرخطر.
- یافتن راه حلی برای موقعیتهای پرتعارض در محیطی امن.

مربیان عزیز می‌توانند از محتوای بسته آموزشی و داستانهای موجود در آنها برای نوشتن متن ایفای نقش و انجام سایر اقدامات اجرایی بهره گیرند .

مراحل اجرایی ایفای نقش:



۱. تعیین موضوع و نوشتن آن به صورت نمایشنامه

۲. فراهم کردن شرایط و امکانات لازم

۳. تعیین و تمرین نقش هایی که باید ایفا شوند.

۴. توضیح مختصر درباره موضوع و هدف برای فراگیران

۵. اجرای نمایش

۶. بحث درباره محتوا، چگونگی اجرای نمایش و نتایج آن .

برای ارتقای کیفیت آموزش در شیوه آموزشی ایفای نقش باید نکات زیر را رعایت نمود:

۱. راهنمایی ها و آموزشهای لازم به طور واضح و شفاف ارائه شوند.

۲. ایفای نقش توسط فراگیران بطور داوطلبانه باشد .

۳. هدف از ایفای نقش بیان شود .

۴. زمان کافی برای ایفای نقش داده شود .

۵. روی نکات آموزشی توجه نموده و آنها را پررنگ تر نمایش دهند .

۶. تجربیات ایفای کنندگان نقش پس از اجرا مورد بررسی و بحث قرار گیرد .

۷. جهت آموزش موثرتر، می‌توان از سیاست تعویض نقشها توسط افراد استفاده کرد تا با

این کار افراد تجربه های متفاوت را کسب کنند.



مشاوره counseling

مشاوره نیز یکی از شیوه های آموزشی بسیار مفید و موثر می باشد که بعد از تمرین زیاد و تسلط علمی بر اصول آموزش و ارتباطات و آشنایی با شرایط مشاوره خوب و اصول مشاوره ، مربی می‌تواند از این شیوه بهره‌مند شود. این شیوه بیشتر در آموزشهایی با موضوعات شیوه زندگی، بلوغ ، اعتیاد، ایدز و ... کاربرد دارد .

به مربیان عزیز توصیه می‌شود جهت انجام یک مشاوره خوب، علاوه بر تسلط علمی بر محتوای بسته آموزشی حاضر، از کتابها و یا کارگاه ها و یا همکاری کارشناسان مشاوره نیز بهره‌مند گردند.



کدام شیوه آموزشی مناسب است ؟

در پایان متذکر می شود که هر یک از شیوه های آموزشی به تنهایی مزایا و محدودیتهایی دارند و از این رو غالباً بکارگیری مجموعه ای از شیوه های آموزشی توصیه می شود تا کارایی و اثر بخشی بیشتری به همراه داشته باشد.

برای انتخاب شیوه آموزشی مناسب معیارهایی وجود دارد که عبارتند از :



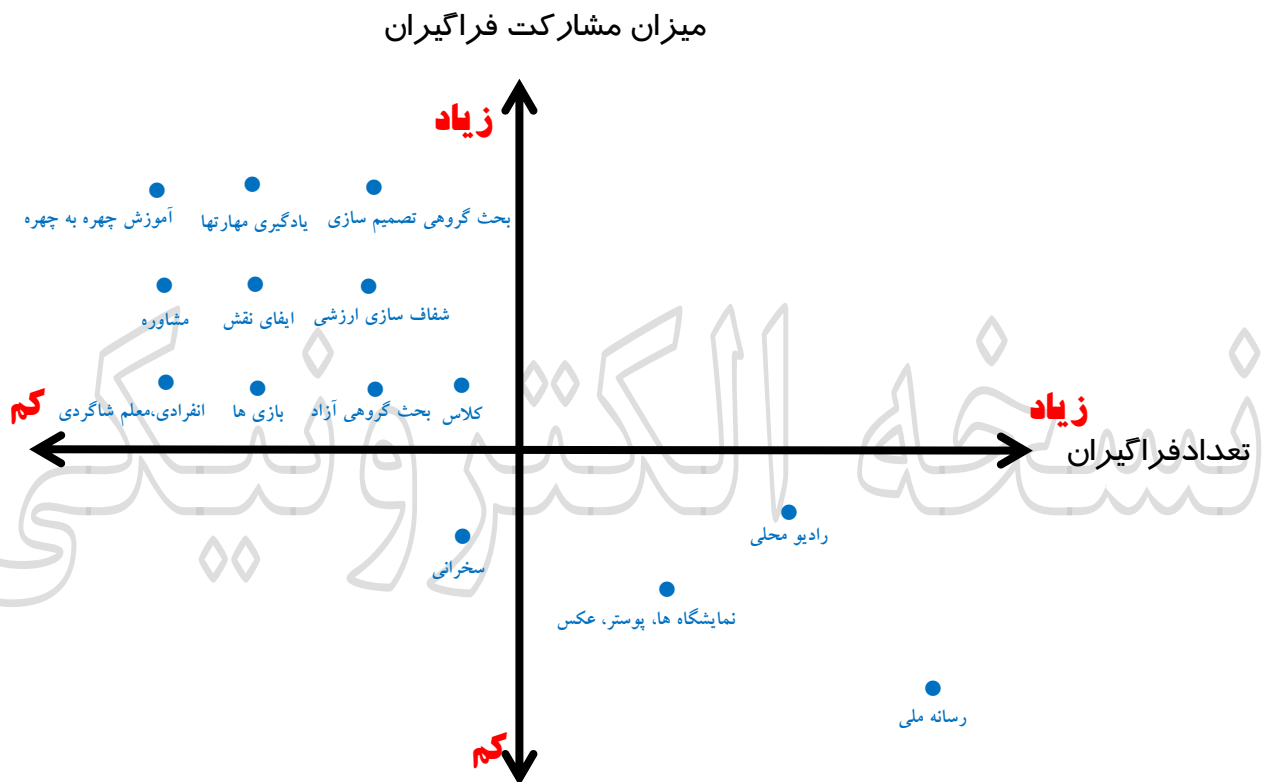
- اهداف آموزشی
- ویژگیهای فراگیران*
- محتوای آموزشی
- ویژگیهای آموزش دهندگان
- نیازهای کمک آموزشی (فضا، مواد، زمان و ...)

*جدول زیر در انتخاب شیوه آموزشی بر اساس ویژگی فراگیران کمک کننده است :

* ویژگیهای فراگیران :

<u>تعداد فراگیران</u>	<u>روش آموزش</u>
زیاد	سخنرانی
کم	بحث گروهی
<u>تجربه فراگیران</u>	<u>روش آموزش</u>
کم	سخنرانی
زیاد	بحث گروهی
<u>سواد فراگیران</u>	<u>روش آموزش</u>
کم	ایفای نقش - داستان گوئی
زیاد	بحث گروهی - کارگاه - سمینار

نمودار مقایسه ای از نظر میزان مشارکت فراگیران با تعداد فراگیران
در فرآیند آموزش سلامت
و جایگاه مختصاتی روشها و شیوه های آموزشی در این نمودار



یکی از نکات مهم در موفقیت استفاده از شیوه های آموزشی، دقت در انتخاب رسانه آموزشی و ارتباطی مناسب است. یک رسانه ارتباطی مناسب باید دارای ویژگی های زیر باشد:

عمق - وسعت - دسترسی - تداوم اثر - محلی بودن - درگیری حواس - اعتبار

مربیان SHEPmodel چه کسانی هستند؟

۱- کادر سلامت: افرادی هستند که زمینه شغلی شان به نوعی به موارد سلامتی مردم مرتبط است



۲- داوطلبین سلامت و مربیان همسان: اعم از دانش آموزی، دانشجویی، رابطین سلامت ادارات، رابطین بهداشتی، بسیجیان، داوطلبین هلال احمر و نظامی و...



مربیان SHEPmodel چه ویژگی هایی دارند؟

۱. عدم سوء مصرف مواد و حتی مصرف سیگار
۲. دارا بودن وجهه اجتماعی قابل قبول بین سایر همکاران، همکلاسیان، همقطاران و
۳. علاقمند به مسایل اجتماعی و سلامتی
۴. داشتن فن بیان و ارتباطی قابل قبول
۵. داشتن روحیه تعاملی و کار تیمی
۶. داشتن سعه صدر و حسن خلق در مسایل آموزشی- ارتباطی و اجتماعی
۷. قایل بودن احترام به ارزشهای اخلاقی و اجتماعی جامعه.

ابزار مربیان SHEP model

چهار تکنیک و هفت مهارت



همچنانکه میدانیم موفقیت در هر حرفه و شغلی در دنیای امروزی نیازمند استفاده از ابزار و آلات به روز و پیشرفته مربوط به خود است.

مثلا شغل نجاری را فرض کنید. نجارهای قدیمی با اره های دستی، میخ و چکش و ... سرو کار داشتند ولی نجارهای امروزی با پیشرفت ابزارهای کاری مانند اره و پیچ گوشتی های برقی و ... کارهایشان به مراتب راحتتر، با دقت و کیفیت بالاتر و سرعت بیشتری انجام میدهند.

به همین جهت، مربیان SHEPmodel نیز برای انجام مداخلات ارتقاء سلامت، نیاز به آشنایی با تکنیکهای چهارگانه مدل SHEP را دارند تا با استفاده از آنها بهتر، راحتتر و موثرتر بتوانند فعالیتهای آموزشی خود را انجام دهند. این چهار تکنیک عبارتند از:

Social marketing

۱- بازاریابی اجتماعی

Advocacy

۲- جلب حمایت همه جانبه

Campaigns

۳- کمپینها

Social mobilization

۴- برگزاری بسیجهای اجتماعی

به عبارت دیگر، این تکنیکها به عنوان ابزارهایی هستند که مربیان می توانند جهت انجام مداخلات آموزشی و ارتقای سلامت مردم، بسته به موقعیت مداخله، گروه هدف مداخله، موضوع سلامتی مورد مداخله و ... از آنها بهره گیرند. پرواضح است مربی، زمانی بهتر نتیجه خواهد گرفت که با تمرینهای بیشتر و بیشتر، در این تکنیکها مهارت پیدا کند.

جلب حمایت همه جانبه Advocacy

همانطور که می دانیم بسیاری از برنامه هایی که در حوزه سلامت با هدف تغییر رفتار (مانند پیشگیری از ایدز و اعتیاد، کنترل بیماری فشار خون، دیابت و ...) طراحی می شوند، بدون اصلاح دیدگاه تصمیم گیرندگان (نمایندگان مجلس، مسئولین سیستم قضایی، مجریان دستگاههای دولتی و غیر دولتی، مسئولین دانشگاهها و مدارس، مسئولین لشگری و ...) و ایجاد تغییر در سیاستهای عمومی جامعه امکان پذیر نمی باشد.

موفقیت اجرای مکانیسمهای فوق، نیازمند هماهنگی و همدلی سازمانها، ادارات دولتی و غیر دولتی و مردم در مورد برنامه های سلامت می باشد و در این راستا سیاست جلب حمایت همه جانبه راهبردی اساسی به شمار می رود.

جلب حمایت همه جانبه سلامت (Health Advocacy): در تعریف به مجموعه ای

از راهبردها، برنامه ها و فعالیتهایی اطلاق میشود که اجرا می شوند تا سیاستهای جامعه در جهت برنامه های سلامت مورد نظر اصلاح گردد.

جلب حمایت همه جانبه در صورت موفقیت می تواند:

با اصلاح برنامه ها، قوانین و بودجه های جاری، سیاستهای زیان آور برای سلامت را متوقف کند و باعث اجرای سیاستهای مفید شود. همچنین می تواند مسائل و مشکلات سلامت را در معرض افکار عمومی و در دستور کار سیاستگذاران قرار دهد و سبب حرکت اجتماعی و برانگیختگی جامعه در زمینه برنامه های مورد نظر گردد.



مراحل برنامه ریزی برای جلب حمایت همه جانبه :

- ۱- شناسایی و تحلیل مشکل
- ۲- تدوین اهداف کلی و اختصاصی
- ۳- شناسایی و تحلیل دست اندرکاران (Stake holders)*
- ۴- تولید پیام جلب حمایت همه جانبه
- ۵- انتخاب و اجرای راهبرد جلب حمایت همه جانبه

* دست اندرکاران = (Stake holders) به ۴ دسته تقسیم بندی می شوند:

- ذینفعان (Beneficiaries)
- تصمیم گیرندگان (Decision Makers)
- شرکا (Partners)
- مخالفین (Adversaries)

در مواجهه با هر برنامه ای افراد دست اندرکار به چهار دسته زیر تقسیم میشوند . ویژگی های این چهار دسته به شرح زیر می باشند:

۱- ذینفعان (Beneficiaries):

افراد و گروه ها یا سازمانهایی که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم از اجرای برنامه سود و منفعت می برند.



۲- تصمیم گیرندگان (Decision Makers):

افرادی که در تدوین سیاستها و رد و قبول برنامه ها نقش دارند.



۳- شرکا (Partners):

افرادی که اهداف و مشکلات مشترکی دارند و می توانند برای پیگیری آن موارد با یکدیگر متحد شوند .



۴- مخالفین (Adversaries) این افراد خود دو دسته هستند:

الف : افرادی که به دلیل بی خبری (ناآگاهی) و یا انکار (عدم پذیرش ، رد) با اهداف برنامه مخالفت دارند.

ب : افرادی که از رقبای برنامه محسوب می شوند طوریکه موفقیت برنامه های مورد نظر به ضرر آنها است .



Gate keepers یا دروازه بانان ، دسته دیگر از افراد تاثیر گذار:



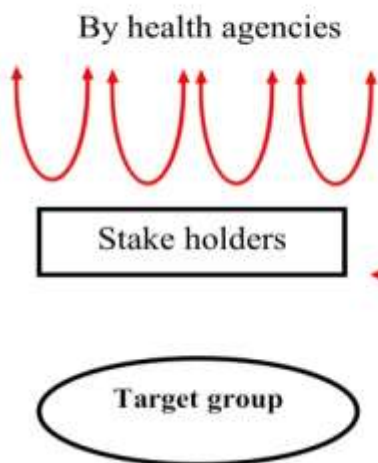
- افرادی که محتوا و جریان اطلاعات به گروه هدف را کنترل می کنند، مانند معلمان، ویراستاران، تهیه کنندگان، نویسندگان، و ...
- افرادی که باید قبل از دسترسی به مخاطبان اصلی برنامه، مورد توجه قرار گیرند و رضایت و حمایت آنها جلب شود.

بدیهی است، اجرای برنامه های جلب حمایت همه جانبه با توجه به نوع دست اندرکاران متفاوت خواهد بود.

نسخه الکترونیکی

تصویر زیر اهمیت Advocacy در دسترسی به گروه هدف را نشان میدهد:

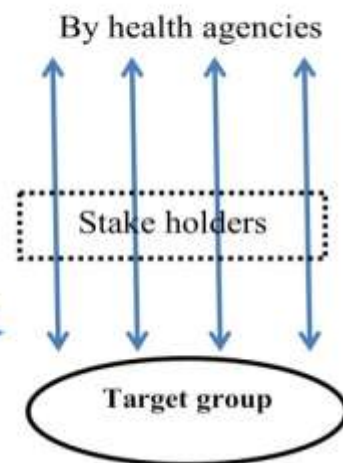
Health promotion interventions



Before Advocacy

After Advocacy

Health promotion interventions



بازاریابی اجتماعی Social Marketing

موفقیت روزافزون بخش تجارت در جلب مشتری برای کالاها و خدمات خود، مرهون به کارگیری اصول و فنون علمی و مدونی است که به آن بازاریابی (Marketing) می گویند. زمانی بازاریابی را منحصر به یافتن مشتری برای محصولات تولید شده یا خدمات قابل ارائه شرکت ها، سازمان ها و کارخانجات می دانستند در حالی که بازاریابی نوین به تولید محصولات و خدمات منطبق بر نیازها و خواسته های مشتری توجه دارد. در بازاریابی نوین، حوزه عمل گسترده تر از تبلیغ کالاها و ترغیب مشتری برای خرید محصولات موجود است و اساس آن شناخت دقیق نیازها و خواسته های مشتری است.



بازاریابی اجتماعی: یعنی کاربرد فن آوری های بازاریابی تجاری جهت تحلیل، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های طراحی شده برای تاثیر گذاری بر رفتار داوطلبانه و از روی انتخاب مخاطبین، به منظور بهبود و ارتقای سلامت و رفاه فرد و جامعه است.

درست همانند شرکتهای تجاری که قادر به واداشتن مردم به خرید محصولاتشان هستند، بازاریابان اجتماعی نیز باید در جهت توانمند سازی افراد جامعه بکوشند تا مردم بتوانند رفتارهای بهداشتی و مناسب را اتخاذ نمایند. علم بازاریابی، جمعیت را به زیر گروه های متفاوتی بر اساس شاخصهای مردم شناختی، متغیرهای اجتماعی-اقتصادی، نگرش و رفتارهای افراد تقسیم بندی می نماید. در بازاریابی تجاری، اساس بر مبادله کالا است. یعنی چیزی را که مشتری نیاز دارد، با یک قیمت قابل قبول فراهم می شود.

ولی در بازاریابی اجتماعی مبادله می تواند به صورت :

- کالا مانند خوراکیهای مغذی و ...
- خدمات نظیر برگزاری کارگاه های مدیریت استرس، کارگاه های توانمندسازی کادر و مربیان و مردم، تزریق واکسن، کنترل رشد کودکان و ...
- ایده و مفاهیمی همچون تشویق به فعالیت جنسی ایمن، پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و سرطانها و باشد.

روش کار در این دونوع بازاریابی تفاوتی باهم دارند.

در بازاریابی تجاری عوامل موجود بسیج می شوند تا محصولی فروخته شود. در صورتیکه در بازاریابی اجتماعی تلاش می شود تا شیوه زندگی سالم جایگزین رفتارهای پرخطر و نامناسب گردد. بعنوان مثال در تبلیغات تجاری فرآورده هایی مانند چیپس و پفک و ... را با مواردی مانند اعطای جایزه و ... که دلخواه مردم است همراه می کنند. ولی در بازاریابی اجتماعی، پیامهای ارتقای سلامت در جهت جلوگیری از رفتارهای پرخطر و نامناسب (مانند سوء

مصرف الکل، سیگار، کم تحرکی و ...) و ترغیب و تشویق شیوه زندگی سالم می‌باشند. به عبارت دیگر در بازاریابی تجاری تلاش برای فروش کالاهای موجود می‌باشد تا فروخته شوند و موجب لذت خریدار گردند. در عوض بازاریابی اجتماعی تلاش خود را در جهت عرضه پیامهای ارتقای سلامتی بکار می‌برد که منافی را در زمان آینده به دنبال دارد، مانند توصیه به استفاده کمتر از نمک در طبخ غذاها جهت پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی در آینده. همانطور که می‌دانیم فروش و ارایه یک محصول، فرآیندی پیچیده و به دقت بررسی شده است. در این فرآیند نیازهای بازار و مشتریان می‌بایست شناسایی گردند تا محصولات تولید شده، جذاب باشند. برای موفقیت در بازاریابی اجتماعی باید اصول چهار گانه (4P) زیر مورد توجه قرار گیرد:

Product یا محصول:

فراورده یا رفتاری که می‌تواند به بهبود و ارتقای سلامت منجر شود.

Price یا قیمت:

ارزش و بهای محصول که باید مخاطب بپردازد.

Place یا مکان:

محل که محصول در آنجا در دسترس است.

Promotion یا ترویج:

شیوه‌هایی که به واسطه آنها محصول و اثرات آن رواج می‌یابد.



کمپین‌ها Campaigns



- مجموعه ای از فعالیتهای سازمان یافته **ارتباطی** و استفاده از رسانه ها و سیستم های اطلاع رسانی، برای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده در زمینه اطلاع رسانی، ترغیب و انگیزش جهت تغییر رفتار در گروه ها و تعداد زیادی از افراد اجتماع در محدوده زمانی مشخص.
- برای به حداکثر رساندن میزان موفقیت برنامه ها از ترکیب انواع کانالهای ارتباطی بین فردی و اجتماعی بهره گرفته می شود.

انواع campaigns

جامعه	افراد	نوع Campaigns
بخشی از کل یک جامعه به همراه دست اندرکاران	بخشی از افراد جامعه که نیاز به تغییر رفتار دارند	گروه مخاطب
حساس سازی و روشن سازی موضوعات مورد غفلت واقع شده جامعه	متاثر کردن دانش نگرش و رفتار افراد.	اهداف
پیشنهاد راه حل‌های اجتماعی	پیشنهادهای تغییر رفتاری به همراه ایجاد محیط‌های پشتیبان	راه حل‌ها
سیاستها و برنامه های سلامتی- استفاده بی رویه از داروها- کنترل گسترش بیماری ایدز	ترک اعتیاد - استفاده از کاندوم- استفاده از کمر بند- کمپینهای کارگری و صنفی	مثال



Social Mobilizations بسیج‌های اجتماعی



فرایند درگیر کردن تمام بخشها و گروه‌ها و امکانات موجود در جوامع در موضوعات و فعالیتهای سلامتی، اجتماعی و محیطی. بسیج‌های اجتماعی، گروه‌هایی مانند: سیاست‌گذاران - نظریه پردازان - مسئولین اجرایی - متخصصین - گروه‌های مذهبی - بخش‌های اقتصادی - و همچنین افراد یک جامعه را در قالب یک کار تیمی کنار هم قرار داده آنها را جهت ایجاد تغییرات در خود و جامعه آماده و توانمند می‌سازد.

مزایای بسیج‌های اجتماعی mobilizations



- تامین منابع مورد نیاز
- انتشار اطلاعات و آگاهی
- فراهم آوردن حمایتها و پشتیبانی‌ها
- کاهش هزینه‌ها و افزایش اثر بخشی فعالیتهای
- افزایش کار تیمی و همکاری‌های بین بخشهای دولتی و مردمی و خصوصی.
- افزایش احساس مالکیت مسولین محلی در تصمیم‌گیری و اجرای فعالیتهای.
- کمک به غلبه بر انکارها و باورهای غلط در جامعه.



هفت مهارتی که مربیان SHEP model فرا میگیرند:

مهارتهای مربیان در فاز ارزیابی و تشخیص

دید بانئ: (ارزیابی گسترده و متمرکز) Wide and zoom assessment

یک دیده بان خوب چه ویژگی هایی دارد؟

دیده بان علاوه بر اینکه باید بسیار هوشیار باشد، باید دوربینش هم، دقیق باشد و هر دو حالت Wide و Zoom (دید گسترده) و Zoom (دید متمرکز) را داشته باشد، تا هم بتواند با حالت wide به صورت کلی منطقه دیده بانئ را تحت نظر داشته باشد و هم با حالت Zoom دوربین، حرکات و جابجایی های جزئی را هم رصد نماید.



مربیان SHEP model در مرحله ارزیابی و تشخیص باید مانند یک دیدبان تیزبین با دوربین دقیق (با داشتن حالت wide و zoom) عمل نمایند تا با تسلط کامل بر مهارتهای ارتباطی و محتوی کتاب راهنمای آموزشی، اقدام به ارزیابی گروه هدف آموزشی، مکان آموزش، مدت زمان داده شده برای آموزش و امکانات آموزشی نمایند.

یعنی یکبار با حالت wide دوربین دیده بانئ، کل جمعیت در منطقه ای که واقع شده با شرایط کلی فرهنگ، سواد و ... بررسی نماید و در قدم بعدی با حالت zoom دوربین دیده بانئ، گروه هدف اختصاصی که باید مورد آموزش قرار گیرند، بررسی مینماید.

دسته بندی مخاطبان آموزشی Audiences segmentation

اطلاعات ارزیابی حاصل شده از این دو حالت به مربی کمک میکند تا در تحلیل و تقسیم بندی مخاطبان، تهیه طرح درس، انتخاب وسایل کمک آموزشی، مدیریت زمان آموزش و ... موفقتر عمل نماید.



پر واضح است گروه هدف مردم، از گروه های مختلف با ویژگی های متفاوت از نظر جنس، سن، سواد خواندن و نوشتن، سواد سلامت، جایگاه اجتماعی، درآمد و ... تشکیل شده اند.

از جمله گروه های هدف می توان به موارد زیر اشاره نمود:

مادران باردار - کودکان زیر ۶ سال - دانش آموزان - دانشجویان - بیماران - کشاورزان - مدیران دولتی و غیر دولتی - والدین دانش آموزان - سربازان - کارگران کارخانه ها - مادران خانه دار - اصناف و کسبه - کارمندان - اساتید - و ...

بنابراین میزان اطلاعات اولیه گروه های هدف، از موضوع بسته آموزشی، متفاوت خواهد بود.

یکی از وظایف مهم مربی سلامت، طبقه بندی فراگیران و تا حد امکان یک دست کردن آنها از نظر جنس، سن، آمادگی، پیشینه علمی فرهنگی و ... جهت سهولت برای دستیابی به اهداف آموزشی است.



به عنوان مثال در نظر بگیرید قرار است یک مربی برای دانش آموزان دبیرستانی یک شهر کوچک در مورد پیشگیری و کنترل ایدز آموزش دهد.

به نظر شما در مرحله دیده بانی وی چه کارهایی را باید انجام دهد؟

وی باید در ابتدا شهر را به صورت کلی (لنز واید دوربین) از نظر فرهنگی، جمعیتی، سواد سلامتی، آداب و عرف و مورد

ارزیابی قرار دهد و در قدم بعدی به ارزیابی دقیق گروه هدف خود یعنی دانش آموزان دبیرستان از نظر تعداد، محل آموزش، امکانات آموزشی، زمان در اختیار آموزش، نحوه همکاری با مسئولین دبیرستان و بپردازد.

مهارت های مربیان در فاز اجرایی

Bonding پل سازی داخل بخشی: این مهارت به معنی

برقراری ارتباط با اعضای داخل بخشی (سازمانی) است. یعنی مربی با تسلط به محتوای آموزشی و بهره مندی از تکنیکهای جلب حمایت همه جانبه و بازاریابی اجتماعی، اقدام به برقراری ارتباطات موثر با همکاران و گروه های داخل سازمان خود مینمایند تا در رسیدن به هدف آموزشی خود موفقتر عمل نمایند. به طور مثال دانش آموزی را در نظر بگیرید که میخواهد در دبیرستان خود اقدام به برگزاری کلاسهای آموزش پیشگیری از ایدز نماید.



برای موفقیت در این امر وی باید در ابتدا بتواند ارتباط سازنده و موثری با مسئولین مدرسه و همچنین دوستان خود داشته باشد تا با جلب حمایت و همکاری آنان جلسه آموزشی پربارتتری را ارایه نماید.

Bridging پلی سازی بین بخشی: به معنی برقراری ارتباط با ارگان های بین بخشی (سازمانی) است. یعنی مربی



بعد از موفقیت در ایجاد ارتباطات داخل بخشی، برای توسعه مداخلات آموزشی و سلامت محور خود اقدام به ایجاد ارتباط با ارگان ها و سازمانهای بین بخشی مینماید. در مثال فوق در نظر بگیرید که دانش آموز، بعد از موفقیت در آموزش دبیرستان خود، این بار میخواهد یک جلسه آموزشی در فرهنگسرای شهرداری منطقه محل سکونت خود برگزار نماید. برای نیل به این هدف وی باید توانایی ایجاد ارتباط با مسئولین شهرداری و معتمدین

محل را داشته باشد تا ضمن توجیه ایشان، از حمایتهای همه جانبه این افراد و سازمانها بهره مند شود. و در نهایت بتواند جلسه آموزشی موثری را برای جوانان منطقه محل سکونت خود در فرهنگسرای شهرداری برگزار نماید.

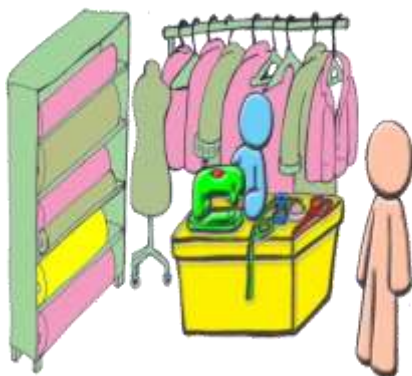
خیاطی Tailoring:

همانطور که یک خیاط خوب با توجه به سلیقه های مختلف مشتریان، لباسهای متناسب با اندازه بدن آنها در مدل های دلخواه مشتریان تولید میکند، مربیان SHEP model نیز در کارگاه های تربیت مربی یاد میگیرند که چگونه از یک محتوای آموزشی و با توجه به وقت و وسایل کمک آموزشی در اختیارشان، برای گروه های مختلف هدف آموزشی، طرح های درس متناسب با سواد آنها، تهیه



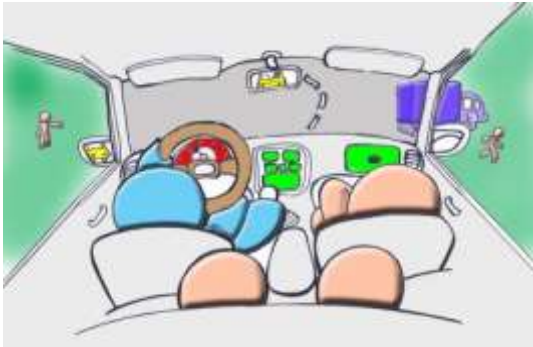
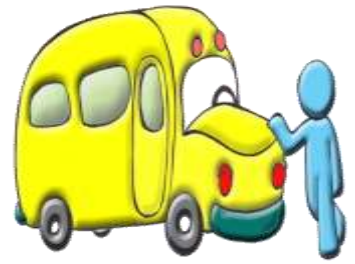
نمایند.

در مثال فوق، دانش آموز مربی فوق الذکر را در نظر بگیرید که قرار است وی در روز جهانی ایدز یعنی ۱ دسامبر مصادف با ۱۰ آذرماه سر صف مدرسه به مدت ۱۰ دقیقه برای کل دانش آموزان در رابطه با ایدز صحبت کند. با توجه به مهارت خیاطی، وی باید از کل محتوای آموزشی ۱/۵ ساعته یاد گرفته در کارگاه تربیت مربی، مطالبی را در حد ۱۰ دقیقه آماده نماید. از آنجاییکه گروه هدفش جوانان و همکلاسی هایش در مدرسه هستند، بهتر است از کل بسته آموزشی، مطالبی را که مربوط به راه های انتقال و پیشگیری از ابتلا به این بیماریست انتخاب نماید که مورد نیاز گروه هدف آموزشی است.



پایش و رانندگی : Monitoring and Driving

راننده ای ماهر است که طوری رانندگی کند تا مسافران با حس خوبی و در زمان مقرر به مقصد برسند بدون این که استرس داشته و نگران باشند.



چنین راننده ای ضمن رعایت مقررات رانندگی، حواسش فقط به مسیر جلو جاده نیست بلکه همزمان توجهش به صدای موتور، عقربه های داشبورد جلو که نشان دهنده سرعت میزان سوخت ، دمای رادیاتور و ... همچنین نگاهش به آینه های بغل و آینه عقب نیز هست ضمن این که به شرایط مسافران هم توجه دارد. در اتومبیل چنین راننده بودن لذت بخش است و چه بسا مسافران زمان مسافرت را خیلی کوتاه احساس کنند.

یکی از مهارت‌های اساسی که مربیان SHEPmodel در کارگاه های تربیت مربی فرا میگیرند، مدیریت جلسه آموزشی است، طوریکه شرکت کنندگان در جلسه آموزشی ، مانند مسافران یک راننده خوب، احساس لذت بخشی از بودن در کلاس مربی داشته باشند.

چنین مربی مانند راننده خوب باید حواسش همزمان به موارد زیر باشد: زمان در دسترس آموزش، شرایط محیط آموزشی از نظر نور و صدا، شرایط شرکت کنندگان از نظر درک مطلب ، خستگی، سوالات و ...

البته مسلم است دستیابی به تبحر در زمینه اداره جلسه آموزشی مستلزم تمرین و تمرین و تمرین بیشتر است.

نکته ای در رابطه با مدیریت زمان جلسه آموزشی :

همانطور که قبلاً نیز اشاره شد ، بسته های آموزشی SHEPmodel با رعایت اصول و قواعد آموزشی برای یک جلسه ۱ الی ۱/۵ ساعته تهیه و تنظیم شده اند تا در این مدت ،اطلاعات علمی و کاربردی جامعی در رابطه با موضوع آموزشی مورد نظر در اختیار فراگیران گذاشته شود.

اما مسلم است که همیشه این فرصت در اختیار مربیان عزیز قرار نخواهد گرفت. مثلاً در یک همایش علمی که مشتمل بر برنامه های مختلفی است برای مربی ۲۰ دقیقه وقت داده می شود و یا در یک جلسه فرهنگی کانون و یا جلسه هیئت امنای یک مسجد و یا در جلسه اولیا مربیان یک مدرسه ،فرصت ۱۰ دقیقه ای در اختیار مربی گذارده می شود.

در چنین مواردی مربی باید با روشهای مختلفی فراگیران را از نظر اطلاعات اولیه دانشی، نگرشی و رفتاری ارزیابی نماید. سپس با توجه به فرصتی که در اختیار دارد و مطالبی که در بسته آموزشی وجود دارد با تاکید بر قسمتهایی که نیاز گروه هدف می باشد، به تکمیل سواد سلامتی فراگیران بپردازد. تا بدین صورت ضمن مدیریت زمان اختصاصی خود ، بتواند شکافهای دانشی ، نگرشی و رفتاری فراگیران را رفع نماید.

در جلسات آموزشی مختلف ، بر اساس زمان در دسترس و تناسب سنی، علمی و سایر مشخصات گروه های مخاطب، مربی می تواند محتوای آموزشی خود را در یک تقسیم بندی کلی به سه دسته زیر قسمت نماید:



۱- مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب باید بدانند. ← اولویت اول

۲- مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب بهتر است بدانند. ← اولویت دوم

۳- مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب خوب است بدانند. ← اولویت سوم

برای رسیدن به یک طبقه بندی مناسب محتوای آموزشی ، مربی باید با تکنیک نیازسنجی آموزشی آشنا باشد.

یکی از اصول نیازسنجی آموزشی این است که مربی بتواند قبل از شروع جلسه آموزشی ، در یک ارزیابی دقیق از وضعیت دانش ، نگرش و رفتار مخاطبین ، و با توجه به زمان در اختیار خود ، مطالب آموزشی مورد نظر را به سه دسته فوق الذکر تقسیم بندی نماید و به ترتیب به ارایه اولویت ۱ و ۲ و ۳ آنها بپردازد.

اولویت اول ارایه مطالب بر اساس زمان در دسترس :

مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب باید بدانند: یعنی مواردی از بسته آموزشی که لازم است گروه مخاطب از آن آگاهی داشته باشند. لذا این مطالب باید در ابتدای جلسه آموزشی بیان شوند.

اولویت دوم ارایه مطالب بر اساس زمان در دسترس :

مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب بهتر است بدانند: به آن مواردی از بسته آموزشی اشاره دارد که آگاهی از آنها، برای گروه مخاطب بهتر است و بعد از اشاره به قسمت اول مطالب این موارد بیان می گردد.

اولویت سوم ارایه مطالب بر اساس زمان در دسترس :

مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب خوب است بدانند : مواردی از بسته آموزشی است که در قسمت آخر جلسه آموزشی و در صورت اقتضای فرصت زمانی جلسه به آنها پرداخته می شود . این دسته از مطالب در تکمیل دو قسمت اول کاربرد دارند و دانستن آنها برای مخاطبین مورد نظر خوب است .

پر واضح است ، رده بندی مطالب آموزشی ، زمانی کاربرد دارد که فرصت زمانی مربی در جلسه آموزشی ، محدود باشد . به عبارت دیگر در صورت وجود زمان مناسب و کافی، بهتر است کل بسته آموزشی و با همان نظم و ترتیبی که در اسلایدها و کتاب طرح درس آمده است بیان شود تا تمام اهداف مورد نظر پکیج آموزشی محقق

گردد. با توجه به گستردگی گروه های هدف و نیز تنوع ویژگی های مخاطبان آموزشی در جوامع، مشخص است که محتوای یک بسته آموزشی را می توان به تعداد بی شماری اولویت بندی سه گانه براساس زمان در دسترس برای گروه های هدف تقسیم نمود.

بطور مثال در بسته آموزشی ایدز اولویت بندی سه گانه ای که برای دانش آموزان ابتدایی صورت می گیرد با آنچه برای دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان انجام می پذیرد تفاوت دارد. از طرف دیگر این اولویت بندی برای گروه مخاطبین مسئولین سازمانها، کارشناسان، کاردانا، والدین، و ... به گونه دیگر باید انجام پذیرد.

همچنین زمانی که گروه مخاطب، مسئولین، مدیران و تصمیم گیران یک سازمان هستند، در اولویت بندی سه گانه، موارد حساس سازی، اهمیت موضوع بسته آموزشی و تاثیر آن بر جامعه باید بیشتر مورد اشاره واقع گردد تا این مطالب در تصمیم گیری های اجرایی، مالی و پشتیبانی ایشان موثر واقع شود. یا در جلسه آموزشی که گروه مخاطب پزشکان و کارشناسان ایدز می باشند، با توجه به این که آنان از راه های انتقال و پیشگیری آگاهی دارند مربی باید بیشتر وقت خود را برای به روز کردن آمار و ارقام شهرستانی، استانی، کشوری و جهانی تعداد مبتلایان و آخرین یافته های علمی موجود در زمینه بیماری ایدز صرف نماید.

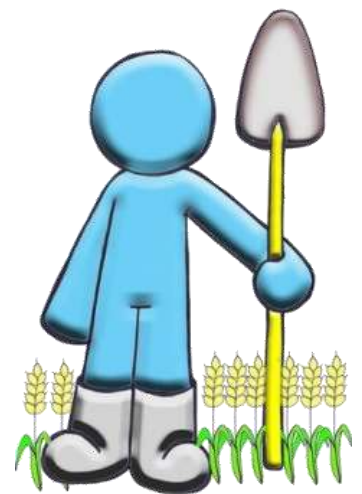
در جلسه آموزشی که گروه مخاطب مردم عادی هستند مربی باید به ذکر مطالب علمی به زبانی ساده و راه های انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز با ذکر تشبیهات و مثالهای ملموس اقدام نماید.

مهارت مربی در فاز ارزشیابی:

کشاورزی (برداشت از مزرعه) Quantitative and qualitative Evaluation

یک کشاورز مجرب را در نظر بگیرید که در فصل مناسب کاشت، دانه ای مرغوب را در دل خاک کاشته و در فصل داشت، به آبیاری و وجین مزرعه اش پرداخته است و حال که موقع برداشت محصول است، سر زمینش حاضر شده است و در یک دید کلی به مساحت زیر کشت زمینش نگاه میکند که به اصطلاح امروزی همان ارزشیابی کمی Quantitative evaluation میباشد.

در قدم بعدی، کشاورز یک خوشه را در کف دستش می سابد تا دانه هایش جدا شوند. ضمن لمس و سبک سنگینی دانه ها به اندازه آنها هم دقت میکند تا ببیند که به قول کشاورزان گندم از یک دانه چند دانه گرفته است. به اصطلاح امروزی این همان ارزشیابی کیفی است.



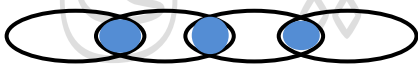
مربیان SHEP model نیز همانند یک کشاورز مجرب میتوانند اثر بخشی جلسات آموزشی خود را هم ارزشیابی کمی و هم کیفی نمایند. ارزشیابی کمی همان تعداد کارگاه های تربیت مربی و جلسات آموزشی ، تعداد



بروشورهای پخش شده،تعداد بازدید کنندگان از یک نمایشگاه سلامت و ... است . و ارزشیابی کیفی می تواند به کمک پرسشنامه های دانش، نگرش و رفتار (KAP study) موجود در داخل بسته های آموزشی و یا انواع مطالعات گذشته نگر یا آینده نگر انجام شود.

ارتباط با گروه مخاطب در مدل SHEP

در ایجاد هر ارتباطی ابتدا باید در جستجو و تقویت زمینه های مشترک بود. چرا که ، عامل اتصال حلقه های زنجیر ارتباطات، نقاط مشترک بین حلقه ها است، نه جاهای دیگر آن .



چهار نوع ارتباط وجود دارد:

- ۱) برد - برد (برد مضاعف)
- ۲) برد - باخت (تحملیل)
- ۳) باخت - برد (توافق)
- ۴) باخت - باخت (باخت مضاعف)

در مداخلات آموزش و ارتقای سلامت، مهمترین و موثرترین نوع ارتباط ، ارتباط برد- برد یا همان برد مضاعف می باشد. در این نوع ارتباط، طرفین از ایجاد رابطه سود می برند و این امر باعث افزایش انگیزه طرفین و عامل مهمی برای ادامه رابطه دو طرفه و پرثمرتر شدن نتایج آن میشود.

لذا در مدل SHEP، رعایت اصول ارتباطات در تعامل با کلیه گروه های مخاطب برنامه ها از قبیل : مادران باردار- کودکان زیر ۶ سال- دانش آموزان - والدین دانش آموزان - دانشجویان- بیماران - کشاورزان- مدیران دولتی و غیر دولتی - سربازان- کارگران کارخانه ها- مادران خانه دار- اصناف و کسبه- کارمندان- اساتید- و باعث حصول نتایج بهتر در مداخلات آموزشی و ارتقای سلامتی میشود.

مهارتی که شرکت کنندگان و مخاطبان در جلسات آموزشی SHEP model کسب میکنند:

انتخاب آگاهانه سلامتی Healthy by choice

حتماً تاکنون از فروشگاه های بزرگ زنجیره ای خرید کرده اید. اگر دقت داشته باشید سیستم خرید در این فروشگاه ها با آنچه در یک بقالی اتفاق می افتد یک تفاوت بسیار عمده دارد. اگر شما به یک بقالی مراجعه کنید و جنسی را بخواهید که او در مغازه نداشته باشد به شما خواهد گفت که مثلاً پنیرمان تمام شده ولی ماستهای خیلی خوبی دارم! میخواهید برایتان بدهم؟

به عبارت دیگر یک بقال سعی دارد به نوعی جنس موجود خودش را قالب کند. ولی در یک فروشگاه بزرگ مشتری با انتخاب خودش جنسی را خریداری میکند و افرادی که در فروشگاه های بزرگ کار میکنند به نوعی تسهیلگر خرید هستند و راهنماییهایی در رابطه با مکان و مقدار اجناس در اختیار مشتریان قرار میدهند.



از آنجاییکه محتوای آموزشی SHEP model طوری طراحی شده اند که به نیازهای آموزشی اقشار مختلف اجتماع پاسخ میدهد، لذا هر یک از شرکت کنندگان جلسات آموزشی، بنا بر نیاز خود میتوانند

از مطالب مفید استفاده نمایند. و مربیان در این بین نقش تسهیلگری را ایفا میکنند.

به عبارت دیگر جلسات آموزشی SHEP model، مخاطب محور است نه معلم محور. موضوع مهم دیگر در امر آموزش، انتخاب محتوا و شیوه آموزشی مناسب برای گروه هدف می باشد.

لذا در مدل SHEP مطالب بسته های آموزشی با رعایت اصول آموزش، به عنوان یک **سوپرمارکت آموزش سلامت** در برگیرنده کالاهای مختلف آموزشی (مهارتی و محتوایی) است که مربی سلامت بعد از تمرین و تسلط کافی به روش و محتوای آموزشی و همچنین آشنایی با قواعد چهار تکنیک:



- ۱- بازاریابی اجتماعی Social marketing
- ۲- جلب حمایت همه جانبه Advocacy
- ۳- کمپین ها Campaigns
- ۴- برگزاری بسیجهای اجتماعی Social mobilization

می تواند به عنوان یک فروشنده ماهر بعد از یک ارزیابی آموزشی که از مشتریان می کند از جنسهای موجود در فروشگاه آموزش سلامت، مناسبترین اجناس را به بهترین صورت در اختیار مشتریان قرار دهد.

از جمله اجناسی که در قفسه های این فروشگاه آموزش سلامت وجود دارد می توان به موارد زیر اشاره نمود:



- ۱- اهداف آموزشی ،
- ۲- تاریخچه ،
- ۳- موارد آماری و اپیدمیولوژی
- ۴- ذکر تشابهات و تفاوت های موضوع آموزشی با پدیده ها یا فجایع و بلایای طبیعی جهت افزایش حساسیت توجه فراگیران به مطلب.
- ۵- تاثیرات اجتماعی ، اقتصادی موضوع آموزشی بر جوامع
- ۶- تعریف موضوع
- ۷- محتوای آموزشی (بیماریها- بهداشت محیط- بهداشت خانواده- تغذیه و ...)
- ۸- پرسشهای دوره ای از فراگیران جهت مشارکت در اداره کلاس
- ۹- ذکر ضرب المثل ها و مثالها و نقل قول از افراد صاحب نظر در موضوع
- ۱۰- استفاده از تصاویر و کاریکاتورهای مفهومی
- ۱۱- و سرانجام جمع بندی بسته آموزشی با یک داستان بومی مستند و به روز جهت لمس بیشتر فراگیران از موضوع آموزشی.
- ۱۲- ضمیمه های تکمیلی از نظر موضوع آموزشی برای گروه های هدف اختصاصی تر - پرسش و پاسخها- پرسشنامه های ارزیابی و ارزشیابی- پوسترها- پمفلتها- رفرانسهای مطالب جهت مطالعه بیشتر فراگیران.

(از موارد ۱- ب- ت- ث بسته های آموزشی می توان در جهت توجیه ، جلب حمایت همه جانبه یا Advocacy از مسئولان، مدیران دولتی و غیر دولتی، تصمیم گیران، شرکاء، ذینفعان، مخالفان و ... استفاده نمود.)

لذا ، مربی ، بعد از تمرین و برگزاری کلاسهای زیاد و کسب مهارت کافی میتواند به عنوان یک فروشنده خوب محصولات آموزشی خود را با رعایت موارد :

- ۱ - چه اجناسی از این فروشگاه را (کدام موضوعات آموزشی را)
 - ۲- با کدام روش (یعنی کدام یک از شیوه های آموزشی مانند سخنرانی، بحث گروهی، مشاوره، ایفای نقش و ...)
 - ۳- با چه بسته بندی (یعنی با چه وسیله کمک آموزشی مانند اسلاید ترانسپارنسی، بروشور، فیلم CD، فایل پاورپوینت PPT، و ...)
- در اختیار گروه های هدف مختلف قرار دهد.



فراگیر قبل از آموزش

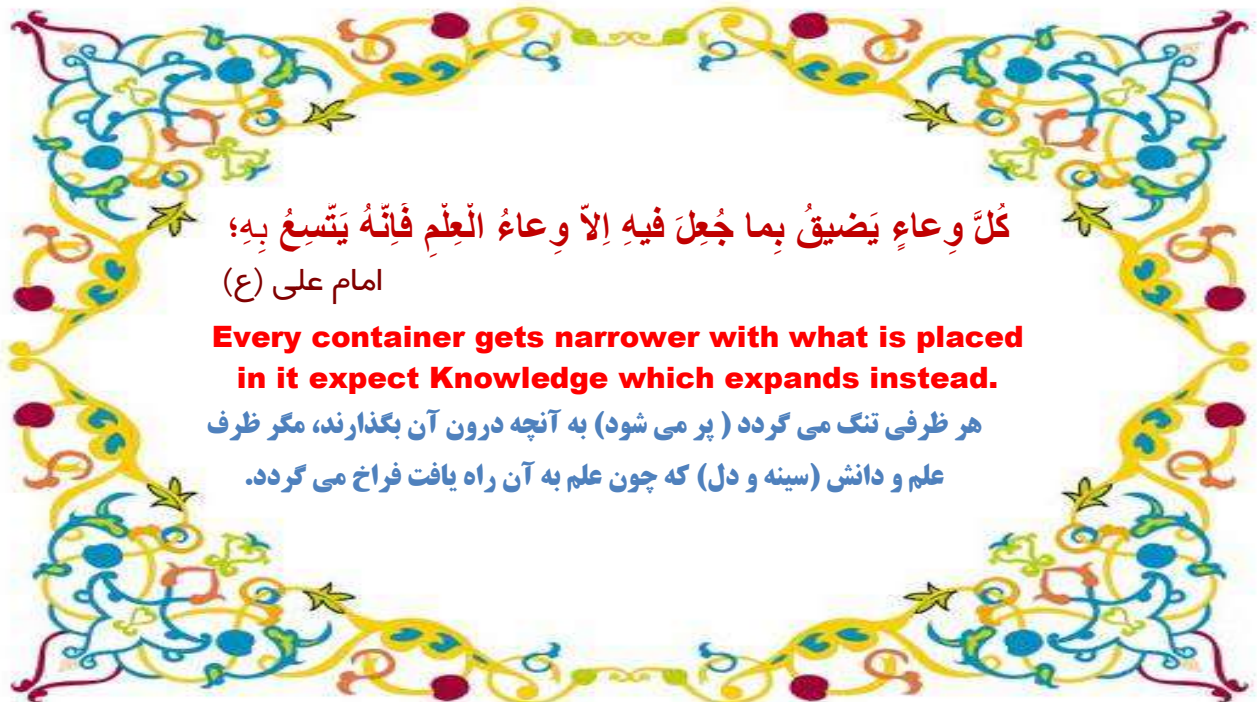
مداخلات آموزشی توسط
مربی SHEP model

فراگیر بعد از آموزش

بهترین راه برای ارایه یک محصول مناسب برای مشتری آموزشی:

- شناخت دقیق از گروه هدف
- تهیه موضوع و محتوای آموزشی درخور گروه هدف
- و آماده سازی مکان آموزشی مناسب از نظر امکانات، نور، تهویه هوا، تجهیزات سمعی بصری و ... است.
- برای این منظور، یک یا چند روز قبل از آموزش، مربی باید با مراجعه به محل آموزش، از وجود امکانات مناسب آموزشی اطمینان حاصل کرده و در صورت وجود نقص، نسبت به رفع آنها اقدامات مقتضی را اعمال نماید.
- همچنین مربی باید با ابزاری که در دست دارد مانند: پرسشنامه پیش آزمون، مصاحبه و ... از میزان اطلاعات و نگرش و رفتار گروه هدف در زمینه آموزشی مربوطه اطلاع کسب کند.
- در پایان، مربی می تواند، بعد از انجام آموزش، به وسیله پرسشنامه پس آزمون موجود در بسته آموزشی و یا ابزار دیگر، نتیجه برنامه های آموزش و ارتقای سلامت خود را ارزشیابی نماید.

نسخه الکترونیکی



رمز موفقیت در برنامه های SHEP model

جدیت در هر سه مرحله کاشت، داشت و برداشت است:

۱- جدیت در مرحله کاشت (Seeding):

یعنی جدیت در طراحی، تدوین و برگزاری کارگاه های TOT-TOS-TOP بدین صورت که، برگزارکنندگان و مجریان کارگاه ها باید قبل از برگزاری کارگاه تربیت مربی، طی ارزیابی های اولیه، مناسبترین زمان و مکان را انتخاب کرده و از وجود امکانات سمعی بصری، سیستم سرمایه‌گذاری و گرمایش و همچنین پذیرایی کارگاه اطمینان حاصل کنند.



همانگی های به موقع و کارساز داخل بخشی و بین بخشی نیز از فعالیتهای

مهم بخش اول اجرای برنامه هاست.

از طرف دیگر، مجریان کارگاه ها، باید در انتخاب مربیان کادر و همچنین مربیان همسان بین بخشی نهایت دقت را به عمل آورند، چرا که بعد از اتمام برگزاری کارگاه های تربیت مربی، این مربیان هستند که به عنوان پیام آوران سلامتی وظیفه انتقال مطالب را به گروه های مختلف اجتماعی به عهده خواهند گرفت.

۲- جدیت در مرحله داشت (پرورش) (Nurturing):

جدیت در این مرحله نیز مهم و حیاتی است، همانطور که یک باغبان بعد از کاشت، از نهال خود مراقبت میکند و با انجام آبیاری ها، و جبین های به موقع و دفع آفات و علفهای هرز موجب پرورش نهال میگردد، مدیران و مجریان برنامه های SHEPmodel نیز، بعد از برگزاری کارگاه های تربیت مربی (مرحله کاشت)، درمرحه پرورش و داشت برنامه ها، با انجام پایشهای به موقع و ارزیابی های دقیق از روند اجرای برنامه ها، کارگاهها و جلسات آموزشی، مشکلات احتمالی به وجود



آمده را شناسایی و نسبت به حل و فصل آنها اقدامات لازم را انجام میدهند.

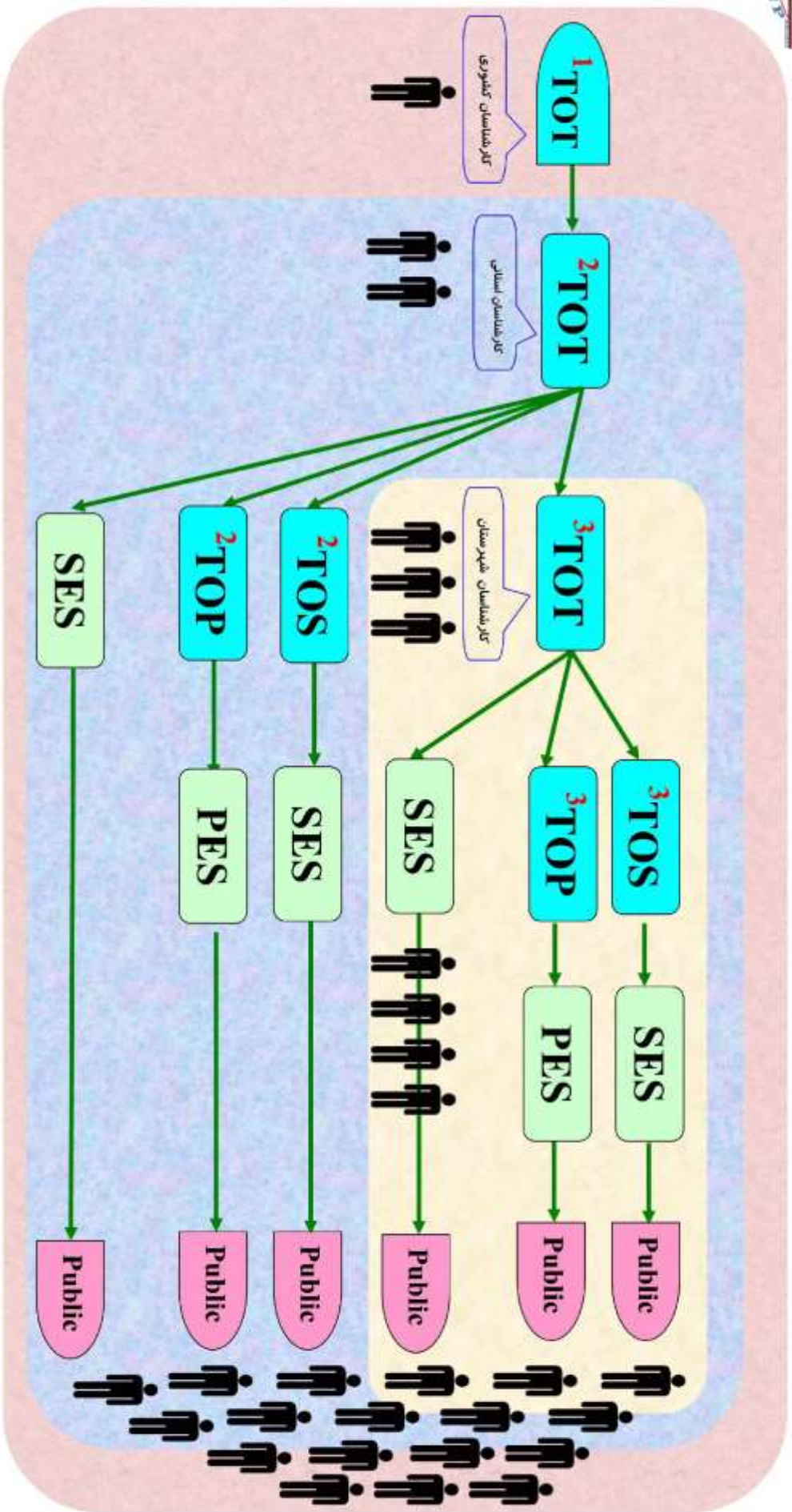
۳- جدیت در مرحله برداشت (Harvesting):

جدیت در مرحله برداشت یعنی، اهتمام و تلاش مدیران و مجریان برنامه ها در جمع بندی و به نتیجه رسانی فعالیتها است. برای این کار میتوان از سیستم های ارزشیابی بهره گرفت. برای مثال میتوان از برگه های پیش آزمون و پس آزمون که در بسته های آموزشی گنجانده شده و همچنین از برگه های ارسال گزارش مربیان بهره جست.



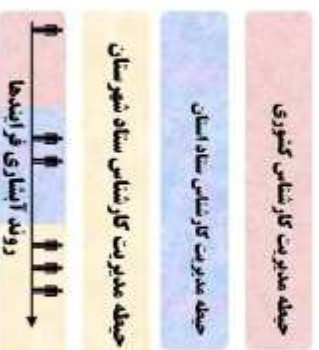
نکته: تکنیکهای چهار گانه و مهارتهای هفت گانه SHEPmodel ابزار مناسبی جهت موفقیت در مراحل سه گانه فوق هستند

نمودار شبکه‌های فعالیتها در مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (کشوری - استانی - شهرستانی)
Activity Network Diagram of SHEP model



TOT = Training Of Trainers
TOS = Training Of Staffs
TOP = Training Of Peer educators
SES = Staff to public Education Session
PES = Peer Education Session

تربیت مربیان
 تربیت کادر
 تربیت مربیان همسان
 برگزاری جلسه آموزش همگانی توسط کادر
 برگزاری جلسه آموزش توسط مربیان همسان



TOT1 یعنی تربیت مربیان سطح وزارت	TOT2 یعنی تربیت مربیان سطح استانی
TOT3 یعنی تربیت مربیان شهرستانی	
TOS 2 برای رده استانی، سایر همکاران علاوه دانشگاه‌های استانها و مراکز بهداشت استان می باشد.	TOS 2 برای رده استانی، دامپزشکان، اورژانس اورژانس کل استان، و نمایندگان نیروهای دولتی سلامت در سطح استانی
TOS3 برای رده شهرستان کارکنان و کارشناسان ستادی، شبکه بهداشت، بیمارستانها و همچنین کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی محیطی شهرستان می باشد.	اعم از دانش آموزی، دانشجویی و بسیج و ... می باشد.
TOP3 برای رده شهرستان، رابطین سلامت ادارات شهرستان، و نمایندگان نیروهای ارطبی سلامت در مقطع شهرستانی اعم از دانش آموزی، دانشجویی و بسیج و ... می باشد.	

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

دستورالعمل اجرایی تربیت مربی (TOT) (TOS) (TOP) (SES) (PES) در استان و شهرستانها

اجرای برنامه در معاونت‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی، تحقیقات و فن آوری و دانشکده های دانشگاه :

- تشکیل جلسه با معاون و مدیر گروه مربوطه ، توسط مربی دوره دینده رده اول استانی یا دانشگاهی ، به منظور توجیه و حمایت اجرای برنامه.
- طرح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت در کمیته مربوطه در سطح معاونت، به منظور:
 1. توجیه مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت در سطح معاونت دانشگاه (TOS).
 2. **تصویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی از کارشناسان زیر مجموعه حوزه معاونت مربوطه در شهرستانها (TOT).
 3. **تصویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات و سازمانهای مردم نهاد مرتبط با معاونت مربوطه (TOP).
 4. برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه سطح معاونت به منظور تربیت مربی از کارشناسان زیر مجموعه حوزه معاونت مربوطه در شهرستانها (TOT).
 5. برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات و سازمانهای مردم نهاد مرتبط با معاونت مربوطه (TOP).
 6. پیگیری برگزاری جلسات آموزش همسان به همسان در بین ادارات، مجموعه و سازمانها (PES).
 7. برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی دوره دینده حوزه معاونت در سازمانهای بین بخشی مانند صدا و سیما، مرکز استان، مطبوعات آموزش و پرورش کل ، بهزیستی کل ، نماز جمعه مرکز استان و..... (SES).
 8. پایش ارزشیابی اجرای برنامه به صورت آبخاری.
 9. تهیه گزارشات اجرای برنامه و استخراج نتایج آن.
 10. ارسال گزارشات اجرای برنامه و ارائه نتایج آن به صورت فصلی به اداره ذیربط در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

اجرای برنامه در شبکه ها و مراکز بهداشت و درمان، بیمارستانها در شهرستانها:

- تشکیل جلسه با معاون بهداشتی و کارشناس آموزش و ارتقای سلامت در کمیته مربوطه شهرستانی به منظور توجیه و حمایت اجرای برنامه.
- طرح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت حوزه ستادی مرکز بهداشت شهرستان (TOS)
 1. توجیه مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت از سطح محیطی (ارائه کنندگان مستقیم خدمات) پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، کاردندان و بهورزان (TOS).
 2. **تصویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه شهرستانی به منظور تربیت کادر سلامت از سطح محیطی (ارائه کنندگان مستقیم خدمات) پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، کاردندان و بهورزان (TOS).
 3. **تصویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات ، سازمانهای مردم نهاد ، مربیان همسان (دانش آموزی، دانشجویی، سربازی، بسیج و ...)شهرستان (TOP).
 4. برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه شهرستانی به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات ، سازمانهای مردم نهاد ، مربیان همسان (دانش آموزی، دانشجویی، سربازی، بسیج و ...)شهرستان (TOP).
 5. برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات و سازمانهای همسان دانش آموزی، دانشجویی، بسیجیان و ... شهرستانی (PES).
 6. پیگیری برگزاری جلسات آموزش همسان به همسان در بین ادارات و سازمانهای بین بخشی مانند مساجد - مطبوعات- نماز جمعه در جلسات ادارات مانند شورای آموزش پرورش - شورای شهرستان ، نماز جمعه شهرستان و (SES).
 7. برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی شهرستانی در سازمانهای بین بخشی مانند مساجد - مطبوعات- نماز جمعه در جلسات ادارات مانند شورای آموزش پرورش - شورای شهرستان ، نماز جمعه شهرستان و (SES).
 8. پایش ارزشیابی اجرای برنامه و استخراج نتایج آن.
 9. تهیه گزارشات اجرای برنامه و استخراج نتایج آن.
 10. ارسال گزارشات اجرای برنامه و ارائه نتایج آن به صورت فصلی به معاونت ذیربط دانشگاه .

توجه:

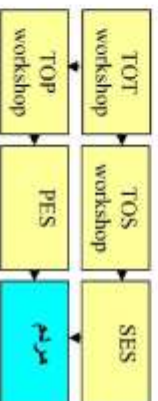
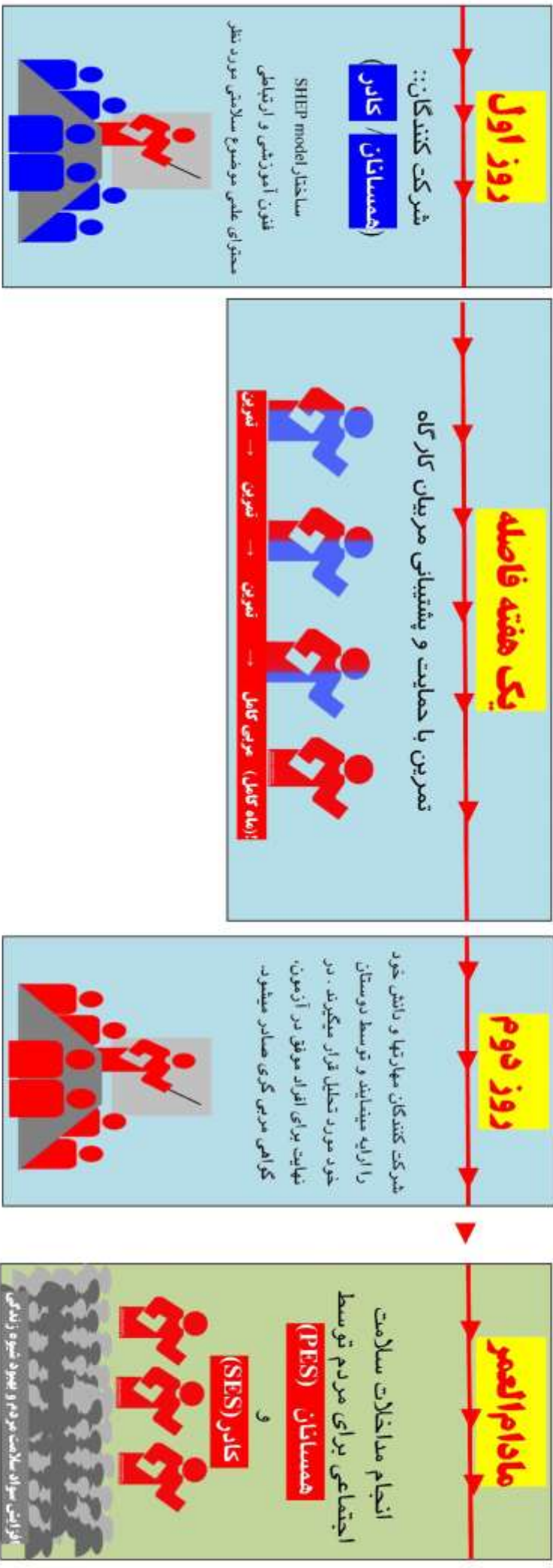
- 1- نحوه برگزاری کارگاه های دو روزه: **روز اول** ارائه مهارت‌های آموزشی و ارتباطی توسط اساتید ، مطابق با بسته آموزشی + ارائه موضوع آموزشی طبق بسته آموزشی، بعد از پایان روز اول کارگاه و تا روز دوم، مربیان به تیرین نحوه ارائه بسته آموزشی طبق اصول اشاره شده می پردازند. **روز دوم:** ارائه مطالب طبق بسته آموزشی توسط مربیان - هر کدام یک اسلاید (بدین صورت که بعد از ارائه هر نفر ، سایر مربیان با ذکر نقاط قوت و ضعف وی ، نحوه ارائه او را ارزشیابی می کنند که بسیار مفید برای ارتقای مهارت‌های مربیان می باشد).
- 2- اجرای کارگاه های تربیت مربیان همسان در ارگانهای بین بخشی سلامت نظیر شهرداری‌ها، محل اصغر، مدارس، دانشگاه‌های وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، بسیج، کارخانه‌جات، ادارات دولتی و غیردولتی و ... نیز با توجه به چارت سازمانی آنها، در ساختاری مشابه، مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی خواهد بود.

ساختار کارگاه های تربیت مربی و آموزش مربی در SHEPmodel

SHEP model:
سه نوع کارگاه تربیت مربی
دو نوع دسترسی به مردم

TOT - TOS - TOP - نوع کارگاه تربیت مربی ۳

۲ نوع دسترسی به مردم
SES-PES



3 Types

کارگاه تربیت مربی:

TOT = Training Of Trainers
تربیت مربیان
TOS = Training Of Staffs
تربیت کارکن
TOP = Training Of Peer educators
تربیت مربیان همساز

2 Types

دسترسی به مردم:

SES = Staff to public Education Session
تربیت مربیان توسط کارکن همسازان
PES = Peer Education Session
جلسه آموزش توسط مربیان همسازان

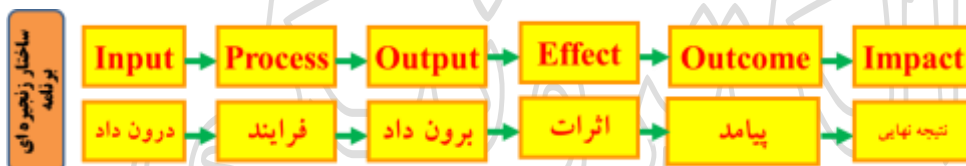
ارزیابی، پایش و ارزشیابی در مدل SHEP



برنامه های مختلف مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت مانند هر برنامه علمی دیگر، براساس چرخه زنجیره ای برنامه (شکل پایین صفحه) طراحی و تدوین شده است. بنابراین میتوان کلیه مراحل این مدل آموزشی را مورد ارزیابی (Assessment)، پایش (Monitoring) و ارزشیابی (Evaluation) قرار داد.

برای انجام بهتر و موثرتر ارزیابی، پایش و ارزشیابی برنامه های مدل SHEP بهتر است، تعریف های علمی این واژه ها را باهم مرور کنیم.

ساختار زنجیره ای برنامه ها (CHAIN STRUCTURE OF PROGRAMS): اجزای اکثر برنامه ها مانند حلقه های یک زنجیر به هم پیوسته می باشند. البته مدل زنجیره ای برنامه، بعد از هدف گذاری کلی و تعیین اهداف اختصاصی برنامه ایجاد می گردد. حلقه های مدل زنجیره ای برنامه ها عبارتند از:



۱- حلقه اول: درون داد (Input)

۲- حلقه دوم: فرایند (Process)

۳- حلقه سوم: برون داد (Output)

۴- حلقه چهارم: اثرات (Effect)

۵- حلقه پنجم: پیامد (Outcome)

۶- حلقه ششم: نتیجه نهایی (Impact)

حلقه ۱

درون داد

حلقه اول ← درون داد (Input):

درون دادها، منابع لازم برای اجرای برنامه هستند، یعنی به عنوان اجزای اولیه و مورد نیاز برنامه، باید موجود باشند تا فرایند برنامه، انجام شود.

برای درک بهتر، اجازه دهید با یک مثال مطالب را پیش ببریم. برنامه آموزشی بهداشت دهان و دندان دانش آموزان یک دبستان را در نظر بگیرید. در این برنامه قرار است بهداشت دهان و دندان، نحوه صحیح مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و دهان شویه آموزش داده شود.

با توجه به مثال فوق ، درون دادهای این برنامه عبارتند از :

دانش آموزان- مربیان آموزشی- کلاس آموزش- بسته‌های آموزشی- ماکت دهان و دندان- مسواک و خمیردندان - نخ دندان - دهان شویه و بودجه در نظر گرفته شده برای اجرای برنامه.

حلقه ۲



حلقه دوم ← فرایند (Process)

جزء دوم مدل زنجیره ای برنامه ، فرایند است . فرایند ، گامهای به هم پیوسته‌ای است که برای رسیدن به یک هدف مشخص و با استفاده از منابع انجام می‌شود.

در حلقه دوم دو موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است : روش انجام کار و محتوای کار. در بحث محتوای کار استانداردهای خدمت، دستورالعمل و راهنماهای عملی، مبنای انجام فرایند می‌باشد.

برای نمونه، روش مسواک زدن صحیح مربوط به روش انجام کار و استانداردها و دستورالعمل بهداشت دهان و دندان، محتوای فرایند می‌باشد.

در مثال فوق ، فرایند برنامه عبارتست از انجام آموزش های بهداشت دهان و دندان و نحوه صحیح مسواک زدن و استفاده از نخ دندان و دهان شویه بصورت تئوری و نمایش عملی به دانش آموزان ، توسط مربیان.

حلقه ۳



حلقه سوم ← برون داد (Output):

جزء سوم این مدل برون دادها هستند . برون دادها ، محصولات بلافصل برنامه هستند که به دنبال اجرای فرایند برنامه ، حاصل می شوند. از قسمت برون داد به بعد دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه شروع میشود.

در مثال آموزشی بالا، برون داد برنامه عبارتست از دانش آموزان آموزش دیده و مهارت آموخته. یعنی دانش آموزانی که بعد از کلاس آموزشی ، هم آگاهی و دانش شان در زمینه بهداشت دهان و دندان افزایش یافته و هم می توانند بصورت عملی ، با شیوه درست مسواک بزنند و از نخ دندان و دهان شویه بصورت صحیح استفاده کنند



نیروی انسانی کار آمد :
اصلی ترین عامل اتصال حلقه های ساختار زنجیره ای برنامه ها

حلقه چهارم ← اثرات (Effect)

حلقه ۴



جزء چهارم ، اثرات برنامه ها است. اثرات برنامه، بعد از برون دادها و محصول اولیه و بعد از گذشت زمان روی می دهد.

در مثال فوق بروز تغییرات رفتاری بصورتی که مسواک زدن سر موقع و استفاده از نخ دندان و دهان شویه ، جزء برنامه های اصلی در زندگی روزمره دانش آموزان شود و افزایش جنبه های مثبت آموزش همسان (Peer education) و تاثیرات خارق العاده ای که دانش آموزان آموزش دیده روی همسالان خود در خانواده ، محله و مدرسه خواهند داشت، حتی این دانش آموزان در اصلاح رفتار والدینشان در زمینه رعایت بهداشت دهان و دندان نیز موثر خواهند بود .

حلقه پنجم ← پیامد (Outcome) :

حلقه ۵



پیامدهای یک برنامه، بعد از اثرات آن ظاهر می گردد . باید توجه داشت که در بروز پیامدهای یک برنامه ، عوامل فراوان دیگری نیز میتوانند نقش داشته باشند که خارج از حیطه برنامه مذکور باشد .

مثلا در نظر بگیرید، یک برنامه آموزشی پیشگیری و کاهش تصادفات که در مدارس اجرا می شود.

از پیامدهای این آموزش می توان به کاهش تصادفات دانش آموزان اشاره کرد. علاوه بر آموزش دانش آموزان در مدارس ، عوامل دیگری نیز برای تحقق پیامد مذکور لازم است از جمله، ساخت خودروهای ایمن، ساخت جاده های ایمن و

به عبارت دیگر پیامدهای (Outcomes) یک برنامه، دستیابی به بخش عمده ای از اهداف اختصاصی برنامه است که قبل از اجرای برنامه و در مرحله هدف گذاری به صورت اختصاصی ، مدنظر طراحان برنامه بوده است.

در مثال آموزش بهداشت دهان و دندان برای دانش آموزان دبستانی، پیامد برنامه را می توان به صورت زیر در نظر گرفت:

افزایش شاخصهای سلامت دهان و دندان نظیر کاهش [DMFT(Decayed/Missing/Filled,Teeth)] یعنی کاهش دندانهای پوسیده/کشیده شده/و پرشده و کاهش بیماری های دهان و دندان در بین دانش آموزان دوره دیده.

حلقه ششم ← نتیجه نهایی (Impact) :

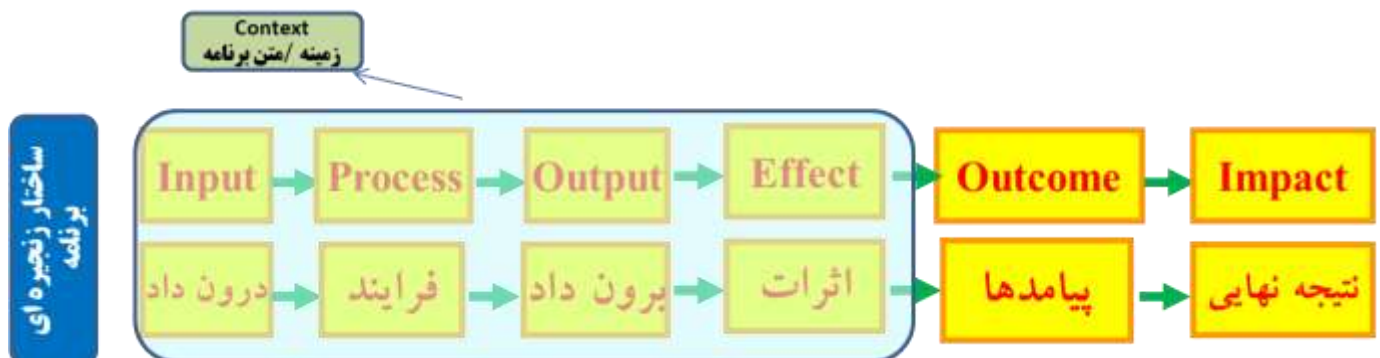
حلقه ۶



جزء آخر ساختار زنجیره ای برنامه ها ، نتیجه نهایی برنامه است . به عبارت دیگر ، نتیجه نهایی یک برنامه ، دستیابی به هدف کلی برنامه است که قبل از اجرای برنامه و در مرحله هدف گذاری در نظر گرفته شده بود .

بنابراین ، از اثرات یا پیامدهای برنامه آموزشی مثال مورد نظر، می توان به موارد زیر اشاره کرد :
افزایش سلامت دهان و دندان افراد جامعه — اصلاح شیوه زندگی — ارتقای سلامت — بهبود کیفیت زندگی .

در مدل زنجیره ای برنامه ها ، چهار قسمت اول برنامه یعنی درون داد (input) ، فرایند (Process) ، برون داد (output) ، و اثرات (Effect) به عنوان زمینه یا متن برنامه (Context) می باشند .
Context در حقیقت شرایطی است که انجام درست فرایند را محقق ساخته و روی آن تاثیر می گذارد.



شاخص (INDEX / INDICATOR): ملاک ها و اصولی هستند که خصوصیات کیفی را در قالب کمیت بیان کرده و آنها را قابل ارزیابی و ارزشیابی می کنند .

شاخص ها به سه حیطه تقسیم بندی می گردند:

۱- شاخص در حیطه منابع

۲- شاخص در حیطه فرایند

۳- شاخص در حیطه نتایج

مثلا وزن ، شاخصی برای سنگینی است و مقیاس آن کیلوگرم است یا قد ، شاخصی برای بلندی است و مقیاس آن متر می باشد و یا BMI شاخصی برای توده بدنی است و مقیاس آن کیلوگرم بر مترمربع است .

از جمله شاخصهای قابل استفاده در ارزیابی یا ارزشیابی مدل SHEP می توان به :

TOT = تعداد کارگاه های تربیت مربی برگزار شده یا تعداد مربیان تربیت شده
TOP = تعداد کارگاه های تربیت مربیان همسان یا تعداد مربیان همسان تربیت شده
TOS = تعداد کارگاه های تربیت مربیان کادر سلامت یا تعداد مربیان کادر سلامت تربیت شده .
PES = تعداد جلسات برگزار شده توسط مربیان همسان برای عموم مردم یا تعداد افراد شرکت کننده در جلسات مربیان همسان (عموم مردم)
SES = تعداد جلسات برگزار شده توسط کادر سلامت برای عموم مردم یا تعداد افراد شرکت کننده در جلسات کادر سلامت (عموم مردم)

البته با توجه به نوع برنامه ای که با استفاده از مدل SHEP در استان مربوطه اجرا می گردد ، می توان شاخصهای متنوع دیگری را جهت ارزیابی، پایش و ارزشیابی برنامه ها تعریف کرد و به مورد اجرا درآورد.

برای مثال مربیان محترم می توانند جهت ارزیابی و ارزشیابی کلاسهای برگزار شده از نظر ارتقای دانش/نگرش /رفتار شرکت کنندگان از محتوای آموزشی بسته مورد نظر سوالاتی را استخراج کرده و قبل و بعد از برگزاری جلسه آموزشی به عنوان پیش آزمون یا Pre test و پس آزمون یا Post test استفاده نمایند . برای سهولت کار مربیان ، نمونه ای از پرسشنامه پیش آزمون و پس آزمون در قسمت ضمیمه این مجموعه آورده شده است .

ارزیابی (ASSESSMENT) : ارزیابی یعنی بررسی و توصیفی از وضعیت موجود بدون دخالت دادن عامل قضاوت است. ارزیابی، گردآوری اطلاعات جهت بهبود بخشیدن به برنامه ریزی و اجرای فرآیندها است.



بنابراین با توجه به شکل صفحه بعد می‌توان در ساختار زنجیره ای برنامه ها، بصورت مقطعی، مراحل نیازسنجی need assessment، درون داد input، فرایند process و برون داد Out put را مورد ارزیابی قرار داد.

پایش (MONITORING) : سنجش مستمر درجه انطباق فعالیتها با استانداردها و

معیارها، در قبل و حین اجرای فرایند است. بنابراین پایش در چهار قسمت: درون داد - فرایند - برون داد و اثرات انجام می‌گیرد. اطلاعات بدست آمده از پایش می‌تواند در رفع نواقص برنامه ها، همچنین کنترل فرایندها، مورد استفاده قرار گیرد. این موارد در شکل صفحه بعد مشخص شده است.



ارزشیابی (EVALUATION) : ارزشیابی، بررسی تحقق اهداف اولیه برنامه، با اجرای آن در عمل است. لذا در ارزشیابی، اثربخشی پیامدها و نتایج نهایی برنامه مورد مطالعه قرار می‌گیرد و شامل داوری ارزشی درباره مطلوب بودن یا نبودن آنهاست.

بنابراین با توجه به شکل صفحه بعد میتوان برنامه ها را بصورت مقطعی در مراحل برون داد output، اثرات Effect، پیامدها outcomes و نتایج نهایی Impact مورد ارزشیابی قرار داد. البته در بسیاری از سیستمها، ارزشیابی در مراحل آخر و پایانی برنامه ها صورت می‌پذیرد.

ارزیابی / ارزشیابی ابتدای برنامه (Primitive): ارزیابی / ارزشیابی است که در قبل از شروع و در ابتدای فرایند اجرایی برنامه صورت می‌گیرد. نیازسنجی، از جمله ارزیابی های ابتدای برنامه شمره می‌شود.

ارزشیابی تکوینی (Formative): با هدف ارتقای برنامه و فرایند انجام می‌گردد.

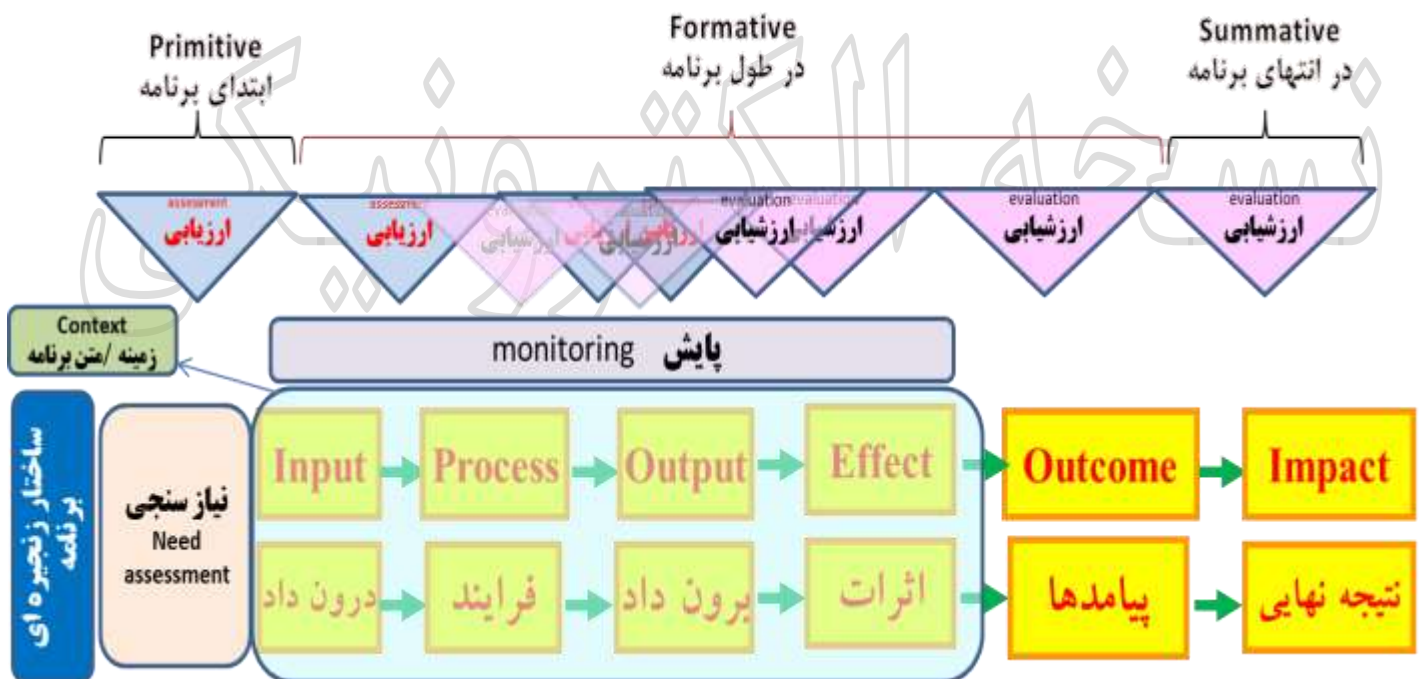
ارزشیابی نهایی (Summative) : با هدف میزان مسئولیت پذیری و پاسخگویی انجام می‌گیرد که نیازمند تعیین میزان اثر بخشی کلی برنامه و مزایای آن است.

ارزیابی یعنی توصیفی از وضعیت موجود بدون قضاوت
 پایش = بررسی مستمر
 ارزشیابی = ارزیابی + قضاوت
 ارزیابی بیشتر برای افراد و ارزشیابی برای برنامه ها کاربرد دارد.

دو واژه مهم دیگر:

کارایی EFFICIENCY: کارایی عبارت است از افزایش بهره وری و دستیابی به بهترین نتیجه ممکن با استفاده از کمترین ورودی ممکن. به عبارت ساده تر کارایی عبارتست از انجام درست کارها. به این منظور فرآیندها و تکنیکها، مورد ارزیابی قرار می گیرند.

اثر بخشی EFFECTIVENESS: میزان تامین مقاصد تعریف شده توسط یک فرایند، شخص، محصول، برنامه یا میزان پاسخگویی به نیازهای جامعه هدف. به عبارت ساده تر اثر بخشی عبارتست از انجام کارهای درست. به این منظور نتایج و اثرات نهایی مورد ارزشیابی قرار می گیرند.



سرمایه اجتماعی Social Capital



سرمایه اجتماعی، عبارست از مجموعه قوانین، هنجارها و ارزشهایی که در قلبها و اندیشه های افراد جامعه نوشته شده است و بر رفتارهای اجتماعی آنها نظارت و حاکمیت دارد. به عبارت دیگر سرمایه اجتماعی وقتی شکل میگیرد که هنجارها و ارزشها در افراد به صورت عاداتهای رفتاری درآیند.

بنابراین سرمایه اجتماعی مانند تصویر مقابل بسان ریشه، ساقه و شاخه های درخت عمل میکند و باعث حفظ و نگهداری ساختار درخت و میوه های آن میشود.

حال اگر این درخت را به جوامع انسانی تشبیه کنیم، سرمایه اجتماعی موجب ایجاد ارتباطات مستحکم و سازنده بین مردم به عنوان میوه های درخت خواهد شد. ارزیابی سرمایه اجتماعی در جوامع با عملکرد و رفتار مردمانشان سنجیده میشود. برای مثال در جامعه ای که روز به روز میزان چکهای برگشتی در اقتصاد بیشتر میشود، بر میزان بی تخلفات راهنمایی و رانندگی افزوده میشود، از کیفیت کالاها و ساختمانهای تولیدی کاسته میشود، بر میزان بی اخلاقی های حرفه ای در شغل های مختلف افزوده میشود، تعداد طلاقها افزایش می یابد و ... در این جامعه سرمایه اجتماعی رو به کاهش است.

شکل زیر اهمیت سرمایه اجتماعی را بیش از پیش مشخصتر میسازد.

برای مثال، فکر کنید، یک کشور فرضی وجود دارد که از همه سرمایه های اقتصادی و مادی بهرمنند است یعنی دارای نفت، طلا، مس و ... حتی فرض کنید که یک سری کارخانه های پیشرفته نیز در آن کشور مستقر هستند. سوال این است که آیا صرف وجود سرمایه های مادی و اقتصادی ذکر شده در آن کشور، میتواند به تولید و ارزش افزوده منجر گردد؟ جواب خیر است.

چون باید افراد و انسانهایی جهت مدیریت و گرداندن چرخهای اقتصادی آن کشور وجود داشته باشند تا سرمایه های مادی اشاره شده بکار گرفته شده و منجر به تولید و ارزش افزوده گردند.

حال فرض کنیم آن کشور دارای یک مدیری است که مرزها را برای ورود نیروهای انسانی متخصص از انواع رشته ها باز کرده است. سوال دوباره تکرار میشود، آیا این بار، با وجود سرمایه های مادی و اقتصادی و نیروی



انسانی، آن کشور میتواند به تولید و ارزش افزوده دست یابد؟ جواب دوباره نه است! چراکه اگر در بین نیروی های انسانی وارد شده به آن کشور، هیچ قاعده و قانون و سلسه مراتبی حاکم نباشد و آن افراد به همدیگر اعتماد نکنند، فعالیت و تلاشهای آنها نه تنها موجب پیشرفت آن کشور نخواهد شد بلکه چه بسا با تولید رقابتهای ناسالم بین آنها، نتیجه کاملاً معکوسی برای افراد و کشور به دنبال داشته باشد. بنابراین مجموعه قوانین و هنجارهای اجتماعی که بصورت ارزشهای قلبی و درونی درآمده باشند، همان سرمایه اجتماعی است که باعث ساماندهی ارتباطات بین افراد میشود و نیروهای انسانی را تبدیل به سرمایه انسانی مینماید و با در کنار هم قرار گرفتن سرمایه انسانی با سرمایه مادی و اقتصادی است که در هر کشور میتوان به تولید و ارزش افزوده دست پیدا کرد. بنابراین سرمایه اجتماعی، هم نقش چسب اجتماعی را دارد که میتواند شاکله اجتماع را با ایجاد ارتباطات قوی در کنار هم نگه دارد و هم نقش روغن اجتماعی را دارد و میتواند باعث تسهیل در اجرای امورات اجتماعی شود.

بنابراین یکی از وظایف خطیر مدیران تصمیم ساز و اجرایی هر کشوری، صیانت از سرمایه های اجتماعی آن کشور، و تلاش در جهت به روز رسانی و ارتقاء آن میباشد.

سرمایه اجتماعی دارای سه سطح است. سطح اول سطح خرد یا سطح رابطه فرد با فرد است. رابطه دوفرد دوست که باهم ارتباط صمیمانه و همکاری دارند و به هم اعتماد میکنند، از این نوع است. این را سرمایه اجتماعی آوندی یا Bonding Social capital می نامیم.

اکنون اگر مجموعه ای از افراد با همدیگر ارتباط متقابل و متقاطع داشته باشند، به گونه ای که یک شبکه اجتماعی (مانند یک گروه، یک حزب، یک انجمن محلی و نظایر آن) شکل بگیرد و افراد عضو این شبکه به هم اعتماد داشته باشند، سطح دوم یا سطح میانی سرمایه اجتماعی شکل گرفته است که به آن سرمایه اجتماعی هموندی یا Bridging Social capital میگوییم.

حال اگر این گروه ها و شبکه های منفرد، در سطح کل جامعه با همدیگر ارتباط برقرار کنند، و بتوانند با هم همکاری کنند و به یکدیگر اعتماد کنند، سرمایه اجتماعی در سطح کلان شکل میگیرد که به آن سرمایه اجتماعی پیوندی یا Linking Social capital گفته میشود.

برای اندازه گیری میزان سرمایه اجتماعی عمدتاً از سه شاخص استفاده میشود. شاخص اول اعتماد است که خود دارای دو سطح است، اعتماد شخصی یا مستقیم و اعتماد عام یا تعمیم یافته یا غیر مستقیم.

اعتماد شخصی یا مستقیم آن است که من به عضوی از خانواده ام و یا همکارم یا هر کس دیگری که او را میشناسم و قبلاً با یکدیگر پیوند و گره اجتماعی برقرار کرده ایم، اعتماد کنم.

اعتماد عام آن است که به کسانی که نمی شناسمشان، اعتماد کنم. مثلاً اگر به پلیسی که نمیشناسیم، اعتماد کنیم یا به راننده تاکسی، یا به هر عابری که با او مواجه می شویم یا به هر فروشنده ای که از قبل او را نمیشناسیم اعتماد کنیم، در این صورت اعتماد عام یا غیر مستقیم وجود دارد. از نظر علم جامعه شناسی آنچه مهم است همین شاخص اعتماد عام است.

اما شاخص دوم، مشارکت اجتماعی است. مشارکت باید سه ویژگی داشته باشد، تا مشارکت اجتماعی محسوب شود: نخست این که عقلانی باشد، یعنی احساسی نباشد. دوم این که مستمر باشد و سوم این که سازمان یافته

باشد. مشارکت های بی سازمان و بی دوام و احساسی، مشارکت اجتماعی محسوب نمیشوند. مثلاً این که مردم هجوم میبرند و به آسیب دیدگان زلزله کمک میکنند، مشارکت اجتماعی نیست، گرچه این عمل نوعی همیاری است. چون هجوم برای کمک در زلزله، نه عقلانی است (یعنی بیشتر از روی احساس است) و نه سازمان یافته و نه مستمر.

سومین شاخص مهم، همیاری است. همیاری یعنی این که شما بی رشوت و منت به کسی که او را نمیشناسید و از او توقع جبران ندارید، کمک یا خدمتی کنید. مثلاً اینکه می‌ایستیم و به راننده ناشناسی که بنزین اتومبیلش تمام شده است، بنزین میدهیم، نوعی همیاری است. یا وقتی موتورسوار ناشناسی را که زمین خورده، به بیمارستان می‌رسانیم، همیاری کرده ایم.

سرمایه اجتماعی در حوزه سلامت نیز از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار است، چه در سطح اول یعنی رابطه بین دو نفر مثل رابطه بین پزشک و بیمار، یا در سطح دوم یعنی رابطه بین مردم با یکدیگر و یا با سازمانهای ارایه دهنده خدمات سلامت و یا در سطح سوم یعنی در بین ارگانهای ذی‌بهرت و سازمان های مردم نهاد در کل کشور.

بدون سرمایه اجتماعی، هیچ اجتماعی به هیچ سرمایه ای نمی رسد!
سرمایه های اقتصادی و مادی میتوانند به سرعت ترمیم شوند،
ولی سرمایه اجتماعی تنها با گذر نسل ها قابل ترمیم است.

باید بدانیم:

سخنی با مدیران:

با توجه به مطالب فوق به نظر میرسد که باید در برخورد با جامعه فروتنی پیشه کرد و به جای نگاه از بالا و از بیرون، از درون به آن نظر کرد تا سیاستها و برنامه هایمان سازگار افتد. باید بدانیم که این دیوار اعتماد و اعتبار اجتماعی که همه مان روی آن نشسته ایم و بعضاً با کارهای نسنجیده مان، خُشت کرده و به سوی هم پرتاب میکنیم، با خون دل نسل ها ساخته شده تا مارا در مقابل سیلابها محافظت کند که اگر فرو بریزد، دیگر نه تو مانی و نه من!

پس بیایید قدر سرمایه اجتماعی کشور عزیزمان را بدانیم و در حفظ و ارتقاء آن تمام تلاشمان را بکار گیریم



یک داستان واقعی از جنس سرمایه اجتماعی

یک انسانِ نوع دوست و مسئولیت پذیر...

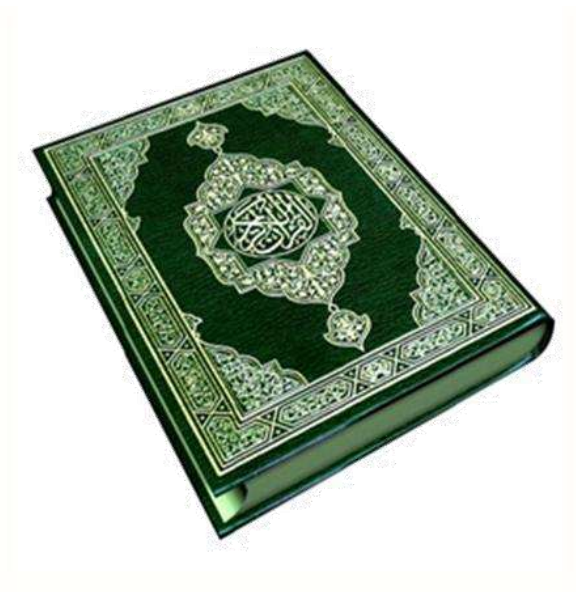
یک اقدام به موقع...

نجات زندگی ۱۰۰ ها انسان...

و

یک الگو برای مربیان SHEPmodel





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا

هر کس جان یک نفر را نجات دهد، اجر و منزلت آن در نزد خدا مانند آن است که جان همه مردم را نجات داده است.





دهقان فداکار

چه انجام داد؟ چرا انجام داد؟ و نتیجه چه شد؟



مربیان SHEP

چه باید انجام دهند؟ چرا باید انجام دهند؟ و نتیجه چه خواهد شد؟



از موقعی که به یاد داریم در کتاب سوم دبستان، درسی به نام دهقان فداکار وجود داشت. ماجرای دهقانی که در یک شب سرد پائیزی زمانی که از زمین کشاورزی خود به خانه برمی گشت، متوجه ریزش کوه می شود. او برای آگاهی مسئولان قطار لباس خود را از تن در آورده و آن را با نفت فانوس آغشته کرده و به آتش می کشد، قطار می ایستد و از حادثه ای مرگبار جلوگیری می شود.

بعد از تغییرات کتاب درسی در سال های گذشته نیز ماجرای دهقان فداکار در کتاب درسی باقی ماند البته این بار در درسی به نام «فداکاران» در کتاب سوم دبستان گنجانده شده است که بخشی از آن در خصوص دهقان فداکار است.

ازبرعلی حاجوی معروف به ریزعلی خواجوی اهل میانه و متولد ۱۳۱۰ است. داستان آن شب را از زبان خودش بشنویم:

درباره ماجرای آن شب می پرسم شبی که شما قطار را نگه داشتید تا جان صدها نفر را نجات دهید.

برای لحظه ای چشمانش را می بندد. پاسخ می دهد: «آن شب باران می بارید و من داشتم از زمین کشاورزیم برمی گشتم. چون زمین گلی بود. از طرف ریل راه آهن حرکت کردم که یک دفعه دیدم بین دو تونل، کوه ریزش کرده است. می دانستم که قطاری نیز به زودی از آنجا عبور خواهد کرد. نمی دانستم باید چه کار کنم. اما جان انسانهایی که در داخل قطار بودند برایم اهمیت داشت. باید نجاتشان می دادم.

ابتدا فکر کردم که به طرف ایستگاه قطار بدوم و با مطلع کردن مسئولین از ادامه حرکت قطار جلوگیری کنم. ولی می دانستم که دیر شده است و قطار از ایستگاه حرکت کرده است.

برای لحظه ای سکوت می کند و ادامه می دهد: «باید جان مسافران را نجات می دادم اما نمی دانستم چه طوری.

صدای سوت قطار که در حال نزدیک شدن بود مرا به خود آورد.

در مسیر ریل راه آهن ضمن دویدن به طرف قطار، فانوسم را حرکت دادم و شروع به داد و فریاد کردم اما مأموران قطار متوجه نشدند.

فانوسم هم خاموش شد. نمی دانستم چه کار کنم. یک دفعه فکری به ذهنم رسید. کتم را در آوردم و نفت فانوس را روی آن ریختم و با کبریتی که داشتم آتش زدم و با تکانهایی که به مشعل روشن شده میدادم، راننده قطار متوجه شد و بالاخره قطار ایستاد.»

داستان که به اینجا می رسد ریزعلی می خندد و به برخورد مأموران و مردم درون قطار اشاره می کند: «وقتی مردم و مأموران از قطار پیاده شدند همه سرم ریختند و شروع به کتک زدن من کردند. آخر فکر می کردند بی دلیل قطار را نگه داشتم. تا این که رئیس قطار آمد و من جریان را برایش گفتم.

با هم سوار قطار شدیم و به آرامی به طرف جایی که کوه ریزش کرده بود، رفتیم. آنجا بود که همه دیدند من راست گفته ام و شروع به عذرخواهی از من کردند و دست و پایشانی و روی مرا بوسیدند.»
می پرسم: «هیچ وقت فکر می کردی این کار باعث شود ماندگار شوی؟»

اشکی گوشه چشمانش جمع می شود: «آن زمان که این کار را کردم، فقط به خاطر نجات مردم بود. انتظار تشکر نداشتم و حالا خیلی خوشحالم. هر روز به خاطر این که آن زمان، این فکرها به ذهنم آمد، خدا را شکر می کنم.»

سوال می کنم: «برخورد مردم با تو چگونه است؟»

پاسخ می دهد: «تا مدت ها خبر نداشتم که این ماجرا در کتاب درسی چاپ شده است. بعدها فهمیدم. جالب این که خیلی از مردم هم نمی دانستند که دهقان فداکار وجود دارد. بعضی به من می گفتند فکر می کردیم داستان دهقان فداکار خیالی است. به همین دلیل از دیدن من ذوق زده می شوند و با من بسیار محترمانه رفتار می کنند.»

از او می پرسم: «از این که داستان فداکاریش در کتاب درسی دانش آموزان منتشر می شود، چه احساسی دارد»

می خندد و می گوید: «خیلی خوشحالم که مردم به فکر من هستند. این کار باعث شده که مرا از یاد نبرند.»
ریزعلی ۸ فرزند دارد؛ ۵ فرزند پسر و ۳ فرزند دختر و هم اکنون ۴۲ نوه و نتیجه دارد.

می پرسم: «نظر نوه های ت درباره این که داستان پرافتخار پدر بزرگشان در کتاب درسی منتشر شده، چیست؟»
پاسخ می دهد: «آنها خیلی خوشحالند و این مسئله را بارها به من گفته اند.»

سوال می کنم: «تا به حال چند بار داستان آن شب را برای مردم تعریف کرده ای؟»

به سرعت پاسخ می دهد: «خیلی، خیلی نمی دانم دقیقاً چند بار گفتم.»

می پرسم: «به نظرت از فداکاریت آنطور که شایسته ات بود، تجلیل شد.»

سکوت می کند و لبخند شیرینی بر لب می آورد: «مردم مرا دوست دارند و من نیز آنها را دوست دارم. از این بهتر نمی شود.»

می گویم: «فکر می کنی اگر برگردی به آن سالها و دوباره آن حادثه تکرار شود. چه می کنی؟»

بدون هیچ تأملی پاسخ می دهد: «همین کار را تکرار می کنم. به خاطر تشکر مردم این کار را نکردم. باید این کار را می کردم، وظیفه ام بود.»

سوال می‌کنم: «به نظرت اگر این حادثه برای جوانان ما پیش آید، آن‌ها این کار را می‌کنند؟»

لبخند بر لب می‌آورد و پاسخ می‌دهد « البته. مردم ما همه ذاتاً فداکارند. جوانان هم فداکار هستند. باید این فداکاری را نشان دهند نه این که آن را مخفی کنند. و بهترین نمونه این فداکاران، شهیدان عزیزمان هستند که بدون هیچ چشم داشتی با فدا کردن جان خود از کشور گرانقدرشان محافظت کردند.»

از ریزعلی سوال می‌کنم: «برای دانش آموزان دانشجویان و کلا جوانان این کشور چه حرفی داری؟»

پاسخ می‌دهد: «از همه بچه ها می‌خواهم که درسشان را بخوانند. آن‌ها سرمایه های کشورند و باید حافظ این مرز و بوم باشند.»

از او تشکر می‌کنیم و او نیز باز می‌خندد و می‌گوید: **«من همه مردم را دوست دارم.»**

قطعا از خواندن وقایع آن روز که از زبان دهقان فداکار نقل شد لذت بردید. شاید به ذهنتان خطور کند که، اینک رابطه ما مربیان SHEP به عنوان مربیان آموزش و ارتقای سلامت جامعه با این داستان و ریزعلی چه می‌تواند باشد؟

برای روشن تر شدن این رابطه ، اجازه بدهید قسمتهایی از داستان را با هم مرور کنیم .

قهرمان داستان: جان انسانهایی که در داخل قطار بودند برایم اهمیت داشت. باید نجاتشان می‌دادم.

مربیان SHEP: اهمیت جان انسانها برای یک نفر از جمله مهمترین شاخصهای بینشی و نگرشی آن فرد به حساب می‌آید. مسلماً داشتن این ویژگی ، بر کلیه نیت، اعمال و رفتارهای وی تاثیر گذار خواهد بود. همانطور که اقدامات ریزعلی در آن موقع برگرفته از این صفت وی بود. مربیان SHEP نیز با داشتن روحیه بشردوستانه و با قصد نجات جان انسانها قدم در این راه مقدس نهاده اند و به قول خداوند عزیز، ایمان دارند که " من احیایا فکانما احيالاناس جميعا" یعنی هر کس جان یک انسان را نجات دهد ، اجر و منزلتش نزد خدا مانند آن است که جان همه مردم را نجات داده است.

قهرمان داستان: باید جان مردم را نجات می‌دادم اما نمی‌دانستم چه طوری. فانوسم را حرکت دادم و شروع به داد و فریاد کردم اما مأموران قطار متوجه نمی‌شدند. فانوسم هم خاموش شد. نمی‌دانستم چه کار کنم. یک دفعه فکری به ذهنم رسید. کتم را در آوردم و نفت فانوس را روی آن ریختم و با کبریتی که داشتم آتش زدم و بالاخره قطار ایستاد.

مربیان SHEP: ریز علی بعد از تصمیم قاطع برای انجام مداخله جهت نجات جان مسافری قطار، در کوتاهترین زمان ممکن و به بهترین وجه از مهارتهای خود استفاده کرد. بدین گونه که در فرصت بسیار کوتاهی که در اختیار داشت ، با استفاده از راه ها و ابزارهای موجود اطلاع رسانی ، اقدامات خود را به ترتیب زیر انجام داد :

۱-تصمیم به حرکت به سمت ایستگاه قطار و صحبت با مسئولین ، که متاسفانه قطار حرکت کرده بود.

۲-حرکت به سمت مسیر قطار و استفاده از نور فانوس.

۳-استفاده از لباس خود و درست کردن مشعل برای اعلام هشدار .

می بینیم که ریز علی در کوتاهترین زمان ممکن اقدامات بسیار موثری در جهت رسیدن به هدف خود انجام داده است .

مربیان SHEP نیز بعد از طی دوره مربی گری و تمرین های بسیار و تسلط کافی به مهارتهای آموزشی و ارتباطی، فنون و مبنای مدلها و شیوه‌های Advocacy (جلب حمایت همه جانبه) و Social marketing (بازاریابی اجتماعی) ، Campaigns (کمپین‌ها)، Social mobilizations (بسیج‌های اجتماعی) و همچنین

محتوای علمی موضوع آموزشی (مانند ایدز- آنفلوانزا- وبای التور- اعتیاد- بهداشت محیط-سلامت مادران و کودکان- دیابت و ...) اقدام به ارائه خدمات آموزشی و ارتقای سلامتی می نمایند. مسلم است که این اقدامات با توجه به گروه هدف (مسولین- شرکا- تصمیم گیران- حامیان - مخالفان) متفاوت خواهد بود و وظیفه ارزیابی و انجام مداخلات آموزشی مناسب در گروه هدف مربوطه به عهده مربیان SHEP می باشد. این کار میسر نخواهد شد مگر با تسلط کافی مربی که با تمرین، تمرین و تمرین زیاد ممکن می شود.

با توجه به اعلام سازمان بهداشت جهانی (WHO)، در عصر حاضر ۲۵٪ از سهم سلامت مردم بر عهده سازمانهای بهداشتی درمانی مانند وزارت بهداشت، بیمارستانها و ارگانهای سلامتی است، بقیه ۷۵٪ این سهم، برعهده مردم و سایر سازمانها و ارگانها است و رسیدن به اهداف عالی سلامت در سایه همکاری سازمانهای بهداشتی و مردمی می باشد.



سوال اینجاست که وظیفه یعنی جلب حمایت و توجیه بخش عظیم سهم سلامت یعنی ۷۵٪ مردم و سایر ارگانها، بر عهده کیست؟

جلب حمایت باید به گونه ای باشد که مردم بر اهمیت شیوع بیماریها، مخصوصا بیماریهایی مانند ایدز- اعتیاد- سرطانها - مشکلات بهداشت محیط-سلامت روان و بسیاری موارد دیگر واقف شوند و خود را صاحب فرایند سلامتییشان بدانند. با کمی دقت متوجه میشویم که کارشناسان و متخصصان ارگانهای سلامتی مانند وزارت بهداشت، بهزیستی و هلال احمر عهده دار این مسئولیت سنگین می باشند و این گونه است که وظیفه خطیر مربیان SHEP واضح تر و مشخص تر می شود. به عبارت دیگر وظیفه ما به عنوان مربیان SHEP، مشابه همان کاری

است که ریزعلی انجام داد تا راننده و مسافرین قطار را از خطری که در کمینشان بود، آگاه سازد.

- اگر مسافرین قطار زمان ریزعلی را به مردم شهرها و روستاهای این دوران،
- و قطار درحال حرکت را به جوامع در حال توسعه،

- و تخته سنگهایی که راه قطار را مسدود کرده بودند به مشکلات و تهدیدات سلامت سر راه مردم تشبیه کنیم،

نقش مربیان SHEP مانند دهقان فداکار داستانمان خواهد بود و اگر امروزه میبینم که در بعضی موارد، جامعه، آنچنان که باید به عمق خطر بعضی از تهدیدات سلامتی واقف نشده است، شاید دلیلش این باشد که:

۱- ما به عنوان پیشگامان سلامت جامعه یا از اهمیت و حساسیت جایگاهی که داریم آگاه نیستیم،

۲- یا اینکه در وادی عمل، موفق نبوده ایم و نتوانسته ایم وظیفه خطیر و با ارزش خود را انجام دهیم.

ما مربیان SHEP با توجه به آموزشهایی که دیده ایم و دانش و مهارتهایی که کسب نموده ایم، دورنمای تهدیدات سلامتی مانند ایدز، اعتیاد، بیماریهای روحی روانی، دیابت و همه گیری بیماریهای عفونی را می دانیم. اما شاید مردم و برخی از مسئولین به علت عدم داشتن اطلاعات کافی، از اثرات سوء غفلت و انکار این تهدیدات، آگاه نباشند.

درست مانند ریزعلی که از مسدود بودن راه مطلع بود ولی مسافرین و راننده قطار این موضوع را نمی دانستند.

بنابر این او با هر وسیله ای که در اختیار داشت مسافرین را از خطر در پیش رو مطلع کرد و با توجه به نیت پاکی که داشت در این امر موفق شد.

قهرمان داستان: وقتی مردم و مأموران از قطار پیاده شدند همه سرم ریختند و شروع به کتک زدن من کردند، آخر فکر می کردند بی دلیل قطار را نگه داشته ام.

-بعد از این که به همراه مسئولین قطار و مردم به محل حادثه رفتیم، آنجا بود که همه دیدند من راست گفته ام و شروع به عذرخواهی و بوسیدن من کردند.

مربیان SHEP: همانطور که از زبان ریزعلی شنیدیم بعد از توقف قطار و نجات جان افراد، از آنجاییکه مسافری از علت موضوع مطلع نبودند، ریزعلی را کتک زدند ولی بعد از مدتی و با آگاهی از اصل ماجرا، به خاطر عملی که مرتکب شده بودند از او عذرخواهی کردند و دست وی را بوسیدند.

نکته قابل استفاده این قسمت داستان برای مربیان SHEP این است که ما نیز نباید همیشه انتظار تشویق و تمجید و درک به موقع ارزش کارهایمان را، از طرف جامعه داشته باشیم، چراکه باید یادمان باشد ما به عنوان دیده بان سلامت جامعه خطرات سلامتی را زودتر از مردم و سایر ارگانها می بینیم و شاید بسیاری از مردم و مسئولین به دلیل نبود یا کمبود اطلاعات و آگاهی، این خطرات را به خوبی ما احساس نکنند، بنابراین، طبیعی است که فعالیتهای آموزشی و سلامت محور مربیان، آنچنان که باید و شاید در ابتدا مورد استقبال قرار نگیرد.

ولی باید مانند ریزعلی و بسیاری از مردان و زنان والا مقام این مرز و بوم که با نیت خالص در راه خدمت به مردم و کشور از هیچ اقدامی فروگذار نکردند، تمام تلاش و کوششمان را بکار گیریم و با اعتماد به نفس بالا در راه ارتقای سلامت مردم کشور عزیزمان قدم های استوار برداریم تا در آینده وقتی گذشته خود را مرور می کنیم نزد وجدانمان سرفراز باشیم.

دکتر لویی پاستور می گوید:

در هر حرفه ای که هستید، نه اجازه دهید که با بدبینی های بی حاصل آزرده شوید و نه بگذارید بعضی لحظات تأسف بار که برای هر ملتی پیش می آید شما را به یأس و ناامیدی بکشاند. در آرامش حاکم بر آزمایشگاهها و کتابخانه هایتان زندگی کنید. نخست از خود بپرسید: برای یادگیری و خود آموزی چه کرده ام؟ سپس همچنانکه پیشتر می روید بپرسید: من برای کشورم چه کرده ام؟ و این پرسش را آنقدر ادامه دهید تا به این احساس شادای بخش و هیجان انگیز برسید که شاید سهم کوچکی در پیشرفت و اعتلای بشریت داشته باشید، اما هر پاداشی که زندگی به تلاشهایمان بدهد یا ندهد هنگامیکه به پایان تلاشهایمان نزدیک می شویم، هر کدامان باید حق آنها داشته باشیم که با صدای بلند بگوئیم:

« من آنچه را که در توان داشته ام، انجام داده ام »

قهرمان داستان: آن زمان که این کار را کردم، فقط به خاطر نجات مردم بود.

- انتظار تشکر و قدردانی و تمجید از کارم را نداشتم و حالا خیلی خوشحالم.

- مردم مرا دوست دارند و من نیز آنها را دوست دارم.

- همین کار را تکرار می کنم، به خاطر تشکر مردم این کار را نکردم. باید این کار را می کردم، وظیفه ام بود.

- من همه مردم را دوست دارم.

مربیان SHEP: جملات پایانی ریزعلی باز تاکید کننده این نکته است که داشتن نیت پاک و هدف مقدس خدمت به مردم، نداشتن انتظار تشکر و تمجید و همچنین دوست داشتن مردم از صمیم قلب، رمز و راز موفقیت و جاودانگی است. ما نیز اگر اینگونه باشیم در فعال کردن سهم ۷۵٪ درصدی مردم از نظر مشارکت در فرایندهای سلامتی و ارتقای سلامت جامعه، موثرتر و موفقتر عمل خواهیم کرد.





سازمان مردم نهاد و غیر دولتی

جامعه پیشگیری از ایدز (CAP) Campaign on HIV/AIDS Prevention

سازمان غیر دولتی و مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز از سال ۱۳۸۴ و با اخذ مجوز از وزارت کشور با شماره پروانه ۵۹۴ شروع به فعالیت کرده است. هدف این سازمان که از اسم آن نیز مشخص است پیشگیری از ایدز در سطح جوامع میباشد.

تلاش در جهت افزایش سواد سلامت اجتماعی در زمینه بیماری ایدز، یکی از مهمترین فعالیتهای سیستمهای سلامتی است. چرا که در صورت تحقق این امر و افزایش اطلاعات و آگاهیهای مردم، میتوان جلوی پیشرفت بیماری را در جوامع، گرفت.

استراتژی سازمان جامعه پیشگیری از ایدز برای دسترسی به گروه های مختلف اجتماعی، استفاده از سیستم تربیت مربیان سلامت بصورت آشنایی یا TOT است و فعالیتهای آن بر اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت SHEP model انجام میشود.

به همین منظور در کنار تهیه محتوای آموزشی پیشگیری و کنترل بیماری ایدز به زبان ساده و قابل فهم برای عموم مردم، با هماهنگی هایی که با ارگان ها و سازمان های ذیربط از جمله وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم تحقیقات و فناوری، هلال احمر، نیروهای نظامی و انتظامی، و ... صورت میگردد، اقدام به برگزاری کارگاه های تربیت مربی آشنایی میگردد، طوریکه با ادامه برگزاری این کارگاه ها در ارگان های مربوطه در استانها و شهرستانها، مربیان علاقمند زیادی در این عرصه تربیت میشوند. در مرحله بعدی، مربیان تربیت شده، با مراجعه به گروه های هدف مردمی اقدام به انتقال آموزش ها مینمایند.

با همین روند، از سال ۸۴ تا کنون بیش از ۱۰ هزار نفر مربی پیشگیری و کنترل بیماری ایدز در سطح کشور و در ارگان های مختلف تربیت شده اند و به همین نسبت تعداد زیادی از مردم تحت پوشش آموزش ها قرار گرفته اند.

شعار سازمان جامعه پیشگیری از ایدز: باهم، قوی تر هستیم Together, we are stronger است.

لذا این سازمان مفتخر است که با توسعه همکاری های بین سازمانی و همچنین جلب مشارکت داوطلبین سلامت، بتواند گامهای ارزشمندتری در ارتقاء سلامت کشور عزیزمان بردارد.

جهت آشنایی بیشتر با فعالیتهای این سازمان میتوانید به وب سایت به آدرس www.aidsicap.com مراجعه فرمایید.



اسلایدهای مربی پیشگیری و کنترل **HIV/AIDS**

Part (1-1)



مربیان سلامت

۱- کارکنان

۲- داوطلبین سلامت و مربیان همسان



این بسته آموزشی توسط سازمان مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز و بر اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت تهیه و تدوین شده است و به تایید اداره ایدز مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان وزارت علوم تحقیقات و فناوری رسیده است

شعار CAP: **باهم، قویتر هستیم**



www.shepmodel.com

Part (1-2) آدرس وب سایت :



Part (1-3) **تقدیم به :** شهدا، به پاس جانفشانی شان در راه **امنیت و سلامت کشور**

تقدیم به : زنان و مردانی که می کوشند تا کشور خود را به جایی برسانند که مستحق آن است.

Part (1-4) **اهداف آموزشی :**

انتظار می رود فراگیران عزیز پس از پایان دوره بتوانند:

- ۷- عامل ایجاد بیماری و نحوه بیماری زایی آن را توضیح دهند .
- ۸- راههای انتقال و پیشگیری بیماری ایدز را توضیح دهند .
- ۹- گروههای پرخطر از لحاظ ابتلا به بیماری ایدز را نام ببرند.
- ۱۰- آدرس مراکز مشاوره شهر محل سکونت خود را نام ببرند
- ۱۱- معنای خویشتن داری را بیان کنند.
- ۱۲- رفتار مناسب در مقابل تقاضای رفتارهای پرخطر را توضیح دهند.
- ۱۳- نقش مردم در قبال کنترل و پیشگیری از بیماری را شرح دهند.
- ۱۴- طرز صحیح برخورد با بیماران مبتلا به ایدز را بیان کنند.

- ۱- بیماریهای نوپدید و باز پدید را تعریف کنند.
- ۲- علت گسترش بیماری ایدز در جهان را توضیح دهند .
- ۳- سبب حمایت از بیماران ایدز را بیان کنند.
- ۴- آمار و ارقام جهانی و کشوری مبتلایان به ایدز را بیان کنند.
- ۵- وضعیت کشور ایران از نظر بیماری ایدز را شرح دهند.
- ۶- وجه تشابه ایدز با پدیده های اجتماعی را شرح دهند.

Part (1-5)



Figure (1-1)

بیماریهای نوپدید: ایدز

بیماریهای بازپدید: سل، سوزاک و سیفلیس

Part (1-6)

بیماری HIV/AIDS یک بیماری نوپدید محسوب میشود که تقریباً بیش از ۳۰ سال از عمر آن می گذرد !!

سوال : به نظر شما علت گسترش شدید این بیماری در جوامع خصوصاً در بین نسل جوان چیست ؟

جواب: ۱- جهل ۲- انکار



انتشار ایدز در جامعه

نقص در دانش ← جهل (عدم آگاهی از در معرض خطر بودن و سایر خطرهای اجتماعی و اقتصادی و ...)

نقص در نگرش صحیح و مثبت ← انکار (پاک کردن صورت مسئله)

باید گفت که:



Figure (2-1)

Part (2-1) روزهای اول ...

دکتر ساموئل برودر - کشور آمریکا - سال ۱۹۸۱

ما با یک مرد جوانی روبرو هستیم که سیستم ایمنی بدنش در نهایت ضعف و تحلیل است، و تابحال مثل آنرا ندیده ایم. ما علت آنرا نتوانستیم تشخیص بدهیم، فقط امیدوار هستیم و از خدا می‌خواهیم که دیگر بیماری مثل ایشان را نبینیم!!

به نظر شما در جهان "ایدز" چرا ایدز

Part (2-2)

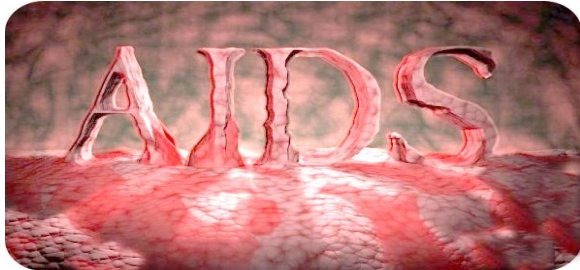


Figure (2-2)

ایدز با محرمانه ترین رفتار افراد (رفتار جنسی و اعتیاد تزریقی) سر و کار دارد.

ایدز درمان قطعی ندارد و قابل پیشگیری با واکسن نیست.

گزارشات اولیه ایدز از مردان همجنس گرا
شیوع در بین معتادین تزریقی و افراد با بی‌بندوباری‌های جنسی

ایدز نیروی کار و جمعیت مولد جامعه (جوانان) را هدف خود قرار داده است.

ایدز با آسیب‌های اجتماعی از جمله فقر، اعتیاد و ... همراه شده است.

دوران نهفتگی طولانی مدت ◀ ناشناخته ماندن بیماری و انتقال آن به دیگران.

بعلت ترس از ایجاد چهره منفی در جامعه بین‌المللی ◀ عدم اطلاع رسانی صحیح ◀ ناآگاهی جوامع

انکار ایدز توسط جوامع ◀ عدم بکار بستن پیشگیری و درمان ◀ انتشار بیشتر ایدز در بین مردم

Part (2-3)



World Health Organization



unicef



UNAIDS

Part (2-4)

سمبل حمایت از بیماران ایدز چیست؟

روبان قرمز

روبان یعنی: حمایت و محبت

علت انتخاب رنگ قرمز:

۱. قرمز نماد عشق و امید و حمایت که سمبل شور و عشق و مدارا با بیماران است.

۲. قرمز نماد خون که نمایانگر درد و رنج انسانها از مرگ بیماران مبتلا به ایدز است.

۳. قرمز نماد خطر است که بی‌توجهی به آن باعث بوجود آمدن یکی از بزرگترین معضلات جهانی شده است.



Figure (2-3)

روز جهانی ایدز

Part (2-5)

1 December هر سال مصادف با ۱۰ آذرماه

نمونه ای از شعارها ...

• 2002 من مواظب شما چطور؟

• 2003 زندگی کنیم و اجازه دهیم زندگی کنند.

• 2004 زنان و دختران و ایدز.

• 2005-2010 هم پیمان در برابر گسترش ایدز.

• 2010-2015 رسیدن به صفر در: موارد جدید بیماری-تبعیض و انگ به بیماران- موارد مرگ مربوط به ایدز



هم پیمان در برابر گسترش ایدز

پیشگام شویم- توانمند کنیم- تحقق بخشیم

Figure (2-4)

HIV/AIDS

Part (3-1)

ویروس نقص ایمنی انسانی / سندرم نقص ایمنی اکتسابی

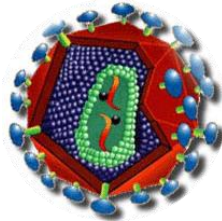


Figure (3-1)

سوال : HIV+ مثبت یعنی چه؟



UN Security Council



Figure (3-2) شورای امنیت

تاریخچه بیماری HIV/AIDS

Part (3-2)

۱. ۵ ژوئن ۱۹۸۱: اولین گزارش در مورد ۵ بیمار مبتلا به ذات الریه غیر عادی در مردان همجنس گرا.
۲. ۷ ژانویه ۱۹۸۳: گزارش انتقال همین بیماری از فرد مبتلا به دو شریک جنسی مونث.
۳. ۲۰ می ۱۹۸۳: جداسازی ویروس HIV از یک فرد مبتلا به AIDS در پاریس.
۴. ۱۹۹۳: اعلام ایدز به عنوان مهمترین عامل مرگ در افراد ۴۴-۲۵ ساله **امریکائی**.
۵. ۱۹۹۶: تاسیس واحد **UNAIDS** در سازمان ملل
۶. ۲۰۰۰: بیانیه **شورای امنیت سازمان ملل متحد**:

ایدز امنیت همه مردم جهان را به خطر انداخته است

و در حال حاضر یکی از بزرگترین چالش‌های جهانی است

Part (3-3)

توزیع بیماری در جهان ؟

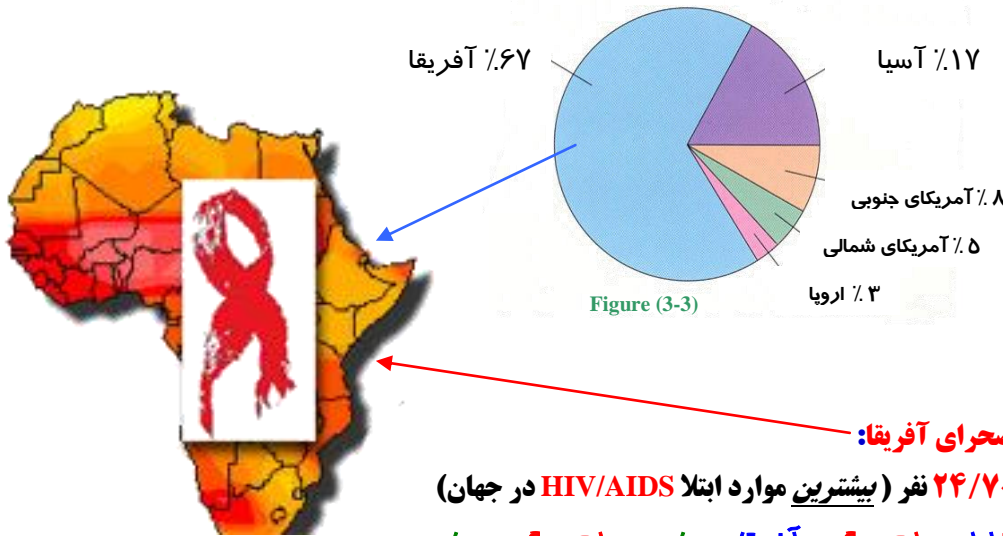


Figure (3-3)

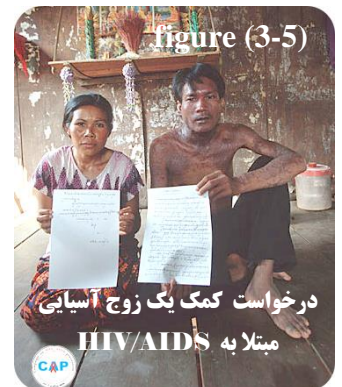


Figure (3-5)

جنوب صحرای آفریقا:

۲۴/۷۰۰/۰۰۰ نفر (بیشترین موارد ابتلا HIV/AIDS در جهان)

ایدز اولین علت مرگ در آفریقا و چهارمین علت مرگ در جهان

Figure (3-4)

- هر یک دقیقه ۵ جوان مبتلا می شوند.
 - در کامبوج ۸۰۰/۰۰۰ نفر HIV+ هستند
 - در کشورهای عربی، خاورمیانه و شمال آفریقا بیش از ۲۳۰/۰۰۰ نفر HIV+ هستند.
 - در تایلند ۵۰۰/۰۰۰ نفر HIV+ هستند.
 - روسیه، اروپای شرقی و آسیای مرکزی بیش از ۱/۱۰۰/۰۰۰ نفر بیمار HIV/AIDS دارد.
 - در هند تعداد مبتلایان از ۲۰/۰۰۰ نفر در سال ۱۹۸۹ به ۶/۰۰۰/۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰ رسیده است.
- طوریکه
- ۳٪ زنان باردار،
 - ۵۰٪ نیروی نظامی،
 - ۵۰٪ زنان تن فروش،
- متأسفانه تعداد موارد ابتلا به HIV/AIDS در این منطقه رو به افزایش است. و همانطور که میدانیم ایران در این منطقه قرار دارد.

گسترش انفجاری ایدز در آسیا، به این دلایل که:

۳۰۰ برابر



آخرین آمار و ارقام جهان

Part (4-1)

UNAIDS , WHO تا پایان سال

مردم زنده مبتلا به HIV در این سال _____ نفر

تعداد موارد جدید در این سال _____ نفر

مرگ و میر بعلت AIDS در این سال _____ نفر

توجه:

حدود ۶۰۰۰ مورد جدید در هر روز

حدود ۴۰۰۰ مورد مرگ در هر روز

توجه: برای به روز کردن آمار ها میتوایند به وب سایت www.shepmodel.com مراجعه کنید.

Part (4-2)

اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ برنامه مشترک سازمان ملل تا سال ۲۰۲۰

۹۰٪

۹۰٪

۹۰٪

در ۹۰٪ کسانی که تحت درمان هستند، تکثیر ویروس در بدنشان به حداقل رسیده باشد.

۹۰٪ افرادی که از ابتلای خود آگاه هستند، تحت مراقبت و درمان باشند.

۹۰٪ مبتلایان، از ابتلای خود آگاه باشند

آخرین آمار و ارقام ایران

Part (4-3)



آمار ثبت شده: بیش از _____ نفر تا پایان

تخمین تعداد مبتلایان به HIV/AIDS بیش از ۱۰۰/۰۰۰ نفر!!

سوال! به نظر شما علت تفاوت زیاد دو آمار ثبت شده و تخمینی فوق چیست؟



توجه: توجه: بررسی روند آماری چند سال اخیر مبتلایان به HIV/AIDS در ایران نشان میدهد که متأسفانه:

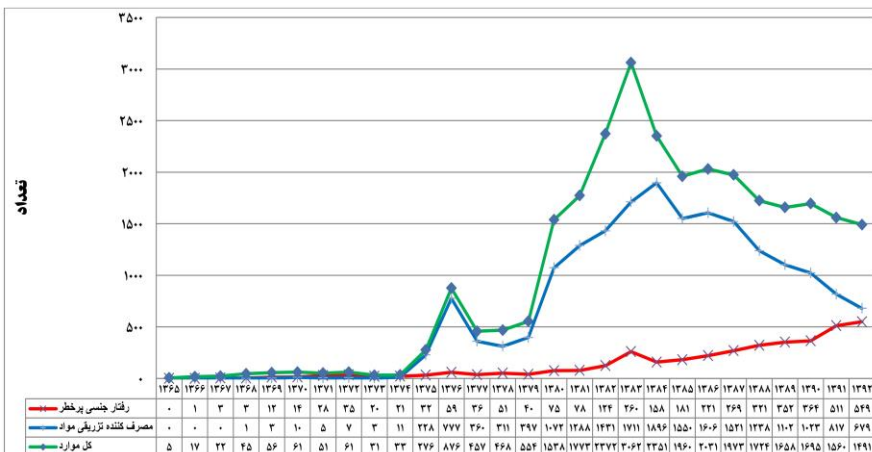
figure (4-1)

- ❖ تعداد و درصد مبتلایان از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده در حال افزایش است!
- ❖ همچنین تعداد و درصد مبتلایان زن نسبت به مرد نیز در حال افزایش است!



Part (4-4)

بررسی تغییر الگو و روشهای انتقال ایدز در ایران از ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۲



➤ با دقت در نمودار مقابل مشخص میشود که کل بیماران ثبت شده (رنگ سبز) و همچنین موارد ابتلا با اعتیاد تزریقی (رنگ آبی) در ایران تا سال ۸۲ در حال افزایش بود و از آن به بعد رو به کاهش گذاشته است.

➤ ولی متأسفانه روند ابتلا به ایدز از طریق ابتلا به روش جنسی (رنگ قرمز) در طی این سال ها، همواره در حال افزایش بوده است.

تاریخچه ورود و الگوی گسترش HIV/AIDS در ایران!

Part (5-1)



همجنس گرایان معتادین تزریقی

افراد پرخطر از نظر ابتلا به HIV/AIDS

Part (5-2)

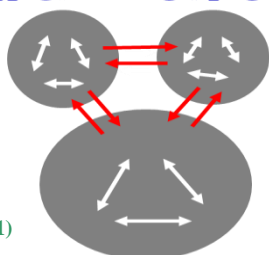


figure (5-1)

زنان تن فروش انتقال از/به جنس مخالف

شکل روبرو نشان دهنده افراد پرخطر از نظر ابتلا به HIV/AIDS میباشد:

- ۱- همجنس گرایان به ویژه همجنس گرایان مرد
- ۲- معتادین تزریقی
- ۳- زنان شاغل در حرفه جنسی که انتقال به جنس مخالف را باعث میشوند.

شکل روبرو همچنین نشان دهنده ساختار شبکه ای پیچیده داخل گروه و بین گروهی انتقال، بین افراد پرخطر است.

مدل تئوری همه گیری HIV/AIDS در جهان در ۱۰۰ سال آینده!

Part (5-3)

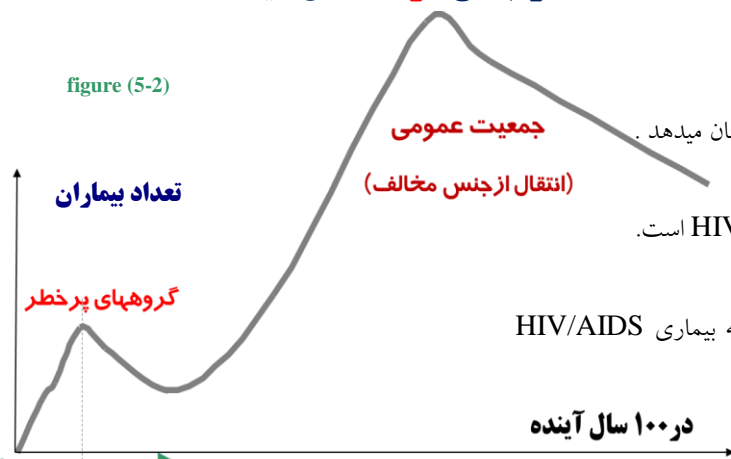


figure (5-2)

این نمودار متشکل از دو محور است.

محور افقی محور زمان است و ۱۰۰ سال آینده را نشان میدهد.

محور عمودی تعداد بیماران مبتلا به HIV/AIDS را در کشورها نشان میدهد.

در این منحنی شما دو قله (ماکزیمم) می بینید.

قله اول مربوط به اوج ابتلای گروههای پرخطر به بیماری HIV/AIDS است.

(همجنس گرایان - معتادین تزریقی - زنان شاغل در حرفه جنسی)

قله دوم مربوط به اوج ابتلا در جمعیت عمومی یا عامه کشورها به بیماری HIV/AIDS

است که رفتارهای پرخطر ندارند.

این منحنی نشان میدهد در ۱۰۰ سال آینده در همه کشورها ابتدا گروههای پرخطر به این بیماری مبتلا خواهند شد و اگر کشورها هیچ اقدامی از لحاظ آموزش پیشگیری و یا درمانی و کنترلی انجام ندهند در مرحله دوم جمعیت عمومی یا عادی آنها درگیر این بیماری خواهند شد. در این منحنی بعد از هر قله (ماکزیمم مبتلایان) با یک سیر نزولی مواجه هستیم! این کاهش به دلیل از بین رفتن مبتلایان به بیماری است که باعث کاهش جمعیت کشورها خواهد شد.



در حال حاضر

- کشورهای غربی در مرحله رسیدن به جمعیت عمومی توانسته اند جلوی انتشار بیماری را بگیرند.
- در کشورهای آفریقایی متأسفانه بیماری وارد جمعیت عمومی شده و منجر به مرگ گسترده شده است.
- در کشورهای جنوب شرقی آسیا بیماری در حال ورود به جمعیت عمومی است.
- در ایران هم بیماری در حال رسیدن به اوج خود در بین گروههای پرخطر میباشد.

در حال حاضر با توجه به نمودار فوق:

وضعیت کشورهای جهان

Part (6-1)



Figure (6-4)

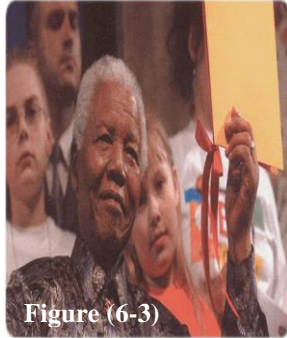


Figure (6-3)

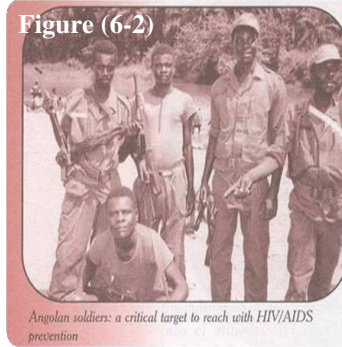


Figure (6-2)

Angolan soldiers: a critical target to reach with HIV/AIDS prevention

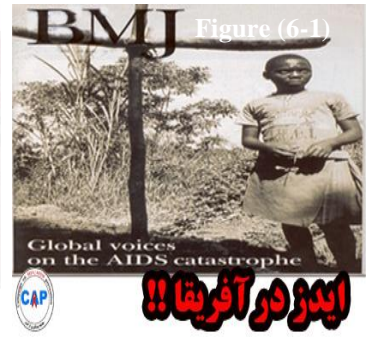


Figure (6-1)

ایدز در آفریقا !!

ایدز را به چه پدیده هایی تشبیه کرده اند ؟

Part (6-2)

۱۰٪ کوههای یخی شناور در آب اقیانوسها قابل مشاهده هستند ، ۹۰٪ آن زیر آب بوده و در نگاه سطحی و گذرا دیده نمی شود . ولی موجود هست و واقعیت دارد . وضعیت بیماری ایدز در کشورهای خاورمیانه به کوه یخ تشبیه شده است !

(۱) پدیده کوه یخ (Ice berg)



Figure (6-5)

سونامی موجهای سهمگین دریایی هستند که در اثر زمین لرزه در اقیانوسها تولید می شوند و بسیار ویرانگر هستند . اشاره می شود ، کشورهایی که فرصت آموزش و پیشگیری از بیماری ایدز را از دست بدهند (و حقیقتاً فرصت اندک است) ، همه گیری ایدز همانند موجهای قدرتمند سونامی جوامع انسانی آن کشورها را در خواهد نوردید ، همانند کشورهای آفریقایی که متأسفانه در بعضی از آنها بیش از نیمی از جمعیت یک کشور مبتلا به HIV/AIDS می باشند !

(۲) پدیده سونامی (Tsunami)



Figure (6-6)

همانطور که می دانید کشتی تایتانیک (پیشرفته ترین و عظیم الجثه ترین ساخته بشر در سال ۱۹۱۲) قرار بود از انگلستان عازم آمریکا شود . ولی متأسفانه در طول مسیر بعثت غفلت دیده بانان کشتی ، در اثر برخورد باکوه یخی ، غرق شد و بسیاری از مسافریــــن آن از بین رفتند .
 وجوه اشتراک بین فاجعه تایتانیک و همه گیری بیماری ایدز :
 (۱) مسافریــــن کشتی تایتانیک از همه طبقات جامعه (ثروتمند - طبقه متوسط - فقیر) بودند . ایدز هم یک بیماری است که همه طبقات جامعه میتوانند به آن مبتلا شوند .
 (۲) غرق شدن کشتی تایتانیک به علت غفلت دیده بانان آن و برخورد باکوه یخ بود .
 جوامع پیشرفته امروزی هم به دلیل غفلت دیده بانان سلامت جامعه (مردم و مسئولین) در خطر تهدید برخورد باکوه یخ ایدز هستند .

(۳) فاجعه تایتانیک (TITANIC peril)



Figure (6-7)

عامل ایجاد بیماری

Part (7-1)

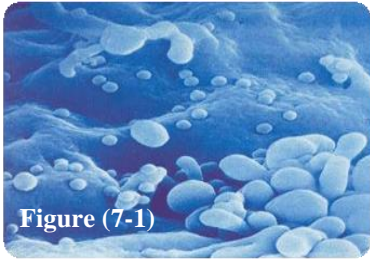


Figure (7-1)

عامل ایجاد کننده بیماری ایدز **ویروس** نقص ایمنی انسانی (HIV) می باشد .
این ویروس در تمام مایعات بدن فرد مبتلا وجود دارد .
ولی، انتقال بیماری از طریق تماس مایعات زیر صورت می پذیرد.
خون (Blood) - ترشحات جنسی مردانه و زنانه و شیر مادر و مایع آمنیوتیک (مایعی که جنین در داخل رحم مادر در آن شناور است)

Part (7-2) **دو نکته**
اشک و بزاق نمی توانند آلوده کننده باشند، مگر اینکه آغشته به خون شوند.
عمر ویروس در محیط خشک بیرون، کوتان و در حد چند ساعت است.



Part (7-3) **اساس بیماری زایی:**
حمله ویروس به سیستم ایمنی بدن و کاستن تعداد و عملکرد سلولهای ایمنی (گلبولهای سفید خون)

Figure (7-2)

در عرض ۳ تا ۶ هفته اول
علائم عمومی مثل:
تب،
کلودرد
بی اشتهايي و...



مراحل سه گانه بیماری

Part (7-4)

۱- عفونت اولیه

۲- مرحله نهفتگی ← بدون علائم ظاهری

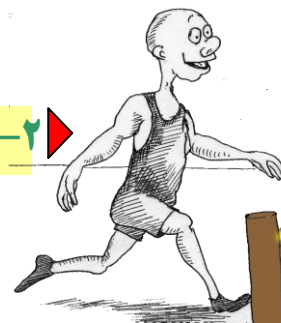


Figure (7-3)

۳- مرحله ایدز
ضعف شدید سیستم ایمنی بدن
بروز عفونتهای فرصت طلب
کاهش وزن شدید
و نهایتاً مرگ

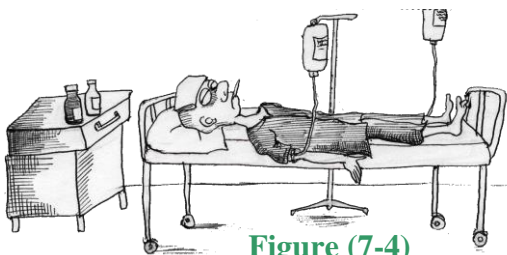


Figure (7-4)

Part (7-5)

۱ تا ۳ ماه بعد

مثبت شدن نتیجه آزمایش

مرحله پنجره یا Window period

ورود ویروس به بدن

تا ۱۰ سال بعد

مرحله ایدز

ورود ویروس به بدن

Part (8-1)



Figure (8-1)



Figure (8-4)



Figure (8-3)



Figure (8-2)

نقاشی های دو کودک برنده جایزه

Part (8-2)

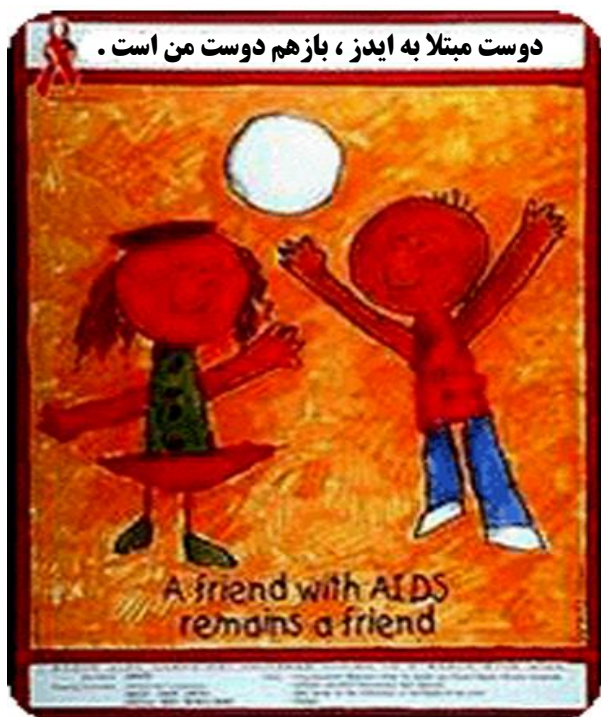


Figure (8-6)



Figure (8-5)

راههای انتقال بیماری

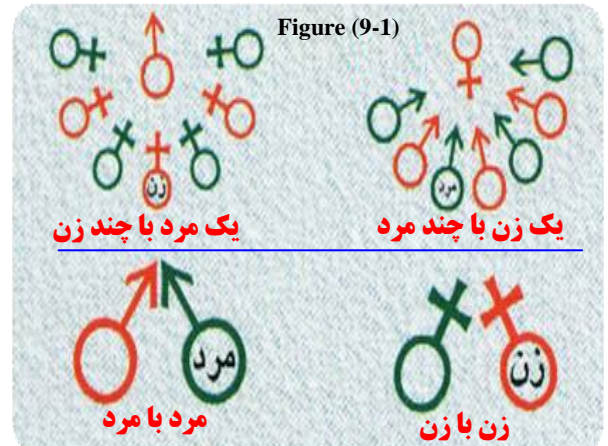
تماس جنسی : بیشترین انتقال در:

کسانی که دارای شرکای جنسی متعدد هستند .
کسانی که همزمان به یک عفونت آمیزشی دیگر مبتلا هستند.

و بین همجنس گرایان (علی الخصوص مرد با مرد)

احتمال انتقال بیماری در تماس های :

مقعدی (anal) **بیشتر از** مهبلی (vaginal) **بیشتر از** دهانی (oral)



افراد پرخطر از نظر ابتلا به HIV/AIDS از راه انتقال جنسی

به نظر شما در یک رابطه جنسی احتمال انتقال : از زن به مرد بیشتر است یا مرد به زن ؟

جواب : مرد به زن **بیشتر از** زن به مرد ، تا چندین برابر. لذا خانمها در **خطر بیشتری** هستند.

علت : تفاوت ساختمان اندام تناسلی زن و مرد موجب می شود که مخاط اندام تناسلی زن در معرض تماس بیشتری با ترشحات (اسپرم)

آلوده قرار گیرد و همچنین بقای اسپرم آلوده در اندام تناسلی زن بیشتر است.

استفاده مشترک از سرنگ و وسایل تزریق آلوده: تزریق با سرنگ و یا وسایل تزریق آلوده بصورت مشترک (شایع در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر)

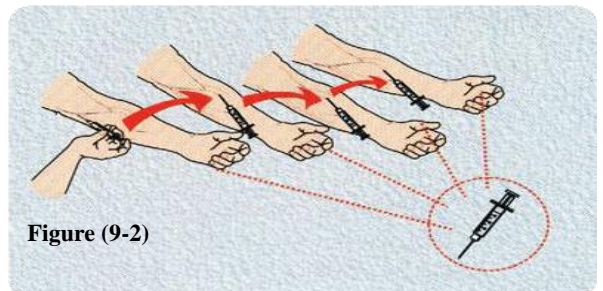


Figure (9-2)

خون : از طریق خون و فرآورده های خونی و ابزار آلوده در تماسهای شغلی

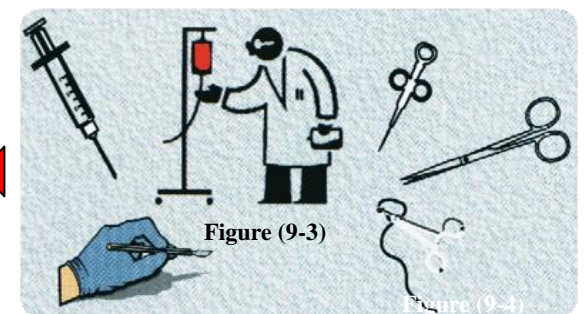


Figure (9-3)

Figure (9-4)

انتقال از مادر به کودک :

حین بارداری ۳۰٪

حین زایمان ۶۵٪

دوران شیردهی ۲۰٪



Figure (9-4)

راههای عدم انتقال بیماری

Part (10-1)



Figure (10-1)

توجه:

باور کنید که:

ویروس ایدز از طریق تماسهای عادی مانند استفاده از استخر شنا، توالت عمومی و حمام، وسایط نقلیه عمومی، گزش حشرات، عطسه، سرفه، ظروف غذا خوری، دست دادن و روبوسی منتقل نمی شود.

(۸۰٪) راه انتقال HIV/AIDS در سطح جهان تماس جنسی است.

کودکان از همان ابتدا باید با HIV/AIDS به عنوان یک بیماری آشنا شوند.

Part (10-2)

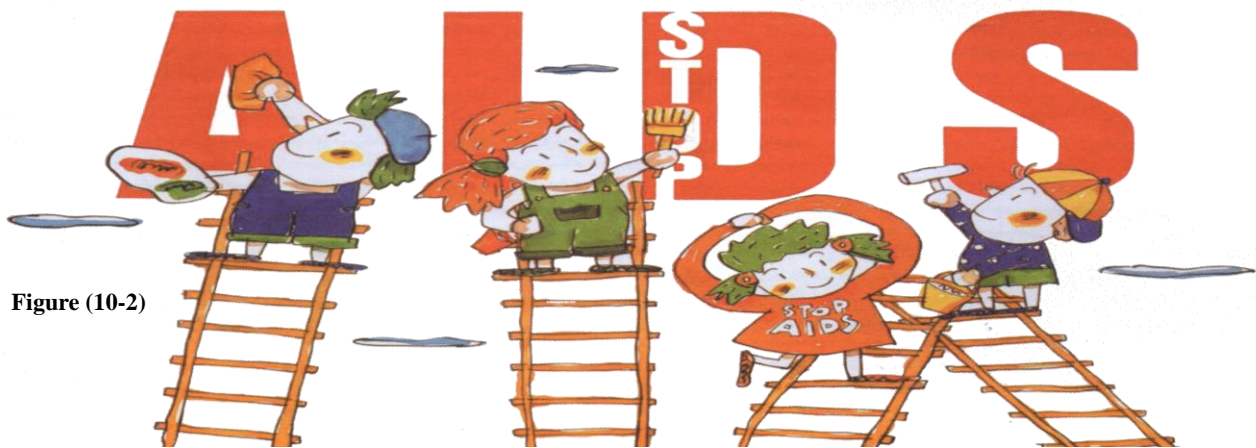


Figure (10-2)



Figure (10-3)

آموزش پیشگیری از ایدز را باید از دبستان شروع کرد

Part (11-1)

با در نظر گرفتن میزان شیوع ، گروههای اصلی پرخطر و در معرض خطر در کشور ما عبارتند از :



۱- مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر

۲- تن فروشان

۳- زندانیان

۴- همسران یا شرکای جنسی گروههای فوق

۵- نوجوانان و جوانان (گروه در معرض خطر)

Part (11-2)

عوامل مساعد کننده (عوامل خطر) برای ابتلا به HIV/AIDS

اجتماعی

- مهاجرت (شغلی - تحصیلی ، تفریحی و ...)
- بی سواد ، فقر ، بیکاری
- سوء استفاده جنسی
- شیوع عفونت در جامعه

ساختار جسمی

جنس مونث در خطر بیشتری است

فردی

- رابطه جنسی حفاظت نشده (بدون استفاده از کاندوم)
- داشتن شرکای جنسی متعدد
- رابطه جنسی مقعدی
- بیماری های آمیزشی
- استفاده مشترک از وسایل برنده و نوک تیز
- (مثل سرنگهای مشترک - تیغ - سوزن های خال کوبی و تاتو و...)
- مواد مخدر تزریقی، معنادین الکل و مواد روانگردان (قرصهای X، شیشه و ...)



Part (11-3)

زندگی کودکان در دنیایی که ایدز از واقعیتهای آن است .

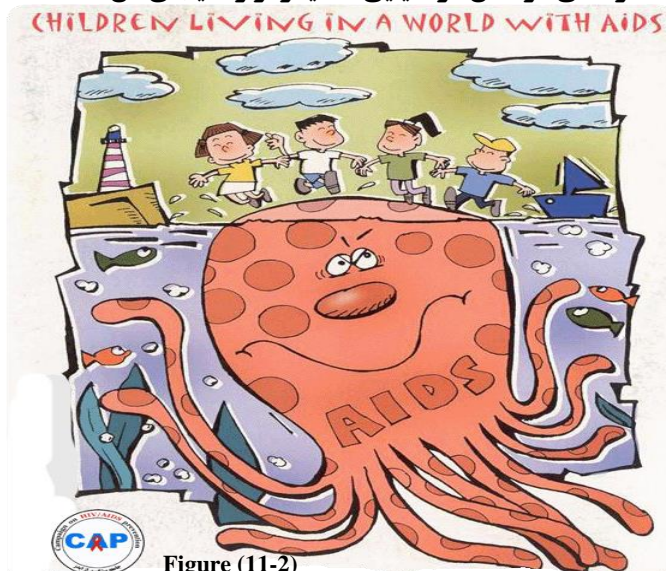


Figure (11-2)



Figure (11-1)

Part (12-1)

HIV/AIDS راههای پیشگیری از عفونت



Figure (12-1)

- راههای پیشگیری از عفونت **HIV/AIDS** در رابطه جنسی
- ۱- خویشتن داری و به تاخیر انداختن اولین رابطه جنسی تا زمان ازدواج با شریک جنسی ثابت (همسر) (پایبندی به اصول اخلاقی و خانوادگی، تقویت اعتقادات مذهبی و معنویات)
 - ۲- وفاداری به شریک جنسی (همسر)
- در صورت وجود رابطه جنسی:
- الف) استفاده از کاندوم به عنوان محافظ فیزیکی
- ب) محدود نمودن تعداد شرکای جنسی

توجه:



- در استفاده از کاندوم باید به: **تاریخ انقضاء و کیفیت کاندوم** دقت کرد.
- هر یک عدد کاندوم فقط برای یک بار استفاده است.
- قرصهای ضد بارداری نقشی در پیشگیری از انتقال بیماری ایدز ندارند.

Part (12-2)

خویشتن داری یا Abstinence چیست؟



Figure (12-2)

خویشتن داری یعنی این که فرد بتواند نیازهای خود را مدیریت کرده، ارضای آنها را به تعویق بیندازد و به آنها در موقعیت‌های مناسب و به شیوه‌ای درست دست پیدا کند.

بنابراین:

خویشتنداری به معنای سرکوب نیازها نیست بلکه تنظیم و مدیریت آنهاست.

نکته: خویشتنداری در تقویت اعتماد به نفس و جرات افراد بسیار موثر است.

Part (12-3)

پیشگیری از ایدز بسیار آسان است، اگر الفبای پیشگیری از آن را رعایت کنیم ...

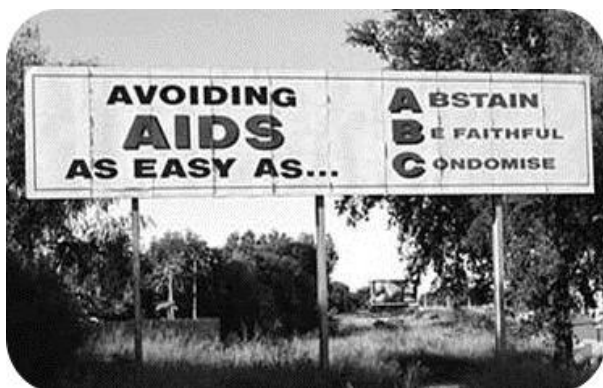


Figure (12-3)

A = Abstinence خویشتن داری

به معنی خویشتن داری تا سن ازدواج و داشتن شریک جنسی ثابت (همسر)

B = Be faithful وفاداری به همسر

به معنی وفاداری به همسر و کانون خانواده

C = Condomise استفاده از کاندوم

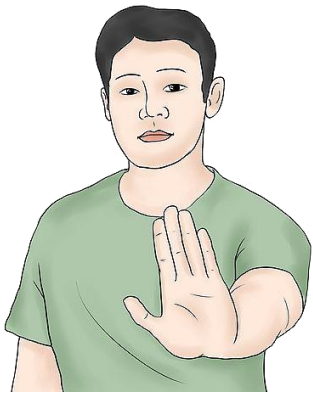
و پرهیز از رفتارهای جنسی محافظت نشده

درمقابل درخواست رفتارهای پرخطر مانند:

رفتار جنسی - اعتیاد سنتی (تریاک و هروین) - اعتیاد صنعتی (مواد روانگردان و ...) - الکل و حتی سیگار!



از طرف دوستان یا افراد غریبه، سه رفتار کلّی وجود دارد:



از بین سه رفتار فوق،

رفتار جرات مندانه بهترین رفتار میباشد که مابین دو رفتار منفعلانه و پر خاشگرانه است. برای داشتن رفتار جرات مندانه و توانایی گفتن نه باید تمرین، تمرین و تمرین کنیم.

رفتارهای جرات مندانه و همچنین توانایی گفتن نه را باید از دوران خردسالی به کودکانمان بیاموزیم



Figure (13-2)

... ادامه راه های پیشگیری

Part (14-1)



Figure (14-1)

- ۱) ترغیب جهت ترک اعتیاد
- ۲) تبدیل اعتیاد تزریقی به خوراکی یا تدخینی (در مراکز ترک اعتیاد)
- ۳) عدم استفاده از سرنگ و ابزار مشترک هنگام تزریقات (پخش سرنگ رایگان)
- ۴) در غیر اینصورت استفاده از مواد ضد عفونی کننده (مثل وایتکس یا آب جوش به مدت ۳۰ دقیقه) قبل از استفاده از سرنگ

راههای پیشگیری از عفونت
HIV/AIDS
در مصرف کنندگان
تزریقی مواد مخدر

در همه حال : انجام آزمایش خون ، آموزش و مشاوره بصورت دوره ای توصیه می شود.

مراکز گذری کاهش آسیب:

مراکزی هستند که با حمایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بهزیستی و عموماً در حاشیه شهرها و در مناطق با جمعیت پرخطر، ایجاد شده اند. معتادین تزریقی با مراجعه حضوری به این مراکز از انواع خدمات سلامتی اعم از دریافت امکانات تزریق سالم، آموزش، مشاوره، ارجاع به مراکز درمانی و ... بصورت رایگان برخوردار میشوند.

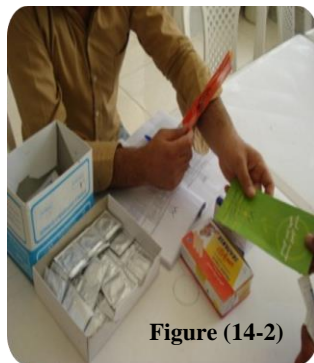


Figure (14-2)

Part (14-2)

شعار سازمان انتقال خون :

اهداء خون سالم اهداء زندگی



Figure (14-3)

الف) مشاوره اولیه در افراد اهداء کننده خون

ب) غربالگری تمام خونهای اهداء شده.

ج) استفاده از اهداء کنندگان دائمی خون

د) تبلیغ اهداء خون در گروههای کم خطر

ه) عدم استفاده مشترک از وسایل نوک تیز و برنده مثل تیغ ، سوزن خال کوبی ، ناتو و غیره

راههای پیشگیری از عفونت
HIV/AIDS
از طریق خونی

- ۱- پوشیدن دستکش ۲- برداشتن مواد قابل جمع آوری با دستمال دارای قابلیت جذب
- ۳- شستشوی محل با آب و شوینده ها و ضدعفونی محل با وایتکس

Part (14-3)



۱. رعایت دقیق موارد توصیه شده در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری

۲. استفاده از داروهای تجویز شده قبل و حین بارداری تحت نظر پزشک معالج

۳. استفاده از شیوه مناسب زایمان سزارین با نظر پزشک متخصص

۴. عدم شیردهی به نوزاد از سینه مادر مبتلا و تغذیه نوزاد صرفاً با شیر خشک

راههای پیشگیری از عفونت
HIV/AIDS
از مادر به کودک

Figure (14-4)

... ادامه راه های پیشگیری



۱. فرض بر اینکه تمام بیماران احتمال آلودگی به HIV را دارند
۲. استفاده از دستکش لاتکس حین انجام خدمات
۳. استفاده از عینک و ماسک حین انجام خدمات
۴. ضدغفونی و استریل نمودن تجهیزات مورد استفاده

راههای پیشگیری از عفونت
HIV/AIDS
کارکنان گروه پزشکی

Figure (15-1)

درمان؟



۱. اگر ویروس با هر روش انتقال وارد بدن یک فرد شود،
دیگر هیچ وقت از بدن حذف نمیشود.
۲. برای این بیماری تاکنون واکسن موثر و یا درمان قطعی یافت نشده است.

Part (15-3) در صورت شک به ابتلا و یا داشتن رفتارهای پرخطر و یا هرگونه سوال در مورد HIV/AIDS چه باید کرد؟

بهترین کار مراجعه به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری شهرستان محل سکونت در اولین فرصت ممکن است.

😊 برای مراجعه به این مراکز مشاوره نیازی به معرفی پزشک نیست
و هرکس می تواند بصورت مستقیم مراجعه کند.

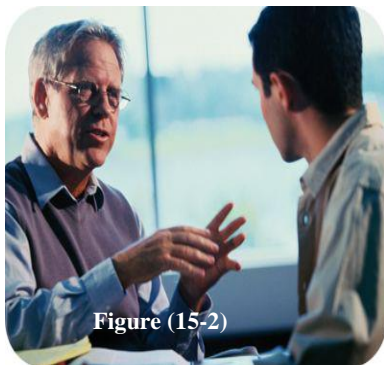


Figure (15-2)

😊 در این مراکز مشاوره تمام اطلاعات مراجعین کاملاً محرمانه و خصوصی است

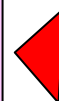
😊 ارایه کلیه خدمات پیشگیرانه، بهداشتی و درمانی رایگان است

آدرس مراکز مشاوره ایدز و بیماری های رفتاری سراسر کشور:

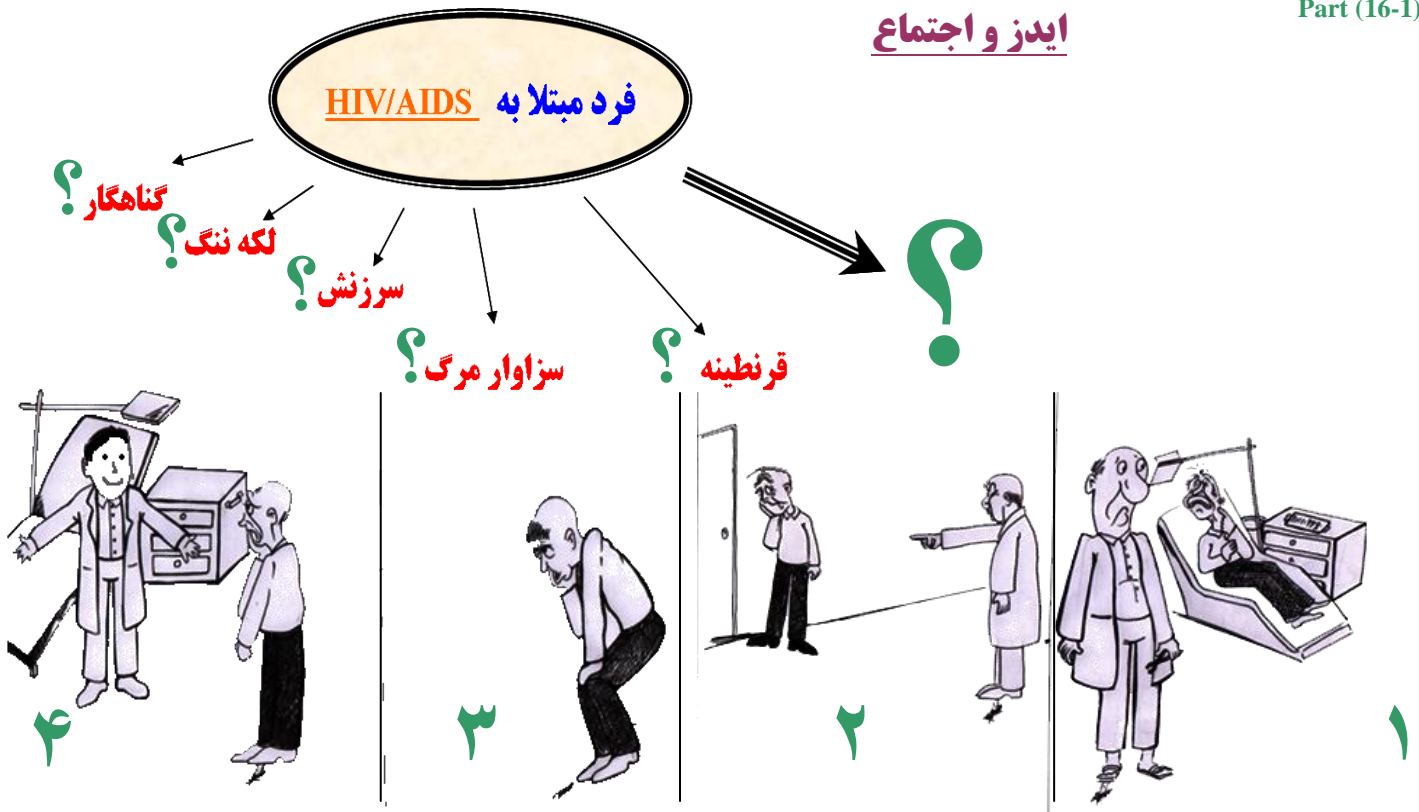
www.shepmodel.com

www.hiv-sti.ir

توجه:



ایدز و اجتماع



پس: فرد مبتلا به HIV/AIDS فقط و فقط یک بیمار است.

ضرورت مشاوره با افرادی که با HIV زندگی می کنند.



بیماران مبتلا به ایدز را دریابیم

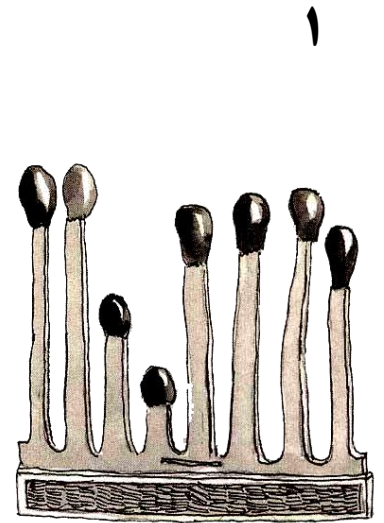
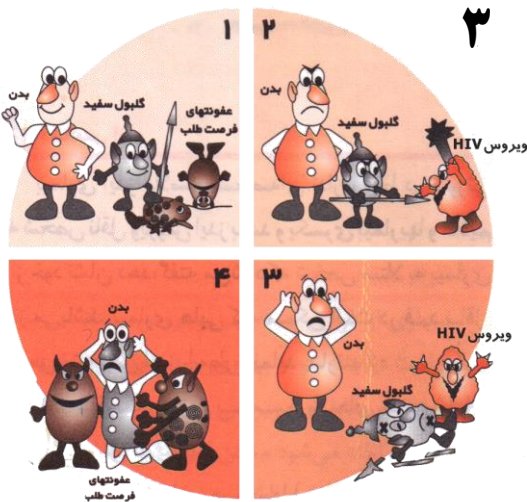
نگرش مثبت - رازداری - حمایت اجتماعی

نقش مردم در پیشگیری و کنترل بیماری ایدز؟

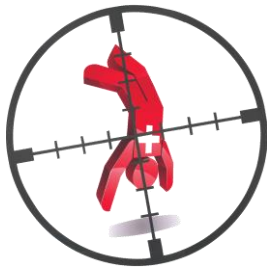
- ۱- شرکت در برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی ، حمایت عمومی و انتقال آموخته های خود به دیگران
- ۲- کمک به افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش صحیح نسبت به بیماری ایدز
- ۳- کمک به رفع تبعیض و رعب و وحشت بی مورد و کاهش انگ و بدنامی نسبت به مبتلایان به ایدز در جامعه
- ۴- اصلاح رفتارهای پرخطر (جنسی - اعتیاد)



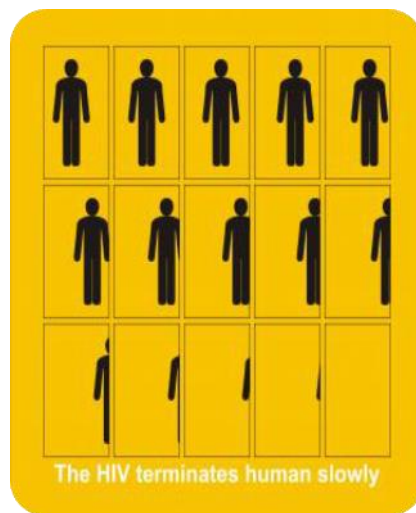
به نظر شما مفهوم این تصاویر چیست ؟



A جامعه انگ و تبعیض بیماران را نابود میکند



B جامعه پذیرش اجتماعی بیماران



انتظار ما از شما شرکت کنندگان عزیز

اطلاعات و آگاهی هایی را که کسب کرده اید در اختیار خانواده، فامیل ، دوستان و همکاران خود قرار دهید تا بدینوسیله قدمی در جهت کنترل و پیشگیری از بیماری HIV/AIDS برداریم. انشاءالله

ایران عزیز پاینده باشی

شما نیز می توانید به شبکه بزرگ کشوری مریبان جامعه پیشگیری از ایدز بپیوندید

www.shepmodel.com



زندگی صحنه یکنای هنرمندی ماست هر کسی نغمه خود خواند و از صحنه رود صحنه پیوسته به جاست خرم آن نغمه که مردم بسیارند به یاد

راهنمای ارایه اسلایدهای

پیشگیری و کنترل

HIV/AIDS

اسلاید شماره ۱

Part 1-1

مربی بعد از انجام اقداماتی که در صفحات اول با عنوان چگونگی استفاده از کتاب راهنما بیان شده و با اطمینان کامل از کارکرد صحیح دستگاه اورهد و تنظیم بودن فاصله پرده با اورهد و واضح بودن مطالب بر روی پرده، جلیقه را پوشیده و لیست حضور و غیاب را به شرکت کنندگان ارایه می نماید تا نام و نام خانوادگی خود را نوشته و امضا نمایند.

(در ضمن پر کردن لیست حضور و غیاب توسط شرکت کنندگان، مربی اقدام به توزیع برگه های پرسش و پاسخ بین کلاس میکند.

بعد از پخش برگه ها، یکی از برگه های پرسش و پاسخ را به طرف مخاطبان گرفته و می گوید:

از شما خواهش می کنم برای اینکه کلاس ما یک کلاس زنده و بانشاط باشد، زمانیکه از شما عزیزان سوال می شود در بحثها شرکت کنید و به سوالات پاسخ دهید و اگر در جاهایی به ذهن شما سوالات دیگری خطور کرد آنها را در برگه های پرسش و پاسخی که خدمتتان ارایه شد، یادداشت نمایید، چون احتمالاً به آنها در حین صحبتها پاسخ داده شود و اگر اینگونه نشد، من تمام برگه های سوال را در آخر کلاس جمع آوری کرده و به تک تک آنها پاسخ خواهم داد. پس لطفاً نگران نباشید و با تمام دقت به مطالبی که ارایه می گردد توجه کنید.

سپس کاغذ حایل را تا آخر پارت (Part(1-1) پایین برده و

با ذکر بسم الله الرحمن الرحیم، نام و نام خانوادگی، خود را به عنوان مربی جامعه پیشگیری از ایدز (CAP) معرفی می نماید.

سپس با نشان دادن آرهای موجود در (Part(1-1) به معرفی آنها بصورت زیر می پردازد:

این بسته آموزشی توسط سازمان مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز

و بر اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت تهیه و تدوین شده است

و به تایید اداره ایدز مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

و دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان وزارت علوم تحقیقات و فناوری رسیده است.

برپایه نتایج تحقیقات انجام یافته، یکی از بهترین روش ها برای ارتقاء سطح سلامت مردم، آموزش شیوه زندگی صحیح به مردم و توانمند ساختن همه جانبه آنان می باشد.

بر همین اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (SHEPmodel) طراحی ، تدوین و به مورد اجرا درآمده است. **SHEP model** مخفف اول کلمه های:

Systematic comprehensive Health Education and Promotion model می باشد.

(سیستماتیک کامپرهِنسیو هِلث اجوکیشن اند پُرْمُشِن مدل)

هدف کلی این مدل آموزشی : افزایش سطح سواد سلامتی مردم (**public health literacy**) است که ، در راستای حصول به هدف نهایی ارتقای سلامت جامعه **Health promotion** می باشد.

مربی، جامعه پیشگیری از ایدز **CAP** (کپ) را بصورت زیر معرفی نمایید:

Campaign on HIV/AIDS Prevention CAP جامعه پیشگیری از ایدز

(کمپین، آن اچ آی وی ایدز پروِنِشِن) یک سازمان غیر دولتی است که با هدف:

۱- پیشگیری از بیماری ایدز در کشور خصوصاً بین نسل جوان

۲- کاهش ننگ و تبعیض در جامعه

۳- حمایت مادی و معنوی از بیماران مبتلا به ایدز و ارایه خدمات مشاوره ای به خانواده های ایشان تشکیل شده است .

مربی با نشانگر خود به شعار **CAP** اشاره می کند و ادامه می دهد:

شعار این سازمان عبارت است از : ((**باهم قویتر هستیم**))

ما به این شعار واقعاً اعتقاد داریم و مطمئن هستیم که این بیماری فقط در سایه مشارکت عمومی و مردمی و عزم ملی قابل کنترل و پیشگیری است و لاغیر.

مربی به تصویر مربی موجود در اسلاید اشاره کرده و ادامه می دهد :

این بسته آموزشی توسط مربیان سلامت دوره دیده ارائه می شود. مربیان سلامت دو دسته هستند

۱- کارکنان

۲- داوطلبین سلامت و مربیان همسان

منظور از کارکنان : افرادی هستند که زمینه شغلی شان به نوعی با سلامتی مردم مرتبط است.

داوطلبین سلامت و مربیان همسان : اعم از دانش آموزی، دانشجویی، رابطین سلامت ادارات، رابطین بهداشتی، بسیجیان، داوطلبین هلال احمر و نظامی و... هستند که پس از شرکت در کارگاههای تربیت مربی ، آموزشهای لازمه

را می بینند و بعد از موفقیت در آزمون مربی گری به عنوان مربی همسان و داوطلب سلامت ، به همسانان خود آموزش می دهند.

مربی در این لحظه با نشان دادن تصویر مربی روی اسلاید مطالب خود را بصورت زیر ادامه می دهد:
من نیز مانند این مربی که در تصویر می بینید ، بعد از طی دوره آموزشی جهت ارائه آموخته های خود در خدمت شما هستم.

مربی ادامه می دهد،

مطالب علمی که در این جلسه آموزشی ارائه خواهد شد تماماً از منابع معتبر بین المللی و داخل کشوری شامل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان جهانی بهداشت ، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و ارگانه های رسمی داخل کشوری تهیه شده است.

Part 1-2

مربی در این لحظه با نشانگر خود به آدرس وب سایت اشاره می نماید .

و ادامه می دهد :

در ضمن فایل های الکترونیکی تمام مطالبی که در اینجا حضورتان ارائه می گردد در آدرس وب سایت مقابل موجود می باشد که در صورت دسترسی عزیزان به اینترنت می توانند با ورود به سایت به این مطالب دسترسی داشته باشند .
در این وب سایت که مربوط به مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت (SHEP model) (شپ مدل) می باشد، علاوه بر وجود بسته آموزشی ایدز ، بسته های سایر موضوعات سلامتی مانند دیابت، آنفلوآنزا، سلامت دهان و دندان و نیز موجود است.

مربی در این لحظه یک یا دو بار آدرس سایت را با صدای بلند اشاره می نماید: www.shepmodel.com

(دبلو دبلو دبلو دات شپ مدل دات کام)

مربی ابراز امیدواری می کند که :

من سعی خواهم کرد تمام توان خویش را در انتقال این مطالب ارزشمند بکار گیرم. این امر مهم میسر نخواهد شد مگر با کمک و مشارکت شما عزیزان در کلاس .

Part 1-3

مربی با نشانگر لیزری خود قسمت مربوط به تقدیم این بسته آموزشی را نشان می دهد و چنین بیان می کند:
بنده به همراه کلیه دست اندرکاران تهیه این بسته آموزشی ، مطالب ارائه شده در این کلاس درسی را تقدیم میکنیم به:

"شهادا، به پاس جانفشانی شان در راه تامین امنیت و سلامت کشور"

و به زنان و مردانی که می کوشند تا کشور خود را به جایی برسانند که مستحق آن است .

امید است تا همه ما بتوانیم توفیق خدمت به مردم عزیزمان را پیدا کرده و در ارتقای سطح سلامت کشور سربلندمان قدمی برداریم ... انشاءالله

Part 1-4

مربی در این part به اهداف مورد نظر این بسته آموزشی بدین صورت اشاره می کند :
انتظار می رود فراگیران عزیز پس از پایان دوره بتوانند:

- ۱- بیماریهای نوپدید و باز پدید را تعریف کنند.
- ۲- علت گسترش بیماری ایدز در جهان را توضیح دهند .
- ۳- سبب حمایت از بیماران ایدز را بیان کنند.
- ۴- آمار و ارقام جهانی و کشوری مبتلایان به ایدز را بیان کنند.
- ۵- وضعیت کشور ایران از نظر بیماری ایدز را شرح دهند.
- ۶- وجه تشابه ایدز با پدیده های اجتماعی را شرح دهند.
- ۷- عامل ایجاد بیماری و نحوه بیماری زایی آن را توضیح دهند .
- ۸- راههای انتقال و پیشگیری بیماری ایدز را توضیح دهند .
- ۹- گروههای پرخطر از لحاظ ابتلا به بیماری ایدز را نام ببرند.
- ۱۰- آدرس مراکز مشاوره شهر محل سکونت خود را نام ببرند
- ۱۱- معنای خویشتن داری را بیان کنند.
- ۱۲- رفتار مناسب در مقابل تقاضای رفتارهای پرخطر را توضیح دهند.
- ۱۳- نقش مردم در قبال کنترل و پیشگیری از بیماری را شرح دهند.
- ۱۴- طرز صحیح برخورد با بیماران مبتلا به ایدز را بیان کنند.

Part 1-5

مربی کاغذ حایل را پایین تر برده و این part را بدین صورت ادامه میدهد :
در قرن اخیر تعدادی بیماری های عفونی بروز کرده اند که قبلاً وجود نداشتند مثل بیماری ایدز ... این بیماریها را بیماری های نوپدید گویند .
بیماریهای نوپدید باعث شیوع یکسری بیماریهای دیگری شدند که قبلاً وجود داشتند ولی با تلاشها و فعالیتهای بشر کنترل شده بودند، اما با پیدایش بیماری های نوپدید مثل ایدز آن بیماریها دوباره عود کرده اند و میزان آنها در جوامع بشری بیشتر شده است . این بیماریها را نیز بیماریهای بازپدید می نامند. بیماریهایی نظیر سوزاک و سیفلیس و از دسته بیماریهای بازپدید هستند .
پس ایدز یک بیماری نوپدید محسوب می شود.

Part 1-6

مربی کاغذ حایل را تا ابتدای جواب پایین برده و ادامه می دهد :

یک بیماری نوپدید محسوب میشود که تقریباً بیش از ۳۰ سال از عمر آن می گذرد !!

ولی در این مدت کوتاه تعداد زیادی در تمام جهان خصوصاً در آفریقا به این بیماری مبتلا شده‌اند و بیماری در جمعیت جوان در کشورهای در حال توسعه رشد داشته است.

در این لحظه مربی سوال را با صدای بلند قرائت میکند :

به نظر شما علت گسترش شدید این بیماری در جوامع خصوصاً در بین نسل جوان چیست ؟

مربی به دو نفر از شرکت کنندگان اجازه می دهد تا پاسخ خود را بگویند .

(جهت جلب مشارکت بیشتر افراد سعی کنید که همه در بحث شرکت کنند و جواب دهنده ها به یک دو نفر محدود نشوند . دیگران را با بیان جملاتی نظیر: مطمئن هستم که همه شما شرکت کنندگان عزیز در این جلسه علت را کم و بیش می دانید ، ولی بهتر است که در جمع نیز مطرح نمایید تا همه از آن بهره‌مند شوند و جملاتی نظیر این)

هرگز با انگشت خود مستقیماً یک نفر را مورد خطاب قرار ندهید و اجازه دهید که شرکت کنندگان خود بصورت داوطلبانه به سوالات جواب دهند.

سپس مربی کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده و ادامه می دهد:

محققان پس از انجام مطالعات فراوان در مورد علت انتشار شدید بیماری ایدز در دنیا نهایتاً به این نتیجه رسیده‌اند که این رشد فزاینده ریشه در دو عامل دارد :

عامل اول، واژه جهل و عدم آگاهی از در معرض خطر بودن و سایر خطرات اجتماعی و اقتصادی و ... میباشد . یعنی مردم ندانند که ایدز چیست ، چگونه منتقل میشود؟ و چه افرادی در خطر بیشتری هستند؟ و راههای پیشگیری از آن کدامند ؟ و

بسیاری از کشورهای آفریقایی از این عامل ضربه خورده‌اند، و به یکباره زمانی متوجه شده‌اند که نیمی از مردم کشورشان مبتلا به این بیماری است .

عامل دوم انتشار بیماری ایدز، انکار است . بنابر تحقیقات انجام یافته این عامل شاید ضربه زننده تر و مخربتر از عامل جهل و ناآگاهی باشد . بسیاری از کشورهای پیشرفته از این عامل ضربه خورده‌اند مثل کشورهای اروپایی و آسیایی

این کشورها زمانی که سازمان جهانی بهداشت نسبت به انتشار بیماری ایدز در کشورهاشان خصوصاً در بین نسل جوان هشدار دادند . مسئولین و مردم آن کشورها با آوردن بهانه‌های مختلف از پرداخت به این موضوع مهم طفره

رفتند بطور مثال در یکی از کشورهای پیشرفته آسیایی در جواب هشدار سازمان جهانی بهداشت نسبت به بیماری ایدز گفته بودند که جوانان ما یا محصل هستند و یا بلافاصله وارد بازار کار می شوند و اصلاً فرصت بعضی رفتارهای پرخطر را ندارند تا به بیماری ایدز مبتلا شوند و

و یا در بعضی کشورها هم با ذکر این نکته که کشورشان یک کشور مذهبی است به بهانه های مختلف این خطر مسلم را انکار کردند .

مربی ادامه میدهد که :

باید گفت که :

نقص در دانش ← موجب جهل ← موجب ترس (عدم آگاهی از در معرض خطر بودن و سایر خطرهای اجتماعی و اقتصادی و ...) ← و آن هم موجب انتشار بیماری در جامعه میشود

نقص در نگرش صحیح و مثبت ← موجب انکار (پاک کردن صورت مسئله) ← موجب سکوت ← و آن هم موجب انتشار بیماری در جامعه میشود.

اسلاید ۲

part 2-1

مربی کاغذ حایل را طوری قرار می دهد که فقط part 2-1 دیده شود و ادامه می دهد :

این جمله یکی از اولین جملات رسمی اعلام شده در رابطه با بیماری ایدز است:

کشور آمریکا - سال ۱۹۸۱ ، دکتر ساموئل برودر (Dr.Samuel Broder) - پزشک متخصص :

مابا یک مرد جوانی روبرو هستیم که سیستم ایمنی بدنش در نهایت ضعف و تحلیل است و تابحال مثل آنرا ندیده ایم . ما علت آنرا نتوانستیم تشخیص بدهیم ، فقط امیدوار هستیم و از خدا میخواهیم که دیگر بیماری مثل ایشان را نبینیم !!

مربی ادامه میدهد :

چون در آنزمان هنوز علت بیماری ایدز ناشناخته بود ، بیماری آن مرد جوان تشخیص داده نشد . ولی وحشتی که حالت این فرد در دکتر برودر ایجاد کرده بود باعث شد که دکتر این جمله را بگوید که :

علت آنرا نتوانستیم تشخیص بدهیم ، فقط امیدوار هستیم و از خدا میخواهیم که دیگر بیماری مثل ایشان را نبینیم !!

چون دکتر می دانست در صورت انتشار این بیماری چه خطرات و مشکلاتی بشریت را تهدید خواهد کرد .

مربی ادامه می دهد که :

متأسفانه نه تنها خواسته دکتر برودر محقق نشده است بلکه امروزه در جهان با تعداد زیاد و میلیونی از بیماران ایدز روبرو هستیم .

part 2-2

مربی کاغذ حایل را پایین ترمی برد طوریکه فقط قسمت سوال این part دیده شود و سوال را مطرح می کند .
به نظر شما در جهان ایدز چرا ایدز شد؟

پس از پاسخ دو نفر ، مربی کاغذ حایل را پایین برده و ادامه می دهد:
بلی همانطور که در اسلاید اول گفتیم ، ایدز یک بیماری عفونی است ولی به علت دارا بودن یک سری ویژگی که بعضی از آنها را دوستان شما هم به آن اشاره کردند ، به نوعی متفاوت از بقیه بیماریهای عفونی شده است:

ایدز با محرمانه ترین رفتار افراد (رفتار جنسی و اعتیاد تزریقی) سر و کار دارد.

ایدز درمان قطعی ندارد و قابل پیشگیری با واکسن نیست.

گزارشات اولیه ایدز از مردان همجنس گرا
شیوع در بین معتادین تزریقی و افراد با بی بندوباری های جنسی

ایدز نیروی کار و جمعیت مولد جامعه (جوانان) را هدف خود قرار داده است.

ایدز با آسیب های اجتماعی از جمله فقر، اعتیاد و همراه شده است .

دوران نهفتگی طولانی مدت ◀ **ناشناخته ماندن بیماری و انتقال آن به دیگران.**

بعلت ترس از ایجاد چهره منفی در جامعه بین المللی ◀ **عدم اطلاع رسانی صحیح** ◀ **ناآگاهی جوامع**

انکار ایدز توسط جوامع ◀ **عدم بکار بستن پیشگیری و درمان** ◀ **انتشار بیشتر در بین مردم**
و به همین دلایل ایدز ایدز شد!

part 2-3

مربی حایل را پایین می برد طوریکه فقط سه آرم سطر اول دیده شوند (آرم UNAIDS - یو ان ایدز) فعلاً دیده نشود .

آرم سه سازمان WHO (سازمان جهانی بهداشت) UNESCO یونسکو (سازمان علمی فرهنگی ملل متحد) و

UNICEF یونیسف (سازمان حمایت از حقوق کودکان ملل متحد) .

مربی از شرکت کنندگان نام و وظیفه سازمانهای مذکور را می پرسد و به دو نفر از آنها اجازه میدهد تا پاسخ دهند.
سپس ادامه میدهد:

هرکدام از این سازمانها به نوعی وظیفه حفظ و ارتقای سلامت مردم جهان را به عهده دارند . ولی این سازمانها دیدند که به تنهایی نمی توانند جلوی پیشرفت این بیماری را بگیرند . بنابراین این سازمانها به علاوه چند سازمان دیگر باهم جمع شده و تشکیل یک سازمان اختصاصی برای بیماری ایدز دادند با نام UNAIDS (در این لحظه مربی حایل را پایینتر می برد تا آرم سازمان UNAIDS مشخص شود.)

UN این مجموعه مخف سازمان ملل United Nation (یونایتد نیشن) می باشد و AIDS هم بیماری ایدز هست . دقت کنید بیماری ایدز تنها بیماری تاریخ بشری است که برای خود یک سازمان مستقل اختصاص داده است.

part 2-4

مربی کاغذ حایل را طوری قرار می دهد که فقط سوال " سمبل حمایت از بیماران ایدز چیست؟" دیده شود و از شرکت کنندگان می پرسد که ، آیا می دانید سمبل حمایت از بیماران ایدز چیست؟
پس از پاسخ دو نفر از شرکت کنندگان ، مربی از آنها تشکر کرده و کاغذ حایل را تا آخر part پایین برده و مطالب خود را چنین ادامه میدهد:
به دلیل اهمیت خطر بیماری ایدز و لزوم آشنایی مردم جهان با این بیماری سمبلی بنام روبان قرمز برای این بیماری اختصاص دادند.
چرا این سمبل، روبان و چرا با رنگ قرمز.

مربی ادامه می دهد : اگر دقت کرده باشید روی دسته گل تقدیمی از دوستان روبان خوشرنگی هم نصب شده است . اهدا کننده گل و روبان با این کار خود نشان می دهد که از دوست خود حمایت می کند و از صمیم قلب به وی محبت و عشق می ورزد . پس معنی کلی روبان : محبت ، حمایت و عشق است .
روبان قرمز به عنوان سمبل برای حمایت از مبتلایان به ایدز در نظر گرفته شده است و علت انتخاب رنگ قرمز برای روبان به دلایل زیر است :

مربی حایل را به طرف پایین می کشد و ادامه می دهد :

۱. قرمز نماد عشق و امید و حمایت که سمبل شور و عشق و مدارا با بیماران است .
۲. قرمز نماد خون که نمایانگر درد و رنج انسانها از مرگ بیماران مبتلا به ایدز است .
۳. قرمز نماد خطر است که بی توجهی به آن باعث بوجود آمدن یکی از بزرگترین معضله جهانی شده است .

مربی با نشانگر خود به تصویر روبان قرمز که توسط دو دست سفید و سیاه حمایت شده اند اشاره میکند و می گوید: سیاه و سفید بودن رنگ دستها نشان دهنده حمایت همه جانبه و بین المللی از بیماران مبتلا به ایدز است یعنی اینکه فرقی نمی کند که چه بیماران و چه مردم عادی ، سیاه پوست و یاسفید پوست و یا از سایر نژادها باشند.

part 2-5

مربی کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده (تا شرکت کنندگان بتوانند مطالب پارت را روی پرده نمایش به راحتی ببینند) و ادامه می دهد:
برای تاکید بر اهمیت بیماری ایدز یک روز جهانی نیز به این بیماری اختصاص داده شده است که ۱ دسامبر مصادف با ۱۰ آذر هر سال است .
در این روز تمام ارگانهای دولتی و سازمانهای غیردولتی و مردم با شرکت در همایشها ، راهپیمایی ها و ... با نصب روبان قرمز روی سینه هایشان حمایت خود را از بیماران ایدز اعلام می نمایند ، و در ریشه کن کردن این بیماری هم پیمان می شوند .
هر سال شعاری را به این بیماری اختصاص می دهند که نمونه ای از شعارها در زیر آمده است .
مربی شعارها را از روی اسلاید قرائت می نماید.

نمونه ای از شعارها ...

- 2002 من مواظبم شما چطور؟
- 2003 زندگی کنیم و اجازه دهیم زندگی کنند.
- 2004 زنان و دختران و ایدز.
- 2005-2010 هم پیمان در برابر گسترش ایدز.
- 2010-2015 رسیدن به صفر در: موارد جدید بیماری-تبعیض و انگ به بیماران- موارد مرگ مربوط به ایدز

(Figure2-4) مربی با اشاره به تصویر ذکر می کند :

برای جامه عمل پوشاندن به شعار هم پیمان در برابر گسترش ایدز آن را با جملات زیر معنی کرده اند:

پیشگام شویم

توانمند کنیم

تحقق بخشیم

اسلاید ۳

Part 3-1

مربی اشاره می کند: باکتری یا ویروس دو علت عمده بیماری های انسانی هستند. ایدز بیماری است که علت آن نوعی ویروس به نام HIV (Human Immune Deficiency Virus) ویروس نقص ایمنی انسانی است. (اچ- آی - وی = هیومن ایمنی دیفینسی وایرس) با ورود ویروس HIV به بدن انسان یک سری مراحل طی می شود که مرحله آخر آن مرحله ایدز (AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (ایدز= اکیووارد ایمنی دیفینسی سیندرم) یا بیماری نقص ایمنی اکتسابی می باشد.

(Figure3-1) شکل الکترونی ویروس HIV وساختمان ژنتیکی آن می باشد.

دراین لحظه مربی یک سوال مطرح می نماید :

HIV مثبت یعنی چه ؟

پس از پاسخ دو نفر، مربی ادامه می دهد :

هرکسی که به نوعی ویروس HIV به بدن و خون وی وارد شده باشد فرد HIV مثبت تلقی می شود .

Part 3-2

این بیماری دارای تاریخچه جالبی است . در

۱. ۵ ژوئن ۱۹۸۱: اولین گزارش در مورد ۵ بیمار مبتلا به ذات الریه غیر عادی در مردان هم جنس باز.
۲. ۷ ژانویه ۱۹۸۳: گزارش انتقال همین بیماری از فرد مبتلا به دو شریک جنسی مونث.
۳. ۲۰ می ۱۹۸۳ : جداسازی ویروس HIV از یک فرد مبتلا به AIDS در پاریس.

مربی ادامه میدهد :

به مورد چهارم دقت بیشتری نمایید : دقیقاً بعد از ده سال از پیدایش این بیماری یعنی در سال ۱۹۹۳ ، اعلام ایدز به عنوان مهمترین عامل مرگ افراد ۲۵-۴۴ ساله آمریکایی (با آن وضعیت پیشرفته بهداشتی و درمانی کشور آمریکا) .

۵- در سال ۱۹۹۶ سازمان UNAIDS تاسیس گردید.

۶- در سال ۲۰۰۰

مربی در این لحظه با نشانگر خود به Figure (3-2) که مربوط به شورای امنیت سازمان ملل است اشاره کرده و مطالب خود را چنین ادامه میدهد:

رشد این بیماری به قدری شدت یافت که نهایتاً شورای امنیت سازمان ملل (که این شورا بیشتر یک مجمع سیاسی ، اقتصادی است تا شورای سلامتی و بهداشتی) در سال ۲۰۰۰ مجبور به صدور بیانیه ای در مورد بیماری ایدز شد با این مضمون که :

"ایدز امنیت همه مردم جهان را به خطر انداخته است . و در حال حاضر یکی از بزرگترین چالش‌های جهانی است ."

Part 3-3

مربی از شرکت کنندگان می پرسد:

آیا فکر می کنید این بیماری در کل جهان بصورت متناسب پخش شده است ؟

پس از پاسخ دو نفر، مربی حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده و ادامه می دهد:

برابر نمودار مقابل (Figure 3-3) ۶۷٪ مبتلایان بیماری ایدز در کل دنیا در قاره آفریقا هستند. قاره دوم از لحاظ

تعداد بیماران قاره آسیا است با ۱۷٪. آمریکای جنوبی ، شمالی و اروپا به ترتیب ۸٪ ، ۵٪ و ۳٪ مبتلایان را دارند . از

این نمودار می توان یک نتیجه گرفت و آنهم اینکه آمریکایی که در سال ۱۹۹۳ ایدز یکی از مهمترین عوامل مرگ

جوانانش بود، در حال حاضر توانسته است با انجام اقداماتی، بیماری را بصورت نزولی درآورد . بنابراین بیماری ایدز

یک بیماری قابل کنترل و پیشگیری است. البته به شرط آنکه به طریقه صحیح و علمی با این مسئله روبرو شد.

طبق نقشه مقابل (Figure 3-4) در جنوب صحرای قاره آفریقا ۲۴/۷۰۰/۰۰۰ نفر، مبتلا به HIV/AIDS هستند .

طوری که اولین علت مرگ در آفریقا و چهارمین علت مرگ در جهان، ایدز میباشد.

در آسیا برای انتشار بیماری ایدز از واژه گسترش انفجاری استفاده کرده اند ، به این دلایل که :

- هر یک دقیقه ۵ جوان مبتلا می شوند.
- در کامبوج ۸۰۰/۰۰۰ نفر HIV+ هستند ، طوریکه ۳٪ زنان باردار ، ۵۰٪ نیروی نظامی ، ۵۰٪ زنان تن فروش مبتلا به HIV+ هستند.
- در کشورهای عربی ، خاورمیانه و شمال آفریقا بیش از ۲۳۰/۰۰۰ نفر HIV+ هستند. متأسفانه تعداد موارد ابتلا به HIV/AIDS در این منطقه رو به افزایش است . و همانطور که میدانیم ایران در این منطقه قرار دارد.

- در تایلند ۵۰۰/۰۰۰ نفر HIV+ هستند.
- روسیه، اروپای شرقی و آسیای مرکزی بیش از ۱/۱۰۰/۰۰۰ نفر بیمار HIV/AIDS دارد.
- در هند تعداد مبتلایان از ۲۰/۰۰۰ نفر در سال ۱۹۸۹ به ۶/۰۰۰/۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰ رسیده است (۳۰۰ برابر).

(Figure3-5) درخواست کمک و حمایت یک زوج آسیایی مبتلا به بیماری HIV/AIDS از مردم جهان را نشان می دهد.

اسلاید ۴

Part 4-1

آخرین آمار و ارقام منتشر شده از طرف سازمانهای UNAIDS,WHO در کل جهان به صورت ذیل میباشد:
(توجه: محل آمار و ارقام و سال آنها در اسلایدها خالی است. مربی محترم بر اساس آخرین آمار و ارقام منتشر شده از طرف سازمانهای مذکور، آمار را با یک ماژیک قابل پاک شدن روی اسلاید می نویسد. برای دسترسی به آخرین آمار و ارقام جهانی، کشوری بیماران مبتلا به ایدز به آدرس اینترنتی www.shepmodel.com مراجعه کنید)
مربی در ذکر موارد جدید بیماری به این نکته اشاره می کند که رقم ابتلای جدید به بیماری صرفاً در سال اخیر بوده است و اگر به نوعی این افراد تحت آموزشهای پیشگیری قرار می گرفتند و از امکانات پیشگیری برخوردار بودند، تعداد بیماران جدید خیلی کمتر از این مقدار بود!

سپس مربی به اعداد زیر تصویر کره زمین اشاره کرده و ادامه میدهد:
حدود **شش هزار** مورد جدید در هرروز از لحاظ ابتلا به بیماری ایدز در سطح جهان داریم.
و هر روز **چهار هزار** مورد مرگ به علت ابتلا به ایدز در سطح جهان اتفاق می افتد.

Part 4-2

مربی در این قسمت اهداف ۹۰٪ - ۹۰٪ - ۹۰٪ را تا سال ۲۰۲۰، به شرح زیر بیان می کند:
برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز با هماهنگی کردن کلیه فعالیتهایی که در سطح جهان اتفاق می افتد، امیدوار است تا سال ۲۰۲۰

- ۹۰٪ مبتلایان، از ابتلای خود آگاه باشند
- ۹۰٪ افرادی که از ابتلای خود آگاه هستند، تحت مراقبت و درمان باشند.
- در ۹۰٪ کسانی که تحت درمان هستند، تکثیر ویروس در بدنشان به حداقل رسیده باشد.

مربی در این لحظه ادامه میدهد:

برگزاری همین کلاس و همچنین ادامه انتقال آموزشها توسط شما شرکت کنندگان عزیز به خانواده، دوستان، و آشنایان نیز در راستای اجرایی کردن این سیاست میباشد.

Part 4-3

مربی در این قسمت به ارایه آمار کشوری مربوط به بیماری ایدز می پردازد.

مربی محترم ، همانند part قبلی با مراجعه به آدرس اینترنتی www.shepmodel.com با مازیک قابل پاک شدن روی اسلاید آخرین آمار و ارقام را می نویسد .

مربی پس از اعلام آمار، سوال زیر را با صدای بلند در کلاس مطرح می کند :

به نظر شما علت تفاوت زیاد آمار ثبت شده و تخمینی فوق چیست ؟

پس از اینکه دونفر جواب دادند، مربی ادامه می دهد :

بلی همانطور که شما هم به آن اشاره کردید

آمار ثبت شده، تعداد بیمارانی هستند که در وزارت بهداشت و درمان پرونده دارند و اکثر آنها معتاد تزریقی هستند که با آزمایشات انجام یافته در زندانها پیدا شده اند.

ولی آمار تخمینی ، آماری است که بصورت تخمین از تعداد مبتلایان به این بیماری در سطح کشور وجود دارند .

ریشه تفاوت این دو آمار بصورت زیر است :

اکثریت افرادی که **احتمالا** از طریق روابط جنسی به بیماری ایدز مبتلا شده اند هنوز در دسترس سیستمهای بهداشت درمانی نیستند تا با انجام آزمایش بتوانند از بیمار بودن خود مطلع شوند . از طرف دیگر همه افرادی که از طریق استفاده از سرنگ مشترک آلوده و یا سایر روشهای انتقال ، به این بیماری شده اند ، نیز در دسترس نیستند . بنابراین این گروه از بیماران در آمارهای ثبت شده ، نیستند و دلیل تفاوت آمار ثبت شده با تخمینی در این مورد است.

مربی ضمن اشاره به کلمات **توجه : خطر : توجه :** ، با لحن و بیان جدی می گوید :

بررسی روند آماری چند سال اخیر مبتلایان به HIV/AIDS در ایران نشان میدهد که متأسفانه

• تعداد و درصد مبتلایان از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده در حال افزایش است !

• همچنین تعداد و درصد مبتلایان زن نسبت به مرد نیز در حال افزایش است!

Part 4-4

مربی کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده و با کمک نشانگر به شرح مطالب پارت می پردازد :

در این قسمت و با توجه به نمودار مقابل به بررسی تغییر الگو و روشهای انتقال ایدز در ایران از ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۲ میپردازیم:

همانطور که شما هم مشاهده میفرمایید محور عمودی نمودار نشان دهنده تعداد مبتلایان و محور افقی نشان دهنده سال میباشد. نمودار به رنگ سبز نشان دهنده کل موارد ابتلا، نمودار با رنگ آبی نشان دهنده موارد ابتلا به روش اعتیاد تزریقی است و نمودار قرمز رنگ نشان دهنده تعداد مبتلایان با روش جنسی است.

- با دقت در نمودار مقابل مشخص میشود که کل بیماران ثبت شده (رنگ سبز) و همچنین موارد ابتلا با اعتیاد تزریقی (رنگ آبی) در ایران تا سال ۸۲ در حال افزایش بود و از آن به بعد رو به کاهش گذاشته است.
- ولی متأسفانه، روند ابتلا به ایدز از طریق ابتلا به روش جنسی (رنگ قرمز) در طی این سال ها، همواره در حال افزایش بوده است.

اسلاید ۵

Part 5-1

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد که part 5-1 دیده شود :

در این part به بیان تاریخیچه ورود و گسترش HIV/AIDS در ایران خواهیم پرداخت .

مربی در این لحظه با نشانگر خود به دهه ۶۰ و تصویر مربوط به کیسه خون اشاره کرده و چنین ادامه میدهد:

همانطور که می دانید در دهه ۶۰ برای اولین بار ویروس ایدز توسط کیسه های خونی آلوده وارداتی، وارد ایران شد مربی بلافاصله ادامه می دهد:

البته در آن زمان هنوز سیستم کنترل خون های اهدایی از نظر آلودگی به ویروس HIV در کشور وجود نداشت .

ولی امروزه تمامی خون های اهدایی که در سطح کشور وجود دارند قبل از تزریق به بیماران همگی مورد آزمایش ویروس HIV قرار میگیرند و به همین دلیل امکان انتقال بیماری HIV/AIDS از طریق کیسه های خونی موجود تزریق خون در کشور اصلاً وجود ندارد.

مربی با نشانگر خود به فلشهایی که نشان دهنده طی سالها است اشاره میکند و ادامه میدهد:

در طی ده سال یعنی دهه ۷۰، الگوی انتشار بیماری ایدز در کشور به تدریج تغییر کرد.

طوریکه، به تدریج الگوی انتشار بیماری HIV/AIDS تغییر کرد و جای خود را به انتقال از طریق سرنگهای تزریقی مشترک در بین معتادین تزریقی داد .

مربی بانشان دادن سمت چپ اسلاید مطلب را چنین ادامه می دهد :

حدوداً ده سال بعد یعنی در دهه ۸۰، به دلیل افزایش جمعیت جوان، بحث انتشار بیماری در بین جمعیت دارای رفتارهای جنسی پرخطر در کشور مطرح شد .

مربی در این لحظه با نشانگر خود از طرف راست به چپ، به افزایش تعداد افراد پرخطر در طول سه دهه اشاره کرده و می گوید :

همانطور که میدانیم، تعداد معتادانی که تزریق مشترک دارند بیشتر از تعداد بیمارانی است که نیازمند دریافت خون هستند و همچنین تعداد افراد جوانی که احتمالاً رفتارهای پرخطر جنسی دارند بیشتر از تعداد معتادان تزریقی است. بنابراین افراد در معرض خطر در طی دهه های ۶۰ - ۷۰ و ۸۰ بیشتر شده است.

Part 5-2

مربی کاغذ حایل را بر میدارد و در part5-2 افراد پرخطر از نظر ابتلاء به HIV/AIDS را نشان داده و چنین ادامه میدهد:

شکل مقابل نشان دهنده افراد پرخطر از نظر ابتلا به HIV/AIDS میباشد :

۱- همجنس گرایان به ویژه همجنس گرایان مرد

۲- معتادین تزریقی

۳- زنان تن فروش که انتقال از / به جنس مخالف را باعث میشوند.

. شکل روبرو همچنین نشان دهنده ساختار شبکه ای پیچیده داخل گروه و بین گروهی انتقال، بین افراد پرخطر است.

Part 5-3

مربی کاغذ حایل را پایین میبرد و با نشانگر لیزری به نمودار سمت چپ اشاره می کند و ادامه می دهد :

در این قسمت به مدل تئوری همه گیری HIV/AIDS در جهان در ۱۰۰ سال آینده! خواهیم پرداخت:

جهت روشن شدن بیشتر مطلب خواهش می کنم به این نمودار توجه کنید :

این نمودار متشکل از دو محور است.

محور افقی محور زمان است و ۱۰۰ سال آینده را نشان میدهد.

محور عمودی تعداد بیماران مبتلا به HIV/AIDS را در کشورها نشان میدهد .

در این منحنی شما دو قله (ماگزیمم) می بینید.

قله اول مربوط به اوج ابتلای گروههای پرخطر به بیماری HIV/AIDS است.

(همجنس گرایان - معتادین تزریقی - زنان شاغل در حرفه جنسی)

قله دوم مربوط به اوج ابتلای جمعیت عمومی یا عامه کشورها به بیماری HIV/AIDS است که رفتارهای پرخطر ندارند.

این منحنی نشان میدهد در ۱۰۰ سال آینده در همه کشورها ابتدا گروههای پرخطر به این بیماری مبتلا خواهند شد

و اگر کشورها هیچ اقدامی از لحاظ آموزش پیشگیری و یا درمانی و کنترلی انجام ندهند در مرحله دوم جمعیت عمومی یا عادی آنها درگیر این بیماری خواهند شد .

❁ در این منحنی بعد از هر قله (ماکزیمم مبتلایان) با یک سیر نزولی مواجه هستیم! این کاهش به دلیل از بین رفتن مبتلایان به بیماری است که باعث کاهش جمعیت کشورها خواهد شد.
خب با این توضیحات می پردازیم به بررسی وضعیت کشورهای مختلف:
مربی در این لحظه با نشانگر خود به محورهای افقی زیر نمودار که بیانگر کشورهای متفاوت هستند اشاره کرده ادامه میدهد:
همانطور که در پایین نمودار می بینید،

در حال حاضر:

در کشورهای غربی بعد از اینکه گروههای پر خطر به این بیماری مبتلا شدند و بیماری باعث مرگ آنها شد، متوجه شدند و با اقداماتی که انجام دادند، نگذاشتند بیماری در جمعیت عمومی و عامه مردم منتشر شود.
متأسفانه کشورهای آفریقایی زمانی متوجه شدند که این بیماری وارد جمعیت عمومی آنها شده و در این جمعیت دست به کشتار گسترده زده است.
در کشورهای جنوب شرقی آسیا بیماری در مرحله ورود به جمعیت عمومی و عامه مردم است.
در ایران هم بیماری در حال رسیدن به اوج خود در بین گروههای پرخطر میباشد.
این نمودار نشان میدهد اگر مردم و مسئولین کشور ما هم مثل کشورهای آفریقایی این مسئله را نادیده بگیرند و به آن توجه نکنند، بعد از چندین سال سرنوشت کشور ما نیز میتواند مانند کشورهای آفریقایی شود، ولی اگر هشدارها را جدی بگیریم و از هم اکنون و طبق برنامه ریزیهای دقیق، اقدام به آموزش جمعیت عمومی جامعه از نظر پیشگیری از بیماری ایدز کنیم، مانیز میتوانیم شاهد سیر نزولی تعداد مبتلایان در آینده باشیم.
انشالله.

اسلاید ۶

Part 6-1

(Figure 6-1) تصویر پسر بچه آفریقایی است که بالای سر قبر پدرش ایستاده است. اگر دقت کنید، اشکی در چشمش وجود ندارد و چهره بهت زده ای دارد.
چون یک هفته قبل مادرش و ده روز قبل نیز برادر بزرگش به علت بیماری ایدز فوت کرده اند و برای آنها آنقدر اشک ریخته و ابراز احساسات کرده است که اینک برای پدرش نه اشکی در چشمش باقی مانده و نه حالی برای ابراز احساسات!

(Figure 6-2) مربی ادامه میدهد: تصویر دوم مربوط به ارتش کشور آنگولا است که این کشور نیز یک کشور آفریقایی است. ارتش کشور آنگولا بدون اینکه درگیر جنگ داخلی و یا خارجی شود در حال ازهم پاشیدن است، چون سربازان به علت ابتلا به بیماری ایدز یکی یکی در پادگانها از بین می روند!

(Figure 6-3)

مربی از شرکت کنندگان نام فرد موجود در تصویر را سوال می کند . پس از اینکه دو نفر از شرکت کنندگان جواب دادند،

مربی ادامه می دهد: بله این تصویر متعلق به زنده یاد ، آقای نلسون ماندلا است . ایشان مظهر مبارزه با رژیم نژادپرستی آفریقای جنوبی بودند که به علت این فعالیتها تبدیل به یک اسطوره بین المللی شدند. ایشان سالها بود که کلیه کارهای سیاسی و اقتصادی خود را ترک کرده بودند و تمام نیرویشان را صرف پیشگیری از گسترش بیماری ایدز در آفریقا نموده بودند. اگر در خبرها شنیده باشید متأسفانه پسر آقای نلسون ماندلا در اثر ابتلا به بیماری ایدز فوت کردند . پس این بیماری واقعاً مرزی نمی شناسد.

(Figure 6-4)

مربی در ادامه صحبتهايش به تصویر ۴-۶ اشاره میکند و میگوید:

و اما برخی کشورهای آمریکایی و اروپایی با شناخت به موقع خطر بیماری اچ آی وی / ایدز و انجام آموزشهای عمومی بخصوص در بین نسل جوان جوامع ، توانستند این بیماری را در کشورهای خود کنترل کنند.

Part 6-2

مربی در این part کاغذ حایل را طوری قرار می دهد که سوال دیده شود سپس از شرکت کنندگان می پرسد

ایدز را به چه پدیده هایی تشبیه کرده اند ؟

به دونفر اجازه پاسخ میدهد ، سپس خود ادامه میدهد :

بلی همانطور که عزیزان هم اشاره کردند ،

برای اینکه اهمیت و خطر این بیماری برای مردم دنیا قابل تصور باشد این بیماری و اثرات آنرا با چند پدیده مقایسه کرده اند .

(Figure 6-4) : (۱) پدیده کوه یخ :

۱۰٪ کوههای یخی شناور در آب اقیانوسها قابل مشاهده هستند ، ۹۰٪ آن زیر آب بوده و در نگاه سطحی و گذرا دیده نمی شود . ولی موجود هست و واقعیت دارد . وضعیت بیماری ایدز در کشورهای خاورمیانه به کوه یخ تشبیه شده است ! یعنی ده درصد تعداد واقعی بیماران شناخته شده اند و نود درصد آنها در اجتماع هستند و شاید از بیماری خود هم اطلاعی ندارند و ناخواسته موجب انتشار بیماری می گردند !

(Figure 6-5) : (۲) پدیده سونامی :

سونامی موجهای سهمگین دریایی هستند که در اثر زمین لرزه در اقیانوسها تولید می شوند و بسیار ویرانگر هستند. کشورهایی که فرصت آموزش و پیشگیری از بیماری ایدز را از دست بدهند (و حقیقتاً فرصت اندک است) ، همه گیری ایدز همانند موجهای قدرتمند سونامی جوامع انسانی آن کشورها را در خواهد نوردید ، همانند

کشورهای آفریقایی که متاسفانه در بعضی از آنها بیش از نیمی از جمعیت یک کشور مبتلا به HIV/AIDS می باشند!

۳) فاجعه تایتانیک : (Figure6-6)

همانطور که می دانید کشتی تایتانیک (پیشرفته ترین و عظیم الجثه ترین ساخته بشر در سال ۱۹۱۲) قرار بود از انگلستان عازم آمریکا شود. ولی متاسفانه در طول مسیر بعثت غفلت دیده بان کشتی، در اثر برخورد باکوه یخی، غرق شد و بسیاری از مسافری آن از بین رفتند.

وجوه اشتراک بین فاجعه تایتانیک و همه گیری بیماری ایدز:

۱) مسافری کشتی تایتانیک از همه طبقات جامعه (ثروتمند - طبقه متوسط-فقیر) بودند. ایدز هم یک بیماری است که همه طبقات جامعه میتوانند به آن مبتلا شوند.

۲) غرق شدن کشتی تایتانیک به علت غفلت دیده بانان آن و برخورد باکوه یخ بود. بنابر این نتیجه می گیریم که جوامع پیشرفته امروزی هم نباید به دلیل غفلت دیده بانان سلامت جامعه (مردم و مسئولین) درخطر تهدید برخورد باکوه یخ ایدز باشند.



Part 7-1

عامل ایجاد کننده بیماری ایدز ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) می باشد.

این ویروس در تمام مایعات بدن فرد مبتلا وجود دارد.

ولی، انتقال بیماری از طریق تماس مایعات زیر صورت می پذیرد.

خون (Blood) - ترشحات جنسی مردانه و زنانه و شیر مادر و مایع

آمنیوتیک (مایعی که جنین در داخل رحم مادر در آن شناور است).

(Figure7-1) تصویر الکترونی ویروس ایدز روی سلولهای ایمنی را نشان می دهد.

Part 7-2

مربی کاغذ حایل را پایین تر برده به دو نکته مهم اشاره میکند:

اشک و بزاق و سایر مایعات بدن نمی توانند آلوده کننده باشند مگر اینکه آغشته به خون باشند. چون تعداد ویروس در این مایعات به اندازه ای نیست که حتی اگر اشک یا بزاق فرد آلوده به فرد سالم رد و بدل شود، بتواند بیماری ایجاد کند.

همچنین:

عمر ویروس HIV/AIDS در محیط خشک بیرون در حد چند ساعت است و کوتاه می باشد.

Part 7-3

مربی کاغذ حایل را پایین تر برده به اساس بیماری زایی اشاره می کند :
مربی ادامه می دهد : یک ضرب المثل است که : هرچه بگندد نمکش میزند وای به روزی که بگندد نمک .
در بدن ما سیستم ایمنی وجود دارد که وظیفه اش محافظت از بدن انسان در مقابل حمله میکروبها و ویروسها و سایر تهدیدات است . متاسفانه ویروس ایدزهمین سلولهای ایمنی (WBC= سلولهای سفید خون) را مورد هدف قرار داده آنها را از فعالیت بازمی دارد.

Part 7-4

مربی کاغذ حایل را پایین تر برده و ادامه می دهد:
با ورود این ویروس به بدن انسان ، سه مرحله طی می شود :

۱) مرحله عفونت اولیه که در عرض سه تا شش هفته اول اتفاق می افتد . همانطورکه در تصویر مقابل هم مشاهده می کنید در این مرحله ، علایمی مثل تب ، گلودرد و بی اشتهاپی و ... بروز می کند . البته لازم به ذکر است که این علایم در ۵۰٪ تا ۷۰٪ بیماران مشاهده می شود و ۳۰٪ تا ۵۰٪ از بیماران در این مرحله هیچ علامتی نشان نمی دهند.

۲) مرحله دوم این بیماری را مرحله نهفتگی بیماری گویند . مدت متوسط این مرحله تا ۱۰ سال است علامت مشخصه این مرحله بدون علامت بودن آن است . بدین ترتیب که حتی علایم اولیه فوق الذکر هم که در مرحله اول وجود داشت ، از بین می رود و بیمار ظاهراً سالم به نظر میرسد و چه بسا خیلی از بیماران از بیماری خود نیز اطلاع نداشته باشد. مثل همین تصویر مقابل که فرد مبتلا به HIV کارهای روزانه خود و ورزش خود را انجام میدهد بدون این که مشکلی داشته باشد.

ولی در این مرحله تعداد ویروس در خون بیمار روز به روز زیادتر و در مقابل تعداد سلولهای ایمنی کاهش پیدا می کند . شاید یکی از دلایلی که آمار این بیماری به شدت در حال افزایش است وجود مرحله نهفتگی طولانی مدت آن است به طوریکه، چون فرد مبتلا به HIV ، از بیماری خود خبر ندارد این ویروس را به دیگران انتقال میدهد.(در روابط جنسی – سرنگ مشترک – مادر به کودک)

۳) این روند ادامه می یابد تا فرد به مرحله سوم بیماری یعنی مرحله ایدز می رسد . همانطورکه در شکل هم می بینید، در این مرحله به علت ضعف شدید سیستم ایمنی بدن بیمار مبتلا به HIV مستعد ابتلا به بسیاری از عفونتها حتی بیماریهای بسیار ضعیف می گردد و در نهایت در اثر همین بیماریها از بین میرود . از مشخصه های این مرحله کاهش وزن شدید ، بروز عفونتهای فرصت طلب و نهایتاً مرگ است.

آنچه مهم است این است که بیمار مبتلا به **HIV/AIDS** در هر سه مرحله بیماری فوق می تواند دیگران را مبتلا کند.

Part 7-5

مربی کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده و ادامه می دهد :

از لحظه ورود ویروس به بدن فرد تا زمانیکه ما بتوانیم با آزمایشهای انجام یافته در کشورمان (اکثر کشورهای جهان) آنتی بادیهای ویروس را تشخیص دهیم ، حداقل ۱ تا ۳ ماه زمان لازم است این دوران را مرحله پنجره یا **Window period** گویند . (در طول این مدت ۱ تا ۳ ماه آنتی بادیهای ویروس در خون زیاد می شوند تا قابل تشخیص با آزمایش شوند.)

مربی قسمت پایین را با نشانگر نشان داده و ادامه میدهد :

از لحظه ورود ویروس به بدن فرد تا زمانیکه بیمار به مرحله ایدز برسد تا ۱۰ سال طول می کشد .



Part 8-1 (Figure 8-1)

مربی از شرکت کنندگان می خواهد تا نظر خود را در رابطه با سوال موجود در تصویر بیان کنند. دوفراز شرکت کنندگان پاسخ دهند .

مربی در تکمیل نظرات شرکت کنندگان ادامه می دهد که:

در ظاهر این بیمار مبتلا به **HIV/AIDS** هیچ علامتی مشخص نیست .

چون این فرد در مرحله دوم بیماری ایدز یعنی مرحله بدون علامت قرار دارد!

مربی با نشانگر خود به تصویر سه تایی (Figure 8-2) الی (Figure 8-4) اشاره کرده و ادامه میدهد :

تصویر سمت راست مربوط به شب شهر نیویورک است ، عکس وسطی متعلق به یک خیابان خواب (کارتن خواب) نیویورکی است که شب و روز، زمستان و تابستان را در خیابانها زندگی میکند .

عکس سمت چپ هم مربوط به طبقه مرفه نیویورک است که در پارک مشغول تفریح هستند.

مقاله ای که این تصاویر را چاپ کرده است ، اشاره می کند که بیماری ایدز یک بیماری بدون طبقه است و همه افراد جامعه اعم از فقیر، خیابان خواب و طبقه ثروتمند و مرفه می توانند به **HIV** مبتلا شوند .

مربی در این لحظه توضیحی را به شرح زیر بیان می کند :

اگر به یاد داشته باشید بعضی بیماریها به نوعی طبقه بندی اجتماعی شده اند مثلا بیماری طبقه فقیر بیماریهایی نظیر : سوء تغذیه، وبا، سل و ... می باشد که اکثر آنها به علت عدم امکانات و بهداشت و آموزش اتفاق می افتد.

بیماریهای طبقه مرفه بیماریهایی نظیر نقرس (به علت مصرف مواد پروتئینی زیاد مانند گوشت قرمز)، چاقی، چربی خون و.... که در اثر زیادی مصرف چربی و عدم تحرک اتفاق می افتد.

ولی بیماری ایدز یک بیماری بدون طبقه است و همه طبقات جامعه امکان ابتلا به آنرا دارند.

Part 8-2

مربی کاغذ حایل را بر می دارد تا نقاشی دو کودک که برنده جایزه شده اند مشخص شود .

بعد از کمی مکث مربی به توضیح مفاهیم نقاشیها بصورت زیر می پردازد:

این دو تصویر در مسابقات روز جهانی ایدز برنده جایزه شده اند .

تصویر سمت راست مربوط به کودک هفت ساله مبتلا به HIV/AIDS است.

او در کنار نقاشی چهره غمگین خود، نوشته است که :

من ایدز دارم ، لطفا من را بغل کنید ، من شما را بیمار نمی کنم !

و با این نقاشی از بی مهربی ها و تبعیضهای دیگران نسبت به خود، ابراز ناراحتی نموده است .

نقاشی سمت چپ را هم یک پسر ۱۰ ساله کشیده است.

در این نقاشی دو کودک مشغول بازی هستند.

در پایین نقاشی جمله :

دوست مبتلا به ایدز ، باز هم دوست من است . نوشته شده است .

کودک ۱۰ ساله با این جمله خواسته است که بگوید اگر در مدرسه و کلاس من یکی از همکلاسی هایم به بیماری ایدز مبتلا شود ، من باز هم با او دوست خواهم ماند و با او بازی خواهم کرد ، حتی با محبت بیشتر!

اسلاید ۹

مربی در این اسلاید به توضیح راههای انتقال بیماری می پردازد :

راههای انتقال بیماری ایدز به ترتیب شیوع و اهمیت عبارتند از:

□ تماس جنسی :

مربی با نشانگر خود تصویر اول را نشان میدهد ، این تصویر مربوط به افراد پرخطر از نظر ابتلا به HIV/AIDS

از نظر راه انتقال جنسی هستند. سپس مربی مطالب را به شرح زیر ادامه می دهد:

از نظر انتقال بیماری از راه تماس جنسی ، بیشترین انتقال در موارد زیر است :

کسانی که دارای شرکای جنسی متعدد هستند .

کسانی که همزمان به یک عفونت آمیزشی دیگر مبتلا هستند.

و بین همجنس گرایان (علی الخصوص مرد با مرد)

احتمال انتقال بیماری در تماسهای :

مقعدی (anal - آنال) **بیشتر از** مهبل (vaginal - واژینال) هست و مهبل هم **بیشتر از** دهانی

(oral - اُرال) می باشد.

مربی اشاره می کند که :

مقعد دارای عروق خونی فراوان است که بسیار هم شکننده هستند ،بنابر این در صورت داشتن ارتباط جنسی

مقعدی بعلت جراحات احتمالی این عروق خونریزی خواهند کرد و زمینه را برای انتقال HIV و سایر بیماری

های جنسی فراهم خواهند نمود.

مربی در این لحظه کاغذ حایل را کمی پایین تر می برد تا فقط سوال دیده شود .

و سوال را با صدای بلند مطرح می کند :

به نظر شما در یک رابطه جنسی احتمال انتقال : از زن به مرد بیشتر است یا مرد به زن ؟

دو نفر از شرکت کنندگان جواب دهند .

مربی در ادامه با پایین کشیدن حایل جواب ها را تکمیل می کند.

بلی همانطور که شما هم به آن اشاره کردید ،

احتمال انتقال در ارتباط جنسی :

مرد به زن **بیشتر از** زن به مرد است . تا چندین برابر. لذا خانمها در خطر بیشتری هستند.

دلیل : تفاوت ساختمان اندام تناسلی زن و مرد موجب می شود که مخاط اندام تناسلی زن در معرض تماس

بیشتری با ترشحات (اسپرم) آلوده قرار گیرد و همچنین بقای اسپرم آلوده در اندام تناسلی زن بیشتر است.

مربی ادامه میدهد : البته من در اسلایدهای بعدی خواهم گفت که راه جلوگیری از ابتلا از این طریق چیست؟

مربی کاغذ حایل را پایین تر می کشد تا انتقال بوسیله استفاده مشترک از وسایل تزریق آلوده دیده شود و ادامه

دهد :

□ استفاده مشترک از سرنگ و وسایل تزریق آلوده: تزریق با سرنگ و یا وسایل تزریق آلوده بصورت مشترک که این حالت در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر شایع می باشد.

□ خون : از طریق خون و

فرآورده های خونی و ابزار آلوده در تماسهای شغلی احتمال انتقال بیشتر است .

البته همانطور که در اسلایدهای قبلی هم به آن اشاره کردم ، تمام نمونه های خونی در کشور قبل از تزریق مورد آزمایش و تست HIV قرار می گیرند و احتمال انتقال از طریق خون و فرآورده های آن نزدیک به صفر است .

مربی از شرکت کنندگان می پرسد که به نظر آنها کدام رشته های پزشکی در خطر بیشتری قرار دارند؟

دو نفر از شرکت کنندگان جواب دهند. مربی در تکمیل جواب آنها ادامه میدهد: کلیه پرسنلی که به طریقی با خون و ترشحات بیماران و نیز با وسایل و ابزار تیز و برنده در مراکز بهداشتی و درمانی در ارتباط می باشند در خطر انتقال بیماری هستند . مربی در این قسمت لزوم ضدعفونی و استریلزه کردن ابزار مورد استفاده را متذکر می گردد.

□ انتقال از مادر به کودک :

حین بارداری ۳۰٪

حین زایمان ۶۵٪

دوران شیردهی ۲۰٪

مربی ادامه میدهد :

سوالی که شاید به ذهنتان خطور کند اینست که: چرا در حین زایمان درصد انتقال از مادر به کودک بیشتر از دو مرحله دیگر است ؟

جواب اینست که در حین زایمان، احتمال دارد نوزاد به هنگام عبور از مجرای زایمانی با ترشحات واژن (مهبل) آلوده گردد.

اسلاید ۱۰

راه های عدم انتقال بیماری

Part 10-1

مربی ادامه می دهد : بیماریهایی نظیر ایدز که اهمیت ویژه ای دارند، بعضاً، شایعاتی هم به دنبال خود دارند . یکی از داستانهایی که در یکی از شهرها ، درمورد راههای انتقال بیماری شایع شده بود این بود که یک نفر داخل خرما

ویروس ایدز تزریق کرده و در گورستان به مردم پخش کرده بود. در حالیکه نه امرفوق اتفاق افتاده بود و نه از این طریق بیماری ایدز منتقل می شود!

ولی همین مسئله باعث ایجاد نگرانی هایی در بین مردم شهر مزبور شده بود.

بنابراین باورهای غلط در جامعه یکی از مهم ترین عوامل تهدیدکننده برنامه های کنترل ایدز می باشد ، آموزش صحیح راه های انتقال بیماری و راه های پیشگیری از عفونت به جمعیت عمومی ، بهترین راهبرد در رفع این باورهای غلط می باشد.

تاکنون از هیچکدام از راههای زیر انتقال بیماری ایدز گزارش نشده است .

ویروس ایدز از طریق:

تماسهای عادی:

استخر شنا ،

توالت عمومی و حمام

وسایل نقلیه عمومی،

گزش حشرات،

عطسه ،

سرفه ،

ظروف غذا خوری ،

دست دادن

و روبوسی

نسخه الکترونیکی

منتقل نمی شود.

مربی با نشانگر خود به figure 10-1 اشاره کرده و چند راه عدم انتقال را با کمک تصویر بیان می کند .

مربی جمله داخل کادر را با صدای بلند می خواند :

در هر حال :

۸۰٪ راه انتقال HIV/AIDS در سطح جهان انتقال به روش جنسی است .

یعنی اینکه از ۱۰۰ نفر مبتلا به HIV/AIDS ۸۰ نفرشان، از طریق جنسی مبتلا شده اند .

Part10-2

مربی کاغذ حایل را بر می دارد تا دو تصویر پایینی قابل مشاهده شوند . سپس به ترتیب با نشانگر خود به

figure 10-2 figure 10-3 , اشاره کرده ادامه می دهد..

figure 10-2

همانطور که در نقاشی اول مشاهده می کنید کودکان خردسال در بازی خود مشغول نقاشی نام ایدز و کلمه stop به معنی جلوگیری از گسترش ایدز هستند .

مفهوم نقاشی بدین صورت است که کودکان خرد سال از همان ابتدا باید با HIV/AIDS به عنوان یک بیماری آشنا شوند.

و با آموزشهای صحیح و علمی باید از نقش بستن ایدز به عنوان یک بیماری برچسب دار ، در ذهن کودکان جلوگیری کرد .

figure 10-3

تصویر پایینی نشان میدهد که دو کودک مشغول نقاشی موضوع ایدز در زنگ نقاشی مدرسه هستند . تصویر بیانگر این است که آموزش پیشگیری از ایدز را باید از سنین مدرسه شروع کرد .

اسلاید ۱۱

Part 11-1

مربی ادامه می دهد:

با در نظر گرفتن میزان شیوع ، گروههای اصلی پر خطر و در معرض خطر در کشور ما عبارتند از :

- ۱- مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر : که قبلاً توضیح داده شد ، یکی از راههای مهم انتقال است .
- ۲- تن فروشان : به علت داشتن شرکای جنسی مختلف و متعدد ، در معرض خطر بیشتری هستند .
- ۳- زندانیان : چون زندانیان در معرض انواع رفتارهای پرخطر هستند .
- ۴- همسران و شرکای جنسی گروههای فوق: قطعاً همسر یک معتاد تزریقی که از سرنگهای مشترک استفاده می کند ، در خطر بیشتری از نظر ابتلا به بیماری ایدز قرار دارد.
- ۵- نوجوانان و جوانان : نو جوانان و جوانان به علت عدم بلوغ کامل جسمی و اجتماعی به عنوان گروههای در معرض خطر ابتلا به بیماری HIV/AIDS محسوب می شوند . همچنین نوجوانان و جوانان در مبادرت به رفتارهای پرخطر بسیار کنجکاو هستند .

Part 11-2

مربی در ادامه با اشاره به تصاویر پایین پارت ، به توضیح فاکتورهای مستعد کننده برای ابتلای افراد به HIV/AIDS اشاره می کند:

این فاکتورهای خطر را به سه بخش تقسیم کرده اند : ۱- فردی ۲- ساختار جسمی ۳- اجتماعی

۱- فاکتورهای فردی :

- رابطه جنسی محافظت نشده : منظور از حفاظ ، حفاظت فیزیکی است و تنها وسیله ای که این کار را انجام می دهد ، کاندوم (کاپوت) است .

- داشتن شرکای جنسی متعدد : داشتن شرکای جنسی متعدد (بخصوص داشتن رابطه جنسی با تن فروشان) از فاکتورهای خطر برای ابتلا به این بیماری است .

- رابطه جنسی مقعدی : مقعد به علت اینکه دارای عروق خونی شکننده فراوان است و از سوی دیگر سلولهای گیرنده HIV در این ناحیه زیاد است، لذا در صورت داشتن ارتباط جنسی مقعدی، احتمال آسیب و خونریزی بیشتری بوده، بنابراین احتمال انتقال HIV/AIDS بیشتر است.

- بیماری های آمیزشی : وجود همزمان سایر بیماری های آمیزشی (مثل سوزاک، سیفلیس و ...) به خصوص اگر با زخم توام باشند احتمال انتقال HIV را بیشتر میکنند.

- استفاده مشترک از وسایل برنده و نوک تیز: مثل سرنگهای مشترک، تیغ، سوزن های خال کوبی و تاتو و ...)

- مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی ، معتادین الکل و مواد روانگردان (قرصهای X ، شیشه و ...)

شیوه انتقال از طریق وسایل تزریق و سرنگهای مشترک در معتادین تزریقی قبلاً بحث شد . اما

مربی در این قسمت توضیحات را به شرح زیر ادامه میدهد :

اینجا می بینید که ما الکل و مواد روان گردان (مانند قرصهای X، شیشه و ...) را با رنگ قرمز نشان دار کرده ایم ،

خب سوال من از شما این است که :

به نظر شما چرا در اینجا به مواد روانگردان و الکل نیز به عنوان فاکتور خطر اشاره شده است ؟

آیا بیماری HIV/AIDS از طریق خوردن این مواد نیز انتقال می یابد؟

دو نفر از شرکت کنندگان جواب دهند.

مربی در تکمیل پاسخ ایشان ادامه دهد که :

بلی کاملاً درست است همانطور که شما هم به آن اشاره کردید ، هرکس که الکل و یا مواد روانگردان مصرف کند به

علت اینکه حالت شعور و بازدارندگی و قدرت تصمیم گیری طبیعی خود را از دست می دهد ، مستعد رفتارهای

پرخطر انتقال HIV/AIDS می شود مثل تزریق مواد مخدر و یا ارتباط جنسی محافظت نشده

۲- فاکتورهای مربوط به ساختار جسمی :

جنس مونث درخطر بیشتری از نظر ابتلا به HIV/AIDS قرار دارند. (قبلاً علت آن توضیح داده شد).

۳- فاکتورهای اجتماعی :

مهاجرت : درکشورها یا شهرهاییکه مهاجر پذیر باشند (به دلیل شغلی ، تفریحی، تحصیلی و ...) احتمال رفتارهای پرخطر جنسی و خارج از خانواده، زیاد است. در صورت ارتباط با افراد مبتلا به HIV/AIDS ، احتمال ابتلا افزایش می یابد.

بی سوادی ، فقر ، بیکاری : در نگاه کلی ، هر سه این موارد ، از عوامل اصلی فساد و شیوع رفتارهای پرخطر و تبعات آن در جامعه می باشد.

سوء استفاده های جنسی : در بعضی کشورها که سوءاستفاده های جنسی از کودکان و زنان رواج دارد احتمال انتقال و شیوع HIV/AIDS بیشتر است .

شیوع عفونت در جامعه : با افزایش شیوع HIV/AIDS در جامعه عمومی، احتمال انتقال بیماری در صورت وجود رفتارهای پرخطر بالاتر رفته و کنترل همه گیری مشکل تر خواهد شد.

Part 11-3

مربی کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده و با نشان دادن تصاویر به توضیحات آنها به شرح زیر می پردازد:

(Figure11-1)

تصویر یک پسر بچه آفریقایی که اعضای خانواده اش را به علت بیماری ایدز از دست داده است . او خواهان جلوگیری از انتشار بیماری ایدز است .

(Figure11-2)

مربی ادامه می دهد که آموزش پیشگیری از ایدز باید از دوران کودکی آغاز شود تا از ابتدا ، بیماری ایدز، مثل سایر بیماریها نظیر فشارخون - قند(دیابت) و... در ذهن کودک جا بیافتد و بدین طریق حالت انگ و تبعیض علیه این بیماری از بین برود.

دراین کاریکاتور ، بچه ها وجود بیماری ایدز را قبول کرده اند و بدون اینکه از ایدز ترس و واهمه داشته باشند در کنار هم برای مقابله با بیماری متحد شده اند .

اسلاید ۱۲ 

Part 12-1

مربی در این اسلاید به توضیح راههای پیشگیری از عفونت HIV/AIDS می پردازد.
در رابطه جنسی بهترین راههای پیشگیری عبارتند از :

۱- به تاخیر انداختن اولین رابطه جنسی تا زمان ازدواج با شریک جنسی ثابت (همسر)
(پایبندی به اصول اخلاقی و خانوادگی ، تقویت اعتقادات مذهبی و معنویات)

۲- وفاداری به شریک جنسی (همسر)

- در صورت وجود رابطه جنسی :

الف) استفاده از کاندوم به عنوان محافظ فیزیکی

ب) محدود نمودن تعداد شرکای جنسی

مربی قبل از ادامه مطالب، کاندوم را برای شرکت کنندگان معرفی می کند :

کاندوم وسیله ایست که عموماً از جنس لاتکس است و برای پیشگیری از بارداری و پیشگیری از انتقال HIV و بیماری های آمیزشی موثر است.

مربی در این قسمت از شرکت کنندگان می خواهد که :

در صورت داشتن سوالاتی در مورد کاندوم و نحوه استفاده از آن ، بعد از اتمام کلاس جهت پاسخگویی در خدمتتان خواهیم بود .

مربی ادامه می دهد:

پس اشاره کردیم که در صورت داشتن رابطه جنسی بهترین وسیله استفاده از کاندوم به عنوان محافظ فیزیکی است .

مربی ادامه می دهد :

توجه کنید :

- در استفاده از کاندوم باید به: تاریخ انقضاء و کیفیت کاندوم دقت کرد.
- هر یک عدد کاندوم فقط برای یک بار استفاده است.
- قرصهای ضد بارداری نقشی در پیشگیری از انتقال بیماری ایدز ندارند.

Part 12-2

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد که فقط عنوان part آخر یعنی سوال: خویشتن داری یا Abstinence چیست دیده شود. به دو نفر از شرکت کنندگان اجازه جواب داده میشود و بعد از پاسخ آنها و تشکر از مشارکت در کلاس مطالب را با نشان دادن تصویر روبرو بصورت زیر ادامه میدهد:

خویشتن داری یعنی این که فرد بتواند نیازهای خود را مدیریت کرده، رضای آنها را به تعویق انداخته و آنها را در موقعیت‌های مناسب و به شیوه‌ای درست ارضا کند.

بنا براین :

خویشتنداری به معنای سرکوب نیازها نیست بلکه تنظیم و مدیریت آنهاست. مربی با صدای بلند نکته اشاره شده را قرائت میکند:

نکته: خویشتنداری در تقویت اعتماد به نفس و جرات افراد بسیار موثر است .

Part 12-3

مربی کاغذ حایل را بر میدارد و اسلاید را کمی بالاتر می برد و این part را این چنین ادامه می دهد :

پیشگیری از ایدز بسیار آسان است اگر... الفبای پیشگیری از آن را رعایت کنیم... این الفبا که بصورت A,B,C است به شرح ذیل می باشد:

A = Abstinence (اَبَسْتِنِنَس) خویشتن داری

به معنی خویشتن داری تا سن ازدواج و داشتن شریک جنسی ثابت (همسر)

B = Be faithful (بی فِیت فول) وفاداری به همسر

به معنی وفاداری به همسر و کانون خانواده

C = Condomise (کاندومایز) استفاده از کاندوم

و پرهیز از رفتارهای جنسی محافظت نشده

مربی در این قسمت با نشانگر خود به تصویر مقابل اشاره میکند و ادامه میدهد :

همانطور که در تصویر هم مشاهده می کنید ، این یک تابلوی آموزشی است که در خیابانها و جاده های بسیاری از کشورها جهت آموزش عمومی مردم نصب شده است . جمله ای که در تابلو نوشته شده است بدین صورت است که: دوری از ایدز آسان است ، اگر الفبای آن را یاد گرفته به آن عمل کنیم :

A خویشتن داری

B وفاداری به همسر و کانون خانواده

C استفاده از کاندوم در روابط جنسی

اسلاید ۱۳ 

Part 13-1

مربی کاغذ حایل را طوری پایین میبرد که تمام part 13-1 دیده شود و مطالب خود را ادامه میدهد:
باید عرض کنم که در مقابل درخواست رفتارهای پرخطر مانند:

رفتار جنسی، اعتیاد سنتی (تریاک و هرویین)، اعتیاد صنعتی (مواد روانگردان و ...)، الکل، و حتی سیگار!
از طرف دوستان یا افراد غریبه، سه رفتار کُلی وجود دارد:

مربی بانشان دادن قسمت سمت چپ نمودار و قیافه فردی که لباسش خاکستری است ادامه میدهد:
چنانچه در این تصویر هم مشاهده میکنید، اولین رفتار، رفتار منفعلانه میباشد.

همانطور که از قیافه این فرد هم پیداست، ویژگی های رفتار منفعلانه، عذرخواهی بی مورد و افراطی، نداشتن اعتماد به نفس، تزییع حق خود، خود کوچک انگاری، و عدم توانایی گفتن نه

مربی، همانطور که با نشانگر خود به سمت راست نمودار حرکت میکند به تصویر آدمک وسط با لباس آبی رنگ میرسد و مطالب خود را ادامه میدهد:

رفتار دوم، رفتار جرات مندانه است. همانطور که از قیافه این فرد هم پیداست، در این رفتار، فرد دارای اعتماد به نفس کامل است و در رفتار خود مواظب حفظ احترام و حقوق انسانها است، در تصمیم گیری های خود قاطع میباشد و قدرت گفتن نه اول به نفس خود و بعد به دیگران را دارد.

مربی با نشانگر خود آدمک سمت راست نمودار را نشان داده ادامه میدهد:

همانطور که از قیافه این فرد نیز پیداست، سومین رفتار، رفتار پرخاشگرانه است. در این رفتار فرد تهدید میکند، حق دیگران را تزییع میکند، و برخورد نامناسب و توهین آمیز با افراد دارد.

مربی بلافاصله مطالب خود را با نشان دادن figure 12-2 ادامه میدهد:

از بین سه رفتار فوق،

رفتار جرات مندانه بهترین رفتار میباشد که مابین دو رفتار منفعلانه و پرخاشگرانه است.

برای داشتن رفتار جرات مندانه و توانایی گفتن نه باید تمرین، تمرین و تمرین کنیم.

Part 13-2

مربی کاغذ حایل را پایین برده و با نشان دادن تصویر کودک خردسال، مطالب خود را چنین ادامه میدهد:
رفتارهای جرات مندانه و همچنین توانایی گفتن نه را باید از دوران خردسالی به کودکانمان بیاموزیم.

اسلاید ۱۴ 

...ادامه راه های پیشگیری

Part 14-1

در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری HIV/AIDS بصورت پله ، پله و قدم به قدم عمل می کنیم .

بدین ترتیب که :

۱- در مرحله اول سعی می کنیم که در صورت امکان کمک کنیم که بیمار اعتیاد خود را کاملاً ترک کند . اگر این امر میسر نشد،

۲- تلاش می کنیم که اعتیاد تزریقی فرد را زیر نظر پزشک و با درمان های نگهدارنده موجود کنترل کنیم، تا با این کار اولاً ریسک و خطر انتقال HIV/AIDS را از طریق مصرف سرنگهای مشترک کاهش دهیم . ثانیاً " در نوع خوراکی اعتیاد ، اجرای طرحهای حمایتی و ترک راحت تر و عملی تر است . تبدیل اعتیاد تزریقی به نوع خوراکی در مراکز ترک اعتیاد صورت می گیرد.

۳- در گام بعدی اگر فرد مایل به ادامه اعتیاد از نوع تزریقی است ، تا زمان آماده شدن برای پرهیز از تزریق ، به وی توصیه می شود تا از سرنگهای یکبار مصرف استفاده نماید و از اشتراک سرنگ تزریقی با دیگران جداً خودداری نماید . توزیع سرنگ و سرسوزن رایگان در مراکز گذری کاهش آسیب و مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی کشور صورت میگیرد و در این مراکز معتادین تزریقی با تحویل سرنگهای مستعمل خود سرنگ جدید یکبار مصرف، به علاوه سایر وسایل بهداشتی را بصورت رایگان دریافت میکنند.

۴- در گام آخر اگر معتادین دسترسی به وسایل تزریق استریل و یکبار مصرف نداشته باشند و یا اصرار به تزریق با سرنگ مشترک داشته باشند ، به ایشان توصیه می شود تا قبل از مصرف بعدی کلیه وسایل تزریق از جمله پمپ و یا سرنگ و همچنین سرسوزن آن را در یک ماده ضد عفونی کننده مثل ایتکس و یا آب جوش به مدت ۳۰ دقیقه نگهدارند تا در صورت آلوده بودن به ویروس HIV/AIDS ، سرنگ را ضد عفونی کند.

در هر حال ،

به معتادین تزریقی توصیه می شود تا جهت اطمینان از سالم بودن از لحاظ HIV/AIDS هر از چندگاهی آزمایش خون انجام دهند که این کار نیز در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری شهرستان محل سکونت و یا مراکز بهداشتی شهرستان و پایگاههای مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری شهرستان بصورت رایگان صورت می گیرد .

همچنین در این مراکز آموزش و مشاوره های لازم بصورت رایگان انجام می پذیرد.

کلیه خدمات مشاوره قبل از آزمایش ، آزمایش ، مشاوره پس از آزمایش و خدمات مراقبتی بصورت کاملاً محرمانه و رایگان صورت می گیرد.

مراکز گذری کاهش آسیب:

مراکزی هستند که با حمایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بهزیستی و عموماً در حاشیه شهرها و در مناطق با جمعیت پرخطر، ایجاد شده اند. معتادین تزریقی با مراجعه حضوری به این مراکز از انواع خدمات سلامتی اعم از دریافت امکانات تزریق سالم، آموزش، مشاوره، ارجاع به مراکز درمانی و ... بصورت رایگان برخوردار میشوند.

Part 14-2

برای جلوگیری از انتقال عفونت از طریق خون و فرآورده های آن :

مربی کاغذ حایل را به قدری پایین می برد که آرم سازمان انتقال خون دیده شود ولی شعار آن دیده نشود سپس روبه شرکت کنندگان کرده از آنها می پرسد :

آیا شما شعار سازمان انتقال خون را می دانید ؟

پس از اینکه دو نفر از شرکت کنندگان جواب دادند، مربی در تکمیل جواب آنها می گوید :

قبلاً شعار سازمان انتقال خون : " اهداء خون اهداء زندگی بود . "

ولی امروزه این شعار تبدیل شده است به : " اهداء خون سالم اهداء زندگی . "

و به واژه سالم بودن خون اهمیت بسیار داده شده است چون اگر قرار باشد خونی آلوده به ویروس HIV/AIDS

اهداء شود حتی با نیت خیر و پاک ، زندگی اهداء نمی شود بلکه مرگ اهداء می شود بنابراین

راههای پیشگیری از عفونت HIV/AIDS از طریق خونی عبارتند از :

الف) مشاوره اولیه در افراد اهدا کننده خون

ب) غربالگری تمام خونهای اهدا شده.

ج) استفاده از اهدا کنندگان دائمی خون (افرادی که سالی ۲ الی ۳ بار اهدای خون می کنند)

د) تبلیغ اهداء خون در گروههای کم خطر(افرادی که رفتارهای پرخطر مثل اعتیاد تزریقی و ارتباط جنسی محافظت

نشده ندارند)

ه) عدم استفاده از وسایل نوک تیز و برنده مشترک مثل تیغ ، سوزن خال کوبی ، تاتو و غیره

مربی سپس جمله داخل کادر را با صدای بلند می خواند .

"زمانیکه خون یا مایعات خونی آلوده در مکانی می ریزد"، اقدامات زیر را باید انجام داد:

۱- پوشیدن دستکش ۲ - برداشتن مواد قابل جمع آوری با دستمال دارای قابلیت جذب

۳- شستشوی محل با آب و شوینده ها و ضد عفونی محل با وایتکس

Part 14-3

مربی در این part به توضیح راه های پیشگیری از انتقال بیماری از مادر به کودک میپردازد:

۱. رعایت دقیق موارد توصیه شده در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
۲. استفاده از داروهای تجویز شده قبل و حین بارداری تحت نظر پزشک معالج
۳. استفاده از شیوه مناسب زایمان سزارین با نظر پزشک متخصص
۴. عدم شیردهی به نوزاد از سینه مادر مبتلا و تغذیه نوزاد صرفاً با شیر خشک

اسلاید ۱۵

Part 15-1

مربی کاغذ حایل را پایین تر برده و ادامه میدهد:

برای پیشگیری از انتقال عفونت در مراکز بهداشتی درمانی و کادر بهداشتی توصیه می شود :

فرض بر اینکه تمام بیماران احتمال آلودگی به HIV را دارند. بنابراین کادر بهداشتی و درمانی باید رعایت احتیاطات استاندارد را در دستور کار خود قرار دهند از قبیل :

استفاده از دستکش لاتکس حین انجام خدمات پزشکی و دندانپزشکی

استفاده از عینک و ماسک حین انجام خدمات پزشکی و دندانپزشکی

ضدعفونی و استریل نمودن تجهیزات و وسایل مورد استفاده و

به همین منظور وزارت بهداشت دستورالعمل احتیاطات استاندارد را صادر نموده است که توصیه گردیده کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی در همه رده ها آن را رعایت نمایند .

Part 15-2

مربی کاغذحایل را پایین کشیده و در ادامه از شرکت کنندگان می پرسد که :

آیا به نظر شما ایدز درمان دارد یا نه ؟

بعد از اینکه دونفر از شرکت کنندگان پاسخ دادند، مربی در تکمیل جواب آنها ادامه می دهد : باید بدانیم که :

۱ - اگر ویروس با هر روش انتقال وارد بدن یک فرد شود، دیگر هیچ وقت از بدن حذف نمیشود.

۲ - برای این بیماری تاکنون واکسن موثر و یا درمان قطعی یافت نشده است.

Part 15-3

مربی حایل را پایین تر می کشد تا فقط روی سوال دیده شود و ادامه می دهد:

در صورت شک به ابتلا و داشتن هرگونه سوال در مورد HIV/AIDS چه باید کرد؟

پس از پاسخ دو نفر ، مربی ادامه می دهد :

بهترین کار مراجعه به مراکز و پایگاه های مشاوره شهرستان محل سکونت در اولین فرصت ممکن است .

☑ برای مراجعه به مراکز مشاوره ایدز نیازی به معرفی پزشک نیست و هرکس می تواند بصورت مستقیم مراجعه کند.

☑ در مراکز مشاوره ایدز تمام اطلاعات مراجعین کاملاً محرمانه است .

☑ ارایه کلیه خدمات مشاوره ، آزمایش، مراقبت و درمان کاملاً رایگان است .

مربی ادامه می دهد: آدرس مراکز مشاوره ایدز و بیماریهای رفتاری سراسر کشور با شماره تلفنهای مربوطه در وب سایت www.shepmodel.com و www.hiv-sti.ir موجود می باشد.

اسلاید ۱۶

Part16-1

مربی ادامه می دهد:

در این اسلاید به بحث اجتماعی و روانشناختی ایدز می پردازیم .

قبل از ادامه بحث ، به این سوال پاسخ دهید .

همانطور که دیدید امروزه ما با بیماران مبتلا به ایدز در جامعه مان روبرو هستیم .

حال به نظر شما جامعه چگونه با این بیماران (فارغ از نوع راه انتقال) برخورد کند ؟

آیا این بیماران گناهکارند ؟

آیا با بیمار مبتلا باید با انگ و تبعیض برخورد کرد؟

آیا باید این بیماران را سرزنش کرد؟

آیا این بیماران مستحق مرگ هستند ؟

آیا آنها را باید قرنطینه کرد ؟

یا نظر شما چیست ؟

بعد از اینکه دو یا سه نفر از شرکت کنندگان جواب دادند ،

مربی بحث را با مثال زیر ادامه می دهد ،

در این لحظه مربی کاغذ حایل را پایین می برد تا تصاویر مربوط به داستان دندانپزشک و جمله داخل کادر دیده شود

و ادامه می دهد :

چند سال قبل ، روزی در یکی از شهرستانها یک بیمار مبتلا به HIV/ AIDS به علت نیاز به خدمات

دندانپزشکی به یک دندانپزشک مراجعه نمود .

از آنجاییکه بیمار مبتلا به HIV/AIDS احساس مسئولیت می کرد . در ابتدا ضمن اشاره به مشکل دندانپزشک را در جریان بیماریش قرار داد و از او خواست ضمن معالجه دندانپزشک دقت لازم را بعمل آورد . اما دندانپزشک گفت من نمی توانم دندانپزشک را معالجه کنم .

این مسئله باعث شد وضعیت روحی و روانی بیمار به هم بریزد و بنا به گفته خودش، از شدت ناراحتی تا یک هفته نتوانست از خانه بیرون بیاید .

در این مدت وضعیت دندان بیمار رو به وخامت گذاشت . نهایتاً هفته بعد مجبور شد به یک دندانپزشک دیگر مراجعه نماید. براساس تجربه اول، این بار فقط از مشکل دندانپزشک صحبت کرد و اشاره ای به بیماری HIV/AIDS خود نکرد!

و دندانپزشک بدون اطلاع به ترمیم دندان وی پرداخت و ...

حالا خودتان قضاوت کنید اگر جامعه در برخورد با این بیماران به دید تبعیض و گناهکار بنگرد ، آیا این بیماران از جامعه طرد نخواهند شد ؟

آیا این طرز نگرش نمی تواند باعث شود تا بیماران مبتلا، بیماری خود را در جامعه پنهان نمایند ؟
و آیا نمی افتد اتفاقاتی که نباید بیافتد ؟

پس : فرد مبتلا به HIV/AIDS فقط و فقط یک بیمار است .

و وظیفه هرکس و هر مسئول در مقابل یک بیمار حمایت و محبت ومدارا است .
همچنین در زندگی شهروندی: بیماران مبتلا به ایدز می بایست از تمام حقوق شهروندی همانند دیگر شهروندان برخوردار باشند .

Part 16-2

مربی کاغذ حایل را تا آخر پارت پایین می برد تا عنوان ضرورت مشاوره با فردی که با HIV زندگی می کنند و تصاویر مربوطه دیده شوند .

سپس به ذکر مثالی از نحوه برخورد مناسب و مثبت یک پزشک با بیمار مبتلا به HIV/AIDS می پردازد:

نامه ای از زبان یک مادر مبتلا به HIV/AIDS:

من قبلاً یک خانواده موفق و شاد در یکی از شهرهای کوچک داشتم. دو سال قبل بطور ناگهانی شوهرم به من گفت که به ایدز مبتلا شده است. آزمایشات پزشکان نشان دادند که من هم HIV⁺ (اچ آی وی مثبت) شده ام. در آن موقع فرزندمان در مقطع راهنمایی بود.

زندگی من دیگر مثل قبل نبود. کمی بعد شوهرم از دنیا رفت. و ما را با کوله باری از مشکلات تنها گذاشت.

بعد از شنیدن اخبار بیماری من، همکاران محیط کارم، مثل اینکه شبح دیده باشند، از من فرار می کردند.

من قبلاً در یک رستوران آشپز بودم و به این شغل علاقه بسیاری داشتم. ولی بامعلوم شدن بیماری من، دیگر اجازه کار در رستوران را ندادند. بنابراین شغل مورد علاقه ام را از دست دادم و مجبور شدم به عنوان یک نظافتچی بصورت نیمه وقت در جای دیگری مشغول شوم. از این نوع زندگی بسیار متنفر بودم.

دو بار سعی کردم به زندگی خود خاتمه دهم ولی در هر دو بار، وقتی میخواستم خودکشی کنم، چهره پسرم جلوی چشمانم نمایان می شد و باعث می شد که نتوانم.

بعد از مدتی یکی از پزشکان دلسوز و عزیز که خانم دکتر مهربان نام داشت، به دیدنم آمد. در اولین ملاقاتمان او درست در کنارم نشست. دیگر نتوانستم جلوی اشکهایم را بگیرم، چون بعد از بیماری من، او اولین کسی بود که تا این حد به من نزدیک شده بود.

این امر، باعث شد بفهمم که در دنیا هنوز انسانهای مهربانی هستند که به فکر درمان و مراقبت از بیماران ایدز می باشند.

خانم دکتر در فهمیدن بسیاری از چیزها به من کمک کرد. او به من گفت که با وجود HIV⁺ بودنم می توانم به زندگی خودم ادامه دهم و پسرم را به دبیرستان و حتی دانشگاه بفرستم. همچنین او مرا تشویق کرد تا از فکر و خیال بیرون آیم و به سایر بیماران مبتلا به ایدز کمک کنم. به دلیل اینکه شاید آنها هم مثل من دچار یأس و ناامیدی شده باشند. او مرا تشویق کرد تا برخوردهای اجتماعی، همچنین نقش مادری خودم را پیدا و احیا کنم - خانواده من از تغییرات مثبتی که در من اتفاق افتاده بود ابراز خوشحالی می کردند. این دیدار و جلسات مشاوره برایم بسیار سودمند بود. اکنون من با وجود پذیرفتن ابتلا به HIV، به زندگی امیدوار هستم. من امیدوار هستم آن دو سال عمر از دست رفته ام را جبران کنم. خاطره زندگی با شوهرم هنوز در ذهنم وجود دارد و این احساس تا آخر عمرم با من خواهد بود. همسران با وفا و معتقد به زندگی می توانند از سرگذشت من درسهای فراوانی یاد بگیرند.

بیماران ایدز را دریابیم

یک مادر

مربی ادامه می دهد:

پس دیدیم که برخورد مناسب و انسانی با یک بیمار و مشاوره خوب و علمی با وی چقدر می تواند در مسیر و جریان زندگی وی موثر باشد و در بازگشتن وی به زندگی طبیعی کارساز باشد.

پس باید در برخورد با بیماران مبتلا به HIV/AIDS

اولاً نگرش مثبت ثانیاً راز داری ثالثاً حمایت اجتماعی داشت.

مربی کاغذ حایل را طوری قرار می دهد که عنوان پارت دیده شود سپس سوال را با صدای بلند مطرح میکند ... مردم چه نقشی در پیشگیری و کنترل بیماری ایدز می توانند داشته باشند؟ بعد از اینکه دو نفر از شرکت کنندگان پاسخ دادند ، مربی کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر برده و ادامه می دهد : بلی همانطور که شما هم به قسمت‌هایی از آن اشاره کردید ، نقش مردم در این امر بسیار کلیدی و حیاتی است ، بدین صورت که مردم می توانند با :

- ۱- شرکت در برنامه های آموزشی، اطلاع رسانی و حمایت عمومی و انتقال آموخته های خود به دیگران
- ۲- کمک به افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش صحیح نسبت به بیماری ایدز
- ۳- کمک به رفع تبعیض و رعب و وحشت بی مورد و کاهش انگ و بدنامی نسبت به مبتلایان به ایدز در جامعه
- ۴- اصلاح رفتارهای پرخطر (جنسی - اعتیاد)

نقش به سزایی در پیشگیری و کنترل بیماری ایدز ایفا کنند .

اسلاید ۱۷

Part 17-1

مربی کاغذ حایل را تا آنجایی که سه کاریکاتور موجود در part اول دیده شود ، پایین می برد و این سوال را مطرح می کند :

به نظر شما مفهوم این تصاویر چیست ؟

مربی عزیز دقت کنید در این مرحله ، مشارکت تعداد بیشتری از شرکت کنندگان را جلب نمایید و بحث را طوری مدیریت کنید که افراد زیادی به تصاویر نظر دهند (این طور نباشد که یک یا دو نفر فعال در کلاس در بحث شرکت کنند و بقیه نتوانند نظرات خود را بیان کنند ، لذا شما می توانید با جملات تشویق کننده ای مانند اینکه ، من می دانم همه شما مفهوم اصلی این کاریکاتورها را می دانید پس خواهش می کنم که نظرتان را بفرمایید تا دیگران نیز استفاده نمایند .)

مربی با نشانگر خود به ترتیب از راست به چپ ،

۱- چوب کبریتها را نشان میدهد و نظر دو نفر از شرکت کنندگان را در رابطه با مفهوم آنها در مورد بیماری HIV/AIDS جویا می شود .

سپس ادامه میدهد :

بلی همانطور که عزیزان نیز فرمودند این تصویر مربوط به تعدادی چوب کبریت در شکل و اندازه های مختلف است که از پایین به همدیگر متصل هستند .

وجه تشابه این تصویر با بحث ما بصورت زیر است :

این تصویر که مربوط به چوب کبریت‌هایی است که از طرف پایین به هم متصل هستند، نشان می‌دهد که جوامع انسانی نیز مانند این چوب کبریت‌ها از اجتماع افراد مختلف (فقیر، غنی، پیر جوان، مرد و زن و ...) تشکیل شده است که با هم ارتباط دارند.

همچنانکه اگر یکی از این چوب کبریت‌ها آتش بگیرد امکان سرایت به دیگر چوب کبریت‌ها هم وجود دارد، در جوامع انسانی هم اگر تعدادی از افراد به بیماری HIV/AIDS مبتلا شوند امکان سرایت بیماری به دیگر افراد جامعه نیز وجود دارد.

۲- این تصویر، یک توپ ضد هوایی را نشان می‌دهد که یک سرباز بالای لوله آن رفته و مشغول سمبه زدن به گلوله است.

تصویر یک هواپیما هم در بالا مشخص است که در این کاریکاتور بیماری ایدز است. حالا تفسیر شما از این کاریکاتور چیست؟ دو یا سه نفر از شرکت کنندگان پاسخ دهند.

مربی در تکمیل پاسخ ایشان اشاره می‌کند که در این کاریکاتور سیستم‌های بهداشتی و درمانی و آموزشی و امنیتی کشور به پدافند هوایی تشبیه شده اند که قرار است در مقابل حمله هواپیمای مهاجم ایدز عکس العمل نشان دهند. ولی در این کاریکاتور تا به این سرباز ما خبر بدهند که هواپیمایی حمله کرده است و او گلوله گذاری کند و سمبه بزند و از پایین نشانه گیری کرده فتیله را روشن کند تا
هواپیما مأموریت خود را انجام داده و رفته است !!

پس این کاریکاتور لزوم سرعت عمل در انجام امور پیشگیری و آموزشی در کشورها را در برابر گسترش بیماری ایدز می‌رساند. تا دیگر فاجعه ایدز مثل موج‌های سونامی جامعه را در هم نکوبد!

۳- تصویر شماره ۳. مربی با نشان دادن تصویر چهار مرحله ای شماره ۳، نظر دو نفر از شرکت کنندگان را جویا می‌شود و بعد از تشکر از جواب آنها چنین ادامه می‌دهد:

همانطور که دوستان شما هم به خوبی اشاره کردند، این تصویر چهار قسمتی، مراحل حمله ویروس HIV به بدن انسان و نحوه از کار انداختن سیستم ایمنی و کارکرد گلبولهای سفید خون را نشان می‌دهد.

در مرحله اول فردی نشان داده شده است که دارای بدن قوی با سیستم ایمنی مناسب است که به راحتی میتواند در مقابل عفونتهای فرصت طلب مقاومت کند.

در مرحله دوم ویروس HIV وارد بدن فرد شده و به گلبولهای سفید خون او حمله کرده است.

در مرحله سوم بعد از مدتی مبارزه ویروس HIV با گلبولهای سفید خون فرد، ویروس HIV پیروز شده و گلبولهای سفید را شکست داده است. و این کار باعث ضعیف شدن مقاومت بدن وی شده است.

مرحله چهارم نشان دهنده از بین رفتن سیستم ایمنی یا گلبولهای سفید خون فرد می باشد. همانطور که در شکل هم مشاهده میکنید، در این حالت بدن بیمار بسیار ضعیف می شود. و این عامل باعث بروز عفونتهای فرصت طلب در فرد بیمار مبتلا به HIV/AIDS میشود و در نهایت وی را از پای در می آورد.

مربی کاغذ حایل را پایین می برد تا تصاویر ۴ و ۵ و ۶ دیده شود

۴- تصویر شماره ۴: مربی با نشان دادن تصویر چهار که مربوط به عکس یک عدد کاندوم و یک عدد کلاه ایمنی کارگری است از شرکت کنندگان میخواهد که نظرشان را در ارتباط با این دو تصویر بیان کنند.

بعد از پاسخ دونفر مربی ادامه می دهد، بلی همانطور که دوستان عزیز هم به خوبی بیان کردند، همچنانکه استفاده از کلاه ایمنی در حین کار، جان کارگران را در کارخانه ها و محل کارشان نجات میدهد، استفاده از کاندوم نیز در روابط جنسی، با جلوگیری از ابتلا به بیماریهایی مانند HIV/AIDS باعث حفظ جان افراد می گردد

۵- تصویر شماره ۵: مربی با نشان دادن تصویر شماره پنج، باز هم نظر مخاطبین را راجع به آن جویا می شود.

دو نفر پاسخ میدهند. مربی، ادامه می دهد، بلی، تصویر نشانگر این است که HIV به مرور فرد را از پای در می آورد.

۶- تصویر شماره ۶: مربی با نشان دادن دو جامعه A و B، نظر مخاطبین را راجع به تفاوت دو جامعه در رابطه با افراد مبتلا به HIV/AIDS جویا می شود.

بعد از نظر دو نفر و تشکر از مشارکت آنها، مربی مطالب را چنین ادامه می دهد، در جامعه A به علت منفی بودن نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری و بیماران مبتلا به HIV/AIDS، باعث طرد و تبعیض اجتماعی و نابودی بیماران مبتلا به HIV/AIDS شده است. در این جامعه بیماران از حقوق اجتماعی خود محروم هستند. به عبارت دیگر در جامعه A نسبت به بیماری ایدز انگ و تبعیض وجود دارد و این کار مانند شلیک گلوله، آنها را از پای در می آورد.

اما در جامعه B وضعیت چنین نیست. یعنی افراد جامعه B با داشتن نگرش مثبت به بیماری و بیماران مبتلا به HIV/AIDS و پذیرش آنها در داخل جامعه، آنها را مستحق همه حقوق اجتماعی برابر با افراد سالم، می دانند و هیچگونه تبعیض و انگی برای بیماران قایل نمی شوند و با آنها به مهربانی رفتار میکنند.

مسلم است که رفتار افراد در جامعه B صحیح میباشد.

Part 17-2

مربی کاغذ حایل را برمی دارد و اسلاید را کمی بالا تر می برد تا بهتر دیده شود.

و مطالب را بصورت زیر ادامه میدهد:

انتظار ما از شما شرکت کنندگان عزیز این است که

اطلاعات و آگاهی هایی را که کسب کرده اید در اختیار خانواده، فامیل، دوستان و همکاران خود قرار دهید

تا بدینوسیله قدمی در جهت کنترل و پیشگیری از بیماری HIV/AIDS برداریم. انشاءالله

Part 17-3

مربی در قسمت آخر این اسلاید با نشان دادن تصاویر مریدان سلامت، از شرکت کنندگان دعوت می کند که در امر آموزش پیشگیری از ایدز مشارکت کنند و در صورت تمایل به شبکه بزرگ کشوری مریدان سلامت بپیوندند، مربی توضیح می دهد که برای این منظور می توانید با مراجعه به سایت اینترنتی www.shepmodel.com در قسمت ثبت نام داوطلبان، ثبت نام نمایید.

تا در فرصتهای مقتضی از شما جهت شرکت در دورههای مربی گری دعوت به عمل آید. و در نهایت مربی شعر زیر تصاویر را با صدای بلند قرائت می کند:

زندگی صحنه یکتای هنرمندی ماست
هرکسی نغمه خود خواند و از صحنه رود
صحنه پیوسته به جاست
خرم آن نغمه که مردم بسپارند به یاد

در پایان مربی ضمن تشکر و قدردانی از شرکت کنندگان به خاطر توجهشان به مطالب ارائه شده و مشارکت فعال و با نشاط ایشان در اداره و برگزاری کلاس، اشاره می کند که من اینجا هستم تا با کمک شما به بررسی برگه های پرسش و پاسخ نوشته شده پردازیم.

اینک یک نفر از عزیزان زحمت بکشد و برگه های پرسش و نظرخواهی را جمع آوری نماید تا به آنها پاسخ داده شود. سپس مربی با دسته بندی سوالات، آنهایی که قابل جوابگویی در جمع هستند پاسخ می دهد و آنهایی که شاید طرح سوال و جواب آن بصورت خصوصی بهتر باشد کنار گذاشته و اشاره می کند که بعد از اتمام کلاس در خدمت کسانی که این سوالها را مطرح کرده اند خواهد بود تا بیشتر توضیح دهد.

اگر پذیرایی در کلاس در نظر گرفته شده است در این لحظه توزیع شود تا شرکت کنندگان ضمن شنیدن جواب پرسشها پذیرایی شوند.

مربی محترم در خاتمه کلاس:

گزارش کلاس آموزشی را بصورت کامل در اولین فرصت یادداشت نماید.

مربی کلیه مستندات (برگ گزارش مربی - حضور و غیاب - برگه های پرسش و پاسخ - عکس و فیلم) را به همراه کیف بسته و ابزار آموزشی در اولین فرصت تحویل رابط آموزشی نماید. همچنین مربی محترم میتواند گزارشات و مستندات خود را به سایت اینترنتی www.shepmodel.com ارسال نماید.

پایان راهنمای ارائه اسلایدها



بخش سوم ضمیمه ها

نسخه الکترونیکی



ضمیمه ۱

کلیات عفونت HIV/AIDS

کلیات عفونت

AIDS و HIV

AIDS (ایدز) - سندرم نقص ایمنی اکتسابی - برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ در ایالات متحده گزارش شد و از آن زمان به بعد یک اپیدمی (همه گیری) جهان گستر پیدا کرد. بیماری ایدز بوسیله ویروس نقص ایمنی بوجود می آید.

HIV بوسیله نابود کردن و آسیب رساندن به سلولهای ایمنی (سلولهای سفید خون) توانایی بدن را در مقابله با عوامل عفونی و برخی سرطانها از بین می برد. افرادی که تشخیص **HIV/AIDS** در آنها مسجل شده در طول زندگی خود به بیماری هایی دچار می شوند که زندگی آنها را به مخاطره می اندازد و اصطلاحاً عفونت های فرصت طلب خوانده می شوند این عوامل باکتریها و ویروسهایی هستند که افراد سالم را دچار عفونت نمی کنند.

انتقال:

HIV بطور معمول بواسطه داشتن روابط جنسی محافظت نشده و استفاده از وسایل تزریق مشترک در مصرف تزریقی مواد مخدر گسترش می یابد. ویروس می تواند از طریق مهبل و آلت تناسلی زنانه و مردانه - رکتوم منتقل شود. **HIV** همچنین می تواند از طریق تماس با خون آلوده انتقال یابد. قبل از غربالگری خون برای عفونت هایی مثل **HIV** و قبل از تکنیکهای گرما درمانی (**Heat-treating**) که برای از بین بردن **HIV** در محصولات خونی بکار می روند، **HIV** از طریق انتقال خون و یا تماس با محصولات خونی آلوده منتقل می شد. امروزه بعزت روشهای غربالگری و تکنیکهای جدید، خطر آلوده شدن به **HIV** از این طریق به شدت کاسته شده است.

HIV به نسبت فراوان در میان مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی گسترش می یابد علت آن استفاده مشترک از سوزنها یا سرنگهایی است که به مقادیر کم، حاوی خون فرد مبتلا به ویروس **HIV** است. بطور بسیار ناشایع ممکن است کارمند یک مرکز بهداشتی به علت تماس تصادفی با سوزنها و یا سایر وسایل پزشکی آلوده به **HIV** آلوده شود.

ضمناً زنان می توانند **HIV** را به نوزادشان در طول حاملگی و یا زایمان منتقل کنند. تقریباً $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{3}$ همه زنان باردار درمان نشده آلوده به **HIV**، این عفونت را به نوزادان خود منتقل خواهند کرد.

مادران آلوده به ویروس می توانند **HIV** را از طریق شیر دادن به نوزاد خود منتقل کنند. اگر مادری در طول بارداری داروهای پیشگیری خاصی دریافت کند، به طور قابل ملاحظه ای شانس ابتلای نوزاد خود به **HIV** را کاهش می دهد. در هر صورت توصیه می شود که مادران مبتلای به ویروس **HIV** از روش سزارین برای زایمان استفاده کرده و از دادن شیرخود به نوزاد اجتناب کنند.

اگر چه محققین **HIV** را در بزاق افراد آلوده شناسایی کرده اند، مدرکی دال بر گسترش ویروس از طریق تماس با بزاق وجود ندارد، مگر اینکه بزاق آغشته به خون باشد. یافته های آزمایشگاهی نشان داده که خاصیت طبیعی بزاق قدرت آلوده سازی **HIV** را محدود می سازد.

مطالعات تحقیقاتی درباره افراد آلوده به HIV مدرکی دال بر گسترش ویروس توسط تماس با بزاق (مثلاً با بوسیدن معمولی) ارائه نمی دهد.

دانشمندان همچنین یافته ای مبنی بر گسترش HIV از طریق تعریق، اشک، ادرار و مدفوع نیافته اند. مطالعه خانواده هایی که افراد آلوده به HIV دارند بطور واضح نشان داده که HIV با روابطی نظیر ظرف غذای اشتراکی، حوله، رختخواب، استخر شنا، تلفن، میز توالت انتقال نمی یابد. همچنین از طریق نیش حشراتی مثل پشه و یا ساس گسترش نمی یابد. HIV می تواند هر فردی که رفتارهای پرخطری نظیر رفتارهای زیر را دارد آلوده سازد:

- استفاده از سوزن یا سرنگهای مشترک برای تزریق مواد
 - داشتن روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم با فردی آلوده یا فردی که وضعیت آلودگی وی مشخص نیست.
- داشتن بیماری های منتقله از راه تماس جنسی (STI) نظیر سیفلیس، تب خال تناسلی، سوزاک، افراد را در ابتلا به آلودگی با HIV حساستر می سازد. به خصوص اگر این بیماریها با زخم همراه باشند.

علائم اولیه:

بسیاری از افراد در اوایل آلودگی با HIV نشانه های زیادی ندارند. بعضی از افراد در ماههای اول یا دوم بعد از ابتلاء به ویروس علائمی شبیه به آنفولانزا از خود بروز می دهند. این ناخوشی شامل تب، سردرد، خستگی و بزرگی غدد لنفاوی است. (غدد لنفاوی ارگانه های ایمنی هستند که در گردن و کشاله ران و ... قابل لمس هستند.) این علائم معمولاً در هفته اول تا ماه اول ناواضح است و اغلب با سایر بیماری های ویروسی اشتباه می شود. در طول این دوره افراد بسیار عفونی اند و HIV به مقادیر زیاد در ترشحات تناسلی آنها وجود دارد. علائم شدید و مزمن امکان دارد که تا یک دهه یا بیشتر بعد از ورود HIV به بدن بزرگسالان بروز نکند. ولی این مدت در کودکانی که با عفونت HIV متولد شده اند کوتاه تر است و حتی به ۲ سال می رسد. این دوره بی علامت بسته به هر شخص و میزان قدرت سیستم ایمنی بدن وی متفاوت می باشد. در طول دوره آسیمپتوماتیک (بی علامت) ویروس بطور فعال تکثیر می یابد و سلولهای سیستم ایمنی را آلوده و نابود می کند. اولین نشانه بسیاری از افراد بزرگی غدد لنفاوی است که امکان دارد چندین ماه بصورت بزرگ و متورم باقی بمانند. دیگر علائمی که اغلب طی ماهها و سالها قبل از شروع AIDS تجربه می شوند، شامل:

- فقدان انرژی.
- کاهش وزن.
- تب های مکرر و تعریق.
- اسهال طول کشیده بیش از یک ماه
- عفونت مکرر و مزمن قارچی دهان یا مهبل.
- ظهور دانه هایی در پوست یا پوسته پوسته شدن پوست.
- بیماری التهابی لگن در زنان که به درمان جواب نمی دهد.
- کاهش حافظه کوتاه مدت.

بعضی از افراد دچار عفونت های مکرر و شدید تبخال می شوند که با ایجاد زخمهایی در دهان، ناحیه تناسلی و مقعدی و یا یک بیماری دردناک عصبی مشخص می شود.

AIDS مرحله (ایدز):

اصطلاح ایدز به مراحل پیشرفته عفونت HIV اطلاق می گردد که در آن سلولهای ایمنی کاهش میابند. بعلاوه این تعریف شامل ۲۶ وضعیت بالینی می شود که بعنوان عفونت پیشرفته HIV، افراد را مبتلا می کند. اغلب این وضعیتها، عفونت های فرصت طلبی هستند که به ندرت افراد سالم را درگیر می کنند. در افرادی که بیماری ایدز دارند بعلت نابودی سیستم ایمنی، این عفونت ها شدید و گاهی کشنده اند بطوریکه بدن بیمار قادر به مقابله با باکتریها، ویروسها، قارچها و انگلها نیست. بیماری های عفونی فرصت طلب که در افراد دچار ایدز شایع هستند علائمی به شرح زیر ایجاد می کنند:

- سرفه و تنگی نفس .
- تشنج و عدم تعادل.
- بلع مشکل یا دردناک .
- گیجی یا فراموشی
- اسهال شدید و مزمن.
- تب.
- کاهش بینایی.
- تهوع، استفراغ و قولنجهای شکمی.
- کاهش وزن و خستگی شدید.
- سردرد شدید.
- کوما.

کودکان دچار ایدز هم، میتوانند همان بیماری های فرصت طلب بزرگسالان را تجربه کنند.

افراد مبتلا به HIV/AIDS مستعد سرطانهای متنوعی هستند.

بسیاری افراد چنان متأثر از علائم AIDS می شوند که حتی شغل خود را از دست می دهند و یا از انجام کارهای روزمره خود ناتوان می شوند. بعضی از افراد دچار دوره هایی از امراض تهدید کننده حیات می شوند، البته در طی این مدت دوره هایی از بهبودی را نیز پشت سر می گذارند.

تشخیص:

بخاطر این که عفونت HIV در اوایل اغلب سبب علائمی نمی شود، پزشک یا کارمند مراقبت های بهداشتی معمولاً ایدز را بوسیله آنتی بادیهی ضد HIV که از طریق آزمایش خون قابل تشخیص اند مشخص می کند. سطوح آنتی بادیهی HIV موجود در خون بطور عموم در طی ۱ الی ۳ ماه بعد از عفونت با HIV قابل شناسائی هستند و در بعضی مواقع باید ۶ ماه از عفونت با HIV بگذرد تا سطوح آنتی بادیهی برای آزمایشات خونی استاندارد قابل شناسایی شود.

سازمان انتقال خون یا بعضی کلینیکهای بهداشتی می توانند تست HIV را انجام دهند . البته چنانچه ذکر شد قبل از انجام هر گونه آزمایش در مورد HIV/AIDS باید مشاوره بعمل آید. این کار در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری دانشگاه های علوم پزشکی صورت

می گیرد . کلیه مراحل مشاوره و اطلاعات مراجعین در این مراکز بصورت محرمانه و رایگان بوده و برای مراجعه به این مراکز نیازی به معرفی پزشک نیست و هرکس می تواند بصورت مستقیم مراجعه نماید.

نوزادانی که از مادران مبتلا متولد می شوند، امکان دارد که به HIV مبتلا باشند یا نباشند. البته همگی آنها حامل آنتی بادیهای بر ضد HIV هستند که میتواند تا چندین ماه در جریان خونشان باقی بماند. تشخیص قطعی عفونت HIV با انجام آزمایشات آنتی بادی استاندارد تا ۱۵ ماهگی امکان پذیر نیست و تا این هنگام آنتی بادیهای مادر از بین می رود و نوزاد آنتی بادیهای خود را می سازد و اگر نوزاد مبتلا باشد، این آنتی بادیها در جریان خون وجود خواهند داشت. تکنیکهای جدیدی جهت افزایش دقت تشخیص HIV در نوزادان قبل از ۱۵ ماهگی کشف شده اند.

درمان:

علی رغم تحقیقات گسترده جهانی ، تاکنون برای بیماری HIV/AIDS درمان قطعی و یا واکسن پیشگیری تولید نشده است . درمان های موجود باعث افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی افراد میشوند و همچنین باعث کاهش احتمال انتقال بیماری به دیگران میشوند.

جهت تاثیر مناسب داروها، بیماران باید داروهای تجویز شده را منظم و کامل مصرف نمایند .

برای افرادی که دچار تماسهای اتفاقی شغلی و غیر شغلی مانند (فرورفتن سوزنهای تزریق آلوده به بدن) شده اند ، نیز داروهایی جهت پیشگیری وجود دارند .

پیشگیری:

از آنجا که هیچ واکسنی برای HIV وجود ندارد، تنها روش پیشگیری از عفونت، خودداری از رفتارهایی است که شخص را در خطر عفونت قرار می دهد.

این رفتارها عبارتند از: استفاده از سوزنهای مشترک و یا داشتن روابط جنسی محافظت نشده . بسیاری از افراد آلوده به HIV علائمی ندارند، بنابراین هیچ راهی جهت اطمینان از آلودگی یک شریک جنسی وجود ندارد. مگر اینکه نتایج آزمایشگاهی بطور مکرر منفی باشند و فرد به هیچ رفتار پرخطری اقدام نکند. کاندوم تنها وسیله پیشگیری از انتقال اچ آی وی از طریق ارتباط جنسی است.

ضمیمه ۲ اهمیت آموزش

آموزش روابط سالم

آموزش جنسی؛ فرآیندی شامل کسب اطلاعات و شکل دادن رفتارها و باورها درباره روابط جنسی، هویت جنسی، روابط با سایر افراد می باشد. هدف از آموزش روابط جنسی، ایجاد توانایی در افراد برای انتخاب یک رفتار آگاهانه و احساس اطمینان و قدرت برای انجام آن رفتار می باشد.

آموزش جنسی به جوانان کمک می کند تا از خود در برابر تجاوز، سوء استفاده جنسی، حاملگی ناخواسته، ابتلا به بیماری های مقاربتی و اچ آی وی محافظت کنند.

آموزش رابطه جنسی در صورتی موثر است که به جوانان کمک کند مهارت های خود را در این رابطه بالا ببرند.

آموزش جنسی موثر همچنین به جوانان کمک می کند تا بتوانند اطلاعات درست را از نادرست تشخیص دهند و بتوانند در برخی موضوعات اخلاقی و اجتماعی و نگرش ها درباره رابطه جنسی و تمایلات جنسی صحبت کنند.

جوانان اطلاعات خود را در مورد روابط و تمایلات جنسی از منابع وسیع و مختلفی مانند، دوستان، رسانه و تبلیغات، تلویزیون و مجلات و همچنین بروشورها، کتاب ها و وب سایت ها کسب می کنند. به همین دلیل برخی از این اطلاعات درست و برخی نادرست هستند. جوانان ممکن است شنیده باشند که، کاندوم باعث پیشگیری از اچ آی وی نمی شود یا این که ایدز درمان دارد. به همین علت ارائه اطلاعاتی که باورهای غلط آنها را تصحیح کند بسیار مهم است. بدون اطلاعات درست، جوانان ممکن است خود را در خطر بزرگ تری بیاندازند.

همچنین از آنجایی که افراد بر اساس اطلاعات درست می توانند نگرش ها و اعتقادات آگاهانه ای نسبت به روابط و تمایلات جنسی اتخاذ کنند، بنابراین داشتن اطلاعات صحیح بسیار مهم هستند. بهتر است تا جوانان درباره ی تمامی موضوعات زیر اطلاعات داشته باشند:

* ظهور احساسات جنسی و توانایی تولید مثل - تغییرات جسمی و احساسی که با بلوغ و تولید مثل جنسی همراه است، شامل باروری و لقاح و همچنین بیماری های آمیزشی و اچ آی وی.

* پیشگیری از بارداری و کنترل تولد - چه راه هایی برای پیشگیری از بارداری وجود دارد، چگونه تاثیر می گذارند، چگونه از آن ها استفاده می کنند، چگونه از میان آن ها یک روش را انتخاب کنند.

آموزش روابط جنسی باید قبل از رسیدن افراد به سن بلوغ آغاز شود، یعنی قبل از این که افراد به الگوهای ثابت رفتاری برسند. سن دقیق ارائه اطلاعات به جوانان، به تکامل و وضعیت جسمی، احساسی و عقلانی و همچنین سطح درک آن ها بستگی دارد. آنچه که ارائه می شود و نحوه ارائه ی اطلاعات، به فرد آموزش دهنده، زمان ارائه، فضای ارائه و همچنین تمایل افراد برای دانستن موضوع، بستگی دارد.

آغاز آموزش متناسب با سن از کودکی و تداوم آن امری مهم است. وقتی که بچه ها کوچک هستند می توان به آن ها چگونگی رشد و تغییرات بدن را آموزش داد. این آموزش، به عنوان اطلاعات پایه ای بکار می رود تا در آینده بتوانند اطلاعات جزئی تر در مورد بلوغ را درک نمایند همچنین می توان به آن ها اطلاعاتی در مورد ویروس ها و میکروب هایی که به بدن حمله می کنند داد. از این اطلاعات می توان در آینده برای ارائه اطلاعات بعدی در مورد عفونت هایی که از راه تماس جنسی منتقل می شوند، استفاده نمود.

برخی افراد نگرانند که ارائه ی آموزش در مورد روابط جنسی می تواند باعث ایجاد کنجکاوی شده و منجر به انجام رفتارهای جنسی شود. اما نتایج مطالعات انجام شده در بسیاری کشورها نشان داده است، که این چنین آموزش هایی نه تنها فعالیت های جنسی را افزایش نمی دهند بلکه در برخی موارد فعالیت جنسی را کاهش داده و یا باعث افزایش میزان استفاده از کاندوم و یا هر دو شده است. مهم است که بدانیم جوانان می توانند اطلاعات را هر زمان که به آن ها ارائه شود به خاطر بسپارند و بعدها هر زمان که به آن نیاز داشته باشند از آن استفاده کنند.

گاهی اوقات برای بزرگسالان سخت است تا تصمیم بگیرند که آموزش روابط سالم جنسی را به فرزندان خود، از چه زمانی شروع کنند و چگونه این آموزش ها را ارائه دهند، اما توجه به این نکته ضروری است که، اول باید رابطه ای صمیمی با فرزند ایجاد شود تا اگر زمانی سوالی در رابطه با این موضوعات برایش پیش آمد، بتواند آن را مطرح کند. طبیعتاً بعضی از والدین برای بیان این موضوعات با فرزند خود احساس خجالت می کنند. در کشورهایی مانند هلند، صحبت کردن با فرزند در مورد روابط و تمایلات جنسی، مسئولیتی مهم برای خانواده ها تلقی می شود.

در بعضی کشورها آموزش روابط جنسی می تواند در محیط های مختلف، هم در داخل و هم خارج از مدرسه ارائه شود. در این حالت افراد مختلف این فرصت را دارند و مسئولند که به جوانان در این زمینه آموزش دهند.

ضمیمه ۲ انگ و تبعیض

یکی از گروه‌هایی که خیلی زیاد با پدیده انگ روبرو می‌شوند، افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند. ابتلا به اچ‌آی‌وی در بسیاری موارد ارتباط تنگاتنگی با مصرف مواد مخدر، محرک و روانگردان و نیز ارتباط جنسی خارج از چارچوب خانواده دارد. در بسیاری از جوامع این رفتارها، در تضاد با ارزش‌های مذهبی، باورهای اخلاقی، اجتماعی و فرهنگی مردم است، لذا بعضی تصور می‌کنند که ابتلا به اچ‌آی‌وی، مجازات الهی و نتیجه بی‌مسئولیتی افراد است. معمولاً این افراد بعنوان افرادی گناهکار و مقصر شناخته می‌شوند نه افراد بیماری که نیازمند کمک و یاری هستند. این تصورات باعث تشدید انگ و در نتیجه تبعیض نسبت به افراد اچ‌آی‌وی مثبت می‌شود

به همین علت این بیماری در نظر افراد جامعه ترسناک بوده و حتی به گروه‌های خاصی نسبت داده می‌شود. این موضوع سبب شده است تا افراد تصور کنند که با دوری جستن از این گروه‌ها و همچنین افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌توانند از خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی در امان بمانند. انگ و تبعیض در مورد اچ‌آی‌وی، می‌تواند به اندازه خود بیماری آسیب‌پذیر باشد. معمولاً انگ نسبت به زنان مبتلا بیشتر از مردان مبتلا است.

متأسفانه بسیاری از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی وقتی برای دریافت خدمات، به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی مراجعه می‌کنند، انتظار دارند که آنها یاورشان باشند ولی در این مواجهه نیز با انگ و تبعیض مواجه می‌شوند. نتیجه نگرش منفی کادر درمانگر به این بیماران، امتناع یا تأخیر در پذیرش آنها، ارائه نامطلوب خدمات درمانی، ترخیص زود هنگام افراد، انجام آزمایش بدون رضایت فرد، عدم رعایت رازداری، نسبت ناروا دادن به فرد و حتی رفتارهای توهین‌آمیز و تحقیرکننده است.

انگ مرتبط با اچ‌آی‌وی که از سوی کارکنان درمانی نسبت به بیماران اعمال می‌شود، به دلیل فقدان آگاهی آنها، ترس از تماس‌های اتفاقی با بیمار و همراه دانستن بیماری ایدز با انجام رفتارهای غیر اخلاقی است. عدم آگاهی از راه‌های انتقال اچ‌آی‌وی، یکی از دلایل اصلی ایجاد انگ نسبت به افراد اچ‌آی‌وی مثبت است. حتی گاهی اوقات علیرغم وجود اطلاعات کافی، مردم و حتی کارکنان بهداشتی نیز بین افراد مبتلا و غیر مبتلا تفاوت قائل می‌شوند.

علیرغم تلاش‌های فراوان برای افزایش آگاهی مردم در مورد ماهیت بیماری و راه‌های انتقال و پیشگیری آن، بسیاری از افراد جامعه هنوز هم در این خصوص باورهای نادرستی دارند و ممکن است دست دادن، روبوسی، گزش پشه و استخر را راه انتقال بدانند.

در بسیاری از جوامع این بیماری تابو تلقی می‌شود و با هاله‌ای از شرم و ممنوعیت‌های اخلاقی و فرهنگی همراه است که این موضوع مانع افشای بیماری شده و این مسئله منجر به پنهان ماندن بیماری، طی نشدن پروسه درمان و در نتیجه تاثیر بر همه‌گیری ایدز خواهد شد.

به علت پیش داوری و ترس از سرایت بیماری، این بیماران در مورد انتخاب مسکن، شغل، دریافت مراقبت‌های بهداشتی و حمایت عمومی مورد تبعیض قرار می‌گیرند. انگ ناشی از ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز باعث نابرابری و تبعیض افراد مبتلا از حقوق اجتماعی‌شان می‌شود.

رفتارهای نامناسب و تحقیرآمیز موجب انزوای بیمار گشته و حتی فرصت آموزش را از کودکان مبتلا می‌گیرد. افراد مبتلا معمولاً نگرانی و اضطراب دارند که بخشی از آن به علت وحشت آنها از مرگ، وحشت از طرد و تنهایی و انزوا، انگ اجتماعی و ترس برای از دست دادن شغل یا ترس از ایجاد ناتوانی است. از سایر مصادیق انگ و تبعیض می‌توان به طرد بیمار از خانواده و جامعه، حتی طرد خانواده بیمار از جامعه و بستگان، محدودیت در اشتغال و حتی اخراج شدن از محیط کار، محدودیت در ازدواج و در مواردی از هم گسیختگی زندگی مشترک، ایجاد عوارض روحی- روانی از جمله احساس خجالت، شرمندگی و اندوه از ابتلای به بیماری، ناامیدی، اضطراب و افسردگی و ترس از برملا شدن وضعیت بیماری و در نهایت محدودیت و حتی عدم پذیرش کودکان مبتلا در مدرسه اشاره نمود.

با توجه به پیامدهای انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان در جامعه، بسیاری از افرادی که رفتارهای پرخطر دارند از پیگیری و انجام آزمایش برای مشخص نمودن وضعیت خود اجتناب می‌کنند. همچنین انگ و تبعیض باعث می‌شود تا تعدادی از افرادی که از ابتلای خود آگاه هستند برای دریافت خدمات مراجعه نمایند و حتی سعی کنند وضعیت ابتلای خود را تا جایی که مقدور است مخفی نگه دارند. عدم آگاهی یا داشتن اطلاعات نادرست در کنار عدم افشای وضعیت و تداوم رفتارهای پرخطر به خصوص رفتارهای جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم می‌تواند موجب گسترش و همه‌گیری بیماری ایدز شود. بنابراین یکی از مهم‌ترین اقدامات برای پیشگیری در این خصوص، کاهش میزان انگ نسبت به افراد مبتلا در جامعه است، تا افراد با رفتارهای پرخطر بدون نگرانی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و یا پزشک مراجعه نموده و آزمایش دهند. همچنین بدون هیچ ترسی از تبعیض در بهره‌مندی از خدمات، در زمان نیاز به دریافت هر گونه خدمات پزشکی و یا خدمات دندانپزشکی، وضعیت ابتلای خود را اعلام کنند.

ضمیمه ۴

کاندوم و چگونگی استفاده صحیح از آن

How to use Condom

کاندوم و چگونگی استفاده صحیح از آن :

استفاده از کاندوم در پیشگیری از ابتلا به عفونت HIV/AIDS بسیار بسیار مهم است .

بنابراین، استفاده صحیح از کاندومهای با کیفیت، ریسک انتقال و سرایت عفونت HIV و سایر بیماری های آمیزشی را **کاهش** می دهند.

کاندوم مردانه وسیله لاستیکی نازکی است که حین ارتباط جنسی روی آلت تناسلی مردانه کشیده می شود تا هنگام انزال، مایع منی خارج شده از بدن جنس مذکر را در خود نگاه دارد. و از انتقال و تماس منی با دستگاه تناسلی زن جلوگیری می کند. همانطور که اشاره شد از این وسیله برای جلوگیری از بارداری و سرایت عفونتهای آمیزشی و HIV نیز استفاده می شود .

برای کسب اطلاعات بیشتر از نحوه درست استفاده کاندوم به وب سایت www.shepmodel.com مراجعه فرمایید.

نکته: از یک کاندوم نمی توان دوبار استفاده کرد.

کاندوم از کجا قابل دستیابی است ؟

کاندوم را می توان در خانه های بهداشت روستایی، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری، درمانگاه های دولتی و مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و مراکز گذری کاهش آسیب (بصورت رایگان) و یا تمام داروخانه ها و بعضی از فروشگاه های لوازم بهداشتی دریافت کرد.

ضمیمه ۵
سؤالاتی که به فراوانی پرسیده شده اند:
FAQs

HIV / AIDS

سؤالاتی که به فراوانی پرسیده شده اند:

□ سؤالات عمومی:

۱. HIV در کجا یافت می شود کدامیک از مایعات بدن می تواند حاوی HIV باشد؟
۲. HIV تا چه زمانی می تواند در بیرون از بدن زنده بماند؟
۳. آیا HIV می تواند در بدن یک فرد خودبخود تولید شود؟
۴. آیا کاندوم در جلوگیری از آلودگی با HIV مؤثر است؟
۵. HIV/AIDS اولین بار چگونه و از کدام کشور بوجود آمد؟
۶. سیاستهای کلی پیشگیری از HIV/AIDS در عموم مردم جامعه چیست؟
۷. سیاستهای کلی پیشگیری از HIV/AIDS در گروههای در معرض خطر و پرخطر کدامند؟
۸. سیاستهای کلی پیشگیری از HIV/AIDS در افراد مبتلا و بیمار کدامند؟

□ سؤالاتی در مورد راههای انتقال:

۹. آیا احتمال انتقال HIV در یک رابطه جنسی دهانی وجود دارد؟
۱۰. آیا بوسه می تواند عامل انتقال HIV باشد؟
۱۱. آیا از طریق روابط عادی اجتماعی یا اعمالی نظیر دست دادن، بوسیدن، اشتراک قاشق و چنگال، عطسه، استخرهای شنا و یا میز توالت می توان به HIV آلوده شد؟
۱۲. آیا خطر انتقال HIV از طریق خال کوبی، سوراخ شدگی بدن و یا آرایشگاه رفتن وجود دارد؟
۱۳. آیا از طریق میخها و یا سوزنهای صندلی های سینما HIV منتقل می شود؟
۱۴. آیا حین انجام خدمات پزشکی یا دندانپزشکی امکان آلودگی با HIV وجود دارد؟
۱۵. آیا از طریق گزش حشرات امکان آلودگی با HIV وجود دارد؟
۱۶. آیا معاشقه (بدون آمیزش جنسی) باعث سرایت می شود؟
۱۷. آیا استمناء (خودارضایی) باعث انتقال HIV/AIDS می شود؟
۱۸. اگر لکه های خون به داخل چشم پاشیده شود، آیا امکان ابتلا به HIV وجود دارد؟

□ سؤالات مربوط به تستها:

۱۹. از کجا می شود فهمید که یک نفر مبتلا به ایدز است؟
۲۰. چرا آزمایش HIV اجباری نمی شود. (برای ازدواج - ورود به کشور ...)؟
۲۱. چه مدت طول می کشد که HIV سبب ایجاد بیماری ایدز شود؟

۱. HIV در کجا یافت می شود و کدامیک از مایعات بدن می تواند حاوی HIV باشد؟

HIV به مقادیر زیادی در موارد زیر وجود دارد:

- ✓ خون و محصولات خونی
- ✓ منی (مایع جنسی مردانه)
- ✓ ترشحات واژن و یا گردن رحمی
- ✓ شیر مادر

در طول یک پروسه عمل جراحی تهاجمی امکان دارد کارکنان مرکز درمانی در تماس با مایعات بدن که حاوی مقادیر زیادی HIV می باشند، قرار گیرند از جمله:

- مایع آمیوتیک (کیسه آب جنین)
- مایع مغزی نخاعی
- مایع سینوویال (مفصلی) در اطراف مفاصل

HIV در مقادیر بسیار ناچیز در موارد زیر وجود دارد:

- بزاق (فقط در تعداد معدودی از افراد و در مقادیر بسیار ناچیز یافت شده است)
- اشک
- مایع تاولی

HIV در موارد زیر وجود ندارد

- ادرار
- مدفوع
- استفراغ
- عرق

(مگر اینکه این ترشحات آغشته به خون باشند.)

۲. HIV تا چه زمانی می تواند در بیرون از بدن زنده بماند؟

طبیعت شکننده ویروس، مانع از آن می شود که HIV مدت زمان زیادی در هوای آزاد زنده بماند.

۳. آیا HIV می تواند در بدن یک فرد خودبخود تولید شود؟

ویروس باید در بدن یک فرد وجود داشته باشد و بعد به فرد دیگری انتقال یابد. HIV در بدن یک شخص همانند سرطان خودبخود تولید نمی شود. HIV یک عفونت قابل انتقال است که از یک شخص به شخص دیگر منتقل می شود. تنها راهی که یک شخص می تواند با HIV آلوده شود ورود خون و یا مایعات بدن یک شخص مبتلا به یک فرد غیر مبتلا است.

۴. آیا کاندوم ها در جلوگیری از آلودگی با HIV مؤثرند؟

البته، مطالعات نشان داده اند که در صورتیکه یک کاندوم لاتکس در تمام مدت رابطه جنسی به درستی استفاده شود در برابر انتقال HIV بسیار کارآمد و موثر است. واضحترین مدرک در مطالعه زوجهایی است که تنها یکی از زوجها به HIV مبتلا بوده است. در مطالعه ای که در اروپا در بین ۱۲۳ زوج انجام گرفت که تنها یکی از آنها به HIV مبتلا بوده، مشاهده گردید که با استفاده صحیح و مداوم از کاندوم هیچکدام از شرکای جنسی افراد فوق به HIV مبتلا نشدند. در حالی که از بین ۱۲۲ زوجی که از کاندوم بطور مداوم و درست استفاده نمی کردند ۱۲ نفر از شرکای جنسی آلوده شدند. با این وجود، علت ابتلا برخی افراد به HIV این است که اغلب افراد استفاده صحیح از کاندوم را نمی دانند. برای آگاهی بیشتر درباره چگونگی استفاده صحیح از کاندوم به ضمیمه ۴ صفحه ۶۸ مراجعه فرمایید.

۵. HIV/AIDS اولین بار چگونه و از کدام کشور بوجود آمد ؟

اتفاق نظری بین دانشمندان در این زمینه وجود ندارد، نظرات زیادی در این مورد ارایه شده است که صحت آنها مورد تردید است، (مثلا اینکه این بیماری یک سلاح بیولوژیکی ساخت بعضی کشورهاست که از کنترل خارج شده است، یا اینکه این بیماری برای اولین بار در آفریقا از میمون به انسان سرایت کرده است و شاید شما هم داستانهای نظیر این ها را شنیده باشید)، آنچه مهم است این است که در حال حاضر این بیماری وجود دارد و روز بروز در بین جوامع انسانی در حال گسترش است.

۶. سیاستهای کلی پیشگیری از HIV/AIDS در عموم مردم جامعه چیست ؟

- الف- اطلاع رسانی
- ب- افزایش آگاهی و ایجاد نگرش صحیح نسبت به بیماری و مبتلایان
- ج- رفع رعب و وحشت بی مورد
- د- کاهش انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان به ایدز

۷. سیاستهای کلی پیشگیری از HIV/AIDS در گروههای در معرض خطر و پرخطر کدامند ؟

- الف - آموزش خاص
- ب - مشاوره
- ج - آزمایش HIV
- د- ارایه خدمات کاهش آسیب (Harm reduction) شامل تحویل سرنگ و سرسوزن، کاندوم و ارایه درمان نگهدارنده به معتادان.

۸. سیاستهای کلی پیشگیری از HIV/AIDS در افراد مبتلا و بیمار کدامند؟

الف - آموزش

ب - مشاوره

ج - مراقبت

د - درمان

ه - کاهش آسیب (Harm reduction)

و - حمایت

۹. آیا احتمال انتقال HIV در یک رابطه جنسی دهانی وجود دارد؟

در رابطه جنسی دهانی هم احتمال انتقال HIV وجود دارد ولی احتمال انتقال کمتر از تماس های مقعدی و تماس جنسی واژینال (مهبلی) است.

۱۰. آیا بوسه می تواند عامل انتقال HIV باشد؟

در حالت بوسه معمولی احتمال انتقال HIV وجود ندارد، اما در صورت بوسه عمیق و تماس با خون فرد مبتلا احتمال آن ایجاد می شود. در هر حال در صورت (همراهی خون با بزاق) و همزمانی وجود زخم (آفت یا جراحت) در دهان یا مخاط شریک جنسی، احتمال انتقال HIV وجود دارد.

۱۱. آیا از طریق روابط عادی اجتماعی یا اعمالی نظیر دست دادن، روبوسی، اشتراک قاشق و چنگال، عطسه،

استخرهای شنا و یا میز توالت می توان به HIV آلوده شد؟

ویروس مدت طولانی نمی تواند بیرون از بدن انسان باقی بماند. این ویروس در محیط خشک بیرون بیش از چند ساعت زنده نمی ماند. بنابراین در نتیجه تماسهای اجتماعی معمولی همانند روبوسی، دست دادن، سرفه کردن و اشتراک ظروف، ویروس از شخصی به شخص دیگر منتقل نمی شود.

۱۲. آیا خطر انتقال HIV از طریق خال کوبی و آرایش سر و صورت وجود دارد؟

اگر وسایل آلوده با خون که برای مشتری ها استفاده می شود، استریل نشوند، خطر انتقال HIV وجود دارد. بهر حال افرادی که به هر نحوی بدن را سوراخ می کنند مانند کسانی که خالکوبی انجام می دهند بایستی حین انجام کارشان نکاتی را رعایت کنند که اصطلاحاً «احتیاط های همه جانبه» خوانده می شود. رعایت این نکات جهت پیشگیری از انتقال بیماریهای منتقله از خون، نظیر HIV و هیپاتیت B و C ضروری است.

زمانیکه شما به آرایشگاه می روید، خطر انتقال عفونت وجود ندارد. مگر اینکه پوست بریده شود و خون آلوده وارد زخم شود. در تیغهای چند بار مصرف قدیمی که توسط آرایشگرها استفاده می شود، این خطر بیشتر است. هم اکنون تیغهای بهتری موجود است که می بایست یک بار مصرف شوند، این کار خطر عفونتهای ناشی از خون نظیر هپاتیت B و C و HIV را بسیار کاهش داده است.

۱۳. آیا از طریق میخ ها و زائده های فلزی صندلی های سینما و تئاتر، HIV منتقل می شود؟

داستانهایی در اینترنت وجود دارند درباره افرادی که با میخهای صندلی های سینما و یا سکه آلوده شده اند. بهر حال این شایعات بنظر بی پایه و اساسند. وقوع عفونت HIV با این روش به آغستگی با خون آلوده با سطح بالای ویروس نیاز دارد.

۱۴. آیا حین انجام خدمات پزشکی یا دندانپزشکی امکان آلودگی با HIV وجود دارد؟

انتقال HIV از این طریق بسیار نادر است. همه کسانی که در امور بهداشتی کار می کنند، زمانی که بیماری را ویزیت می کنند، نیاز به پیگیری پروسه های کنترل عفونت دارند. این پروسه ها که جهت کنترل عفونت بکار می روند، اصطلاحاً رعایت احتیاط ها ی استاندارد خوانده می شوند. این پروسه ها جهت پیشگیری از انتقال بیماری هایی از قبیل هپاتیت B و HIV برای مراجعین و کادر بهداشتی طراحی شده است. لذا با رعایت صحیح این نکات، احتمال انتقال وجود ندارد.

۱۵. آیا از طریق گزش حشرات و نیش پشه امکان آلودگی با HIV وجود دارد؟

آلودگی با HIV از این طریق نامعمول است.

۱۶. آیا معاشقه (بدون آمیزش جنسی) باعث سرایت می شود؟

HIV از راه تماسهای سطحی (بوسیدن معمولی - در آغوش گرفتن ، لمس کردن) انتقال نمی یابد.

۱۷. آیا استمناء (خود ارضایی) باعث انتقال HIV می شود؟

استمناء به معنی خود ارضایی است و به علت عدم تماس با فرد مبتلای دیگر ، احتمال انتقال HIV وجود ندارد.

۱۸. اگر لکه های خون به داخل چشم پاشیده شود، امکان ابتلا به HIV وجود دارد؟

تحقیقات بیان می کنند که خطر عفونت HIV با این روش بی نهایت اندک است. تعداد بسیار اندکی از افراد که اغلب در سیستم مراقبت بهداشتی هستند با پاشیده شدن خون به چشم خود به HIV آلوده شده اند.

در صورتیکه لکه های خون آلوده به HIV به چشم و سایر مخاط پاشیده شود احتمال انتقال HIV وجود دارد لذا کلیه افرادی که در سیستم بهداشتی درمانی اشتغال دارند باید در حین انجام پروسه های درمانی که احتمال پاشیده شدن خون به چشم وجود دارد، بهتر است از عینک استفاده کنند.

۱۹. از کجا می شود فهمید که یک نفر اچ آی وی دارد ؟

از روی علائم ظاهری یک نفر نمی شود گفت که وی به اچ آی وی مبتلاست یا خیر . تنها راه تشخیص، انجام آزمایش HIV است.

۲۰. چرا آزمایش HIV اجباری نمی شود. (برای ازدواج – ورود به کشور ...) ؟

همانگونه که گفته شد انجام آزمایش تنها پس از مشاوره (VCT = Voluntary Counseling test) (یعنی مشاوره قبل و بعد از آزمایش داوطلبانه) ، منطقی است . بنابر این کلیه افرادی که برای آنها تست تشخیصی HIV درخواست می شود بهتر است قبل و پس از آزمایش تحت مشاوره قرار گیرند. همچنین انجام آزمایش HIV یک امر اختیاری است و با رضایت کامل شخص امکان پذیر است . لذا بهترین راه برای این کار مراجعه اولیه به مراکز مشاوره و مراقبت می باشد تا ضمن مشاوره و راهنمایی در این مورد ، در صورت لزوم از شخص تست تشخیصی نیز به عمل آید. (لازم به ذکر است که کلیه مراحل مشاوره و انجام خدمات کاملا محرمانه و رایگان است).

از سوی دیگر در ابتلا به HIV مرحله ای بنام ((مرحله پنجره)) وجود دارد که در آن مرحله علیرغم ابتلا و احتمال انتقال آن، نتیجه آزمایش میتواند منفی باشد. لذا داشتن یک آزمایش منفی لزوماً به معنی عدم ابتلا نمی باشد.

۲۱. چه مدت طول می کشد که HIV سبب ایجاد ایدز شود؟

از سال ۱۹۹۲، دانشمندان تخمین زده اند که حدود نیمی از افرادی که با HIV آلوده اند در عرض ۱۰ سال بعد از آلودگی ، به سمت ایدز پیشرفت کرده اند. البته این زمان از شخصی به شخص دیگر بسیار متفاوت است و به عوامل مختلفی وابسته است، که شامل وضعیت سلامت فرد و رفتارهای مرتبط با سلامتی شان می باشد. امروزه درمانهایی وجود دارند که میزان تضعیف سیستم ایمنی توسط HIV را آهسته می کنند. درمانهای دیگری نیز وجود دارند که می تواند از برخی بیماریهای مرتبط با ایدز از جمله عفونتهای فرصت طلب، پیشگیری یا آنها را معالجه کند. این درمانها خود بیماری ایدز را معالجه نمی کند. همانند دیگر بیماریها، تشخیص زود هنگام و به موقع و درمان مناسب فرصت بیشتری را جهت درمان و مراقبت پیشگیرانه سلامتی فراهم می نماید.

ضمیمه ۶

پرسش و پاسخهایی در مورد عفونت های منتقله از راه آمیزشی STI

پرسش و پاسخ هایی در مورد عفونت های منتقله از راه آمیزشی (STI)

- ۱- STI معادل چیست ؟
- ۲- عفونتهای آمیزشی را تعریف کنید ؟
- ۳- چند عفونت آمیزشی را نام ببرید ؟
- ۴- آیا همه STI ها قابل درمان هستند ؟
- ۵- آیا یک فرد می تواند به سرعت تشخیص بدهد که STI دارد ؟
- ۶- سه نشانه احتمالی یک STI را بیان کنید ؟
- ۷- چرا بعضی از STI ها خطرناک هستند ؟
- ۸- آیا HIV/AIDS یک STI است ؟
- ۹- دو روش از موثرترین روشهای محافظت خودتان از یک آلودگی STI را نام ببرید ؟
- ۱۰- زمانیکه پزشک به فرد می گوید، که او دچار یک STI می باشد ، اولین کاری که باید انجام دهد ، چیست ؟
- ۱۱- پزشک برای بیمار به STI به مدت ۱۰ روز دارو تجویز کرده است . بعد از ۵ روز نشانه های بیماری ناپدید می شوند . آیا بیمار می تواند مصرف دارو را متوقف کند ؟
- ۱۲- چرا افرادی که STI دارند ، در برابر عفونت HIV آسیب پذیرترند ؟
- ۱۳- آیا زنان بارداری که STI دارند می توانند این آلودگی را به کودک خود منتقل کنند ؟
- ۱۴- آیا فردی که به یک STI مبتلا شده و دارو مصرف می کند، می تواند ارتباط جنسی داشته باشد ؟
- ۱۵- آیا قرصهای ضد بارداری، زنان را از ابتلا به عفونتهای آمیزشی حفظ می کنند ؟

۱- STI معادل چیست ؟

STI حرف اول سه کلمه (Sexual Transmitted Infections) میباشد که به معنی عفونتهای آمیزشی است.

۲- عفونتهای آمیزشی، را تعریف کنید ؟

آلودگیهایی که از طریق آمیزش جنسی منتقل می شوند.

۳- چند عفونت آمیزشی را نام ببرید ؟

برای نمونه: سوزاک ، سیفلیس ، تب خال تناسلی ، زگیل ناحیه تناسلی و ...

۴- آیا همه STI ها قابل درمان هستند ؟

اغلب قابل درمان می باشند ، اما استثناهایی وجود دارد.

۵- آیا یک فرد می تواند به سرعت تشخیص بدهد که STI دارد ؟

همیشه نه . فرد ممکن است به یک STI مبتلا باشد، اما برای مدت طولانی ، نشانه ای وجود نداشته باشد (برای نمونه : عفونت کلامیدیایی در هر دو جنس ، بیماری سوزاک در زنان)

۶- سه نشانه احتمالی یک STI را بیان کنید ؟

احساس سوزش به هنگام ادرار کردن ، ترشح از آلت تناسلی ، ترشح ، تاول ، زخم یا تورم روی یا اطراف ناحیه تناسلی . وجود زگیل ها در اطراف آلت تناسلی ، مهبل ، مقعد .

۷- چرا بعضی از STI ها خطرناک هستند ؟

آلودگی احتمال دارد گسترش پیدا کند، اگر شناسایی و درمان نشود . برای مثال می تواند موجب نازایی در زنان شود . سیفلیس می تواند موجب مرگ شود . وجود یک STI همچنین انتقال HIV را تسهیل می کند .

۸- آیا HIV/AIDS یک STI است ؟

بله . زیرا ویروس میتواند از طریق ارتباط جنسی منتقل شود . از این رو این بیماری یک STI محسوب می شود .

۹- دو روش از موثرترین روشهای محافظت خودتان از یک آلودگی STI را نام ببرید ؟

- پرهیز از تماس جنسی خارج از چهارچوب خانواده
- استفاده صحیح و دائمی از کاندوم در تمامی ارتباطات جنسی به جز با همسر.

۱۰- زمانیکه پزشک به فرد می گوید، که او دچار یک STI می باشد ، اولین کاری که باید انجام دهد چیست ؟

فرد باید به شریک جنسی خود اطلاع بدهد و او را تشویق کند که به پزشک مراجعه نماید .

۱۱- پزشک برای بیمار به مدت ۱۰ روز دارو تجویز کرده است . بعد از ۵ روز نشانه های بیماری ناپدید می شوند . آیا بیمار می تواند مصرف دارو را متوقف کند ؟

خیر . برخی میکروب های STI به سختی از بین می روند، بنابراین مصرف دارو باید تا درمان قطعی و پایان دوره درمان بیماری ادامه یابد.

۱۲- چرا افرادی که STI دارند ، در برابر عفونت HIV آسیب پذیرترند ؟

بسیاری از STI ها باعث ایجاد التهاب و زخم بر روی مخاط ناحیه تناسلی می شوند. این جراحتهای ورود HIV به داخل بدن را آسانتر می کنند .

۱۳- آیا زنان بارداری که STI دارند می توانند این آلودگی را به کودک خود منتقل کنند ؟

بله . کودکانی که از مادران آلوده به STI به دنیا می آیند می توانند در زمان زایمان به STI آلوده شوند . ویروس HIV همچنین می تواند از طریق تغذیه با شیر مادر مبتلا نیز به کودک منتقل شود .

۱۴- آیا زمانی فردی که به یک STI مبتلا شده و دارو مصرف می کند، می تواند ارتباط جنسی داشته باشد؟

در صورت وجود رابطه جنسی در زمان آلودگی به STI فرد می تواند شریک جنسی خود را آلوده کند . بنابراین این بسیار مهم است تا زمانی که کاملاً درمان نشده است ، از مقاربت جنسی خودداری کند و یا در صورت داشتن ارتباط جنسی حتماً از کاندوم استفاده کند.

۱۵- آیا قرصهای ضد بارداری، زنان را از آلودگی به بیماری های آمیزشی حفظ می کنند؟

خیر - قرصهای ضد بارداری از STI پیشگیری نمی کنند . استفاده صحیح از کاندوم تنها روشی است که می تواند از ابتلا به STI و HIV/AIDS پیشگیری نماید.

ضمیمه ۶

وسایل و ابزار کمک آموزشی در مدل SHEP



پر واضح است که در دنیای کنونی ، برای افزایش تاثیرگذاری برنامه های آموزشی در همه رشته ها نیاز به استفاده از ابزار کمک آموزشی مناسب است ، تا مخاطبان آموزشی درک راحتتر و بهتری از موضوعات آموزشی ارایه شده داشته باشند. لذا انتخاب و استفاده مناسب از این وسایل می تواند هم در نحوه انتقال مطالب و هم در میزان ماندگاری مفاهیم آموزشی نقش به سزایی را ایفا نماید.

از آنجاییکه مخاطبان آموزشی موضوعات سلامت ، کلیه اقشار جامعه می باشند، لذا در انتخاب نوع ابزار کمک آموزشی باید به ویژگی هایی مانند جامع و قابل دسترس بودن توجه داشت.

بعنوان مثال ، با توجه به جهانی بودن خدمات ارایه شده و عمومی بودن ماموریت های سازمان های بین المللی مانند سازمان ملل UN , سازمان جهانی بهداشت WHO , سازمان یونسکو UNESCO , سازمان یونیسف UNICEF ، طراحی و تدوین برنامه های آموزشی این سازمانها به گونه ایست که برای ارایه آنها نیاز به حداقل امکانات آموزشی است.

از آنجاییکه گروه هدف مدل SHEP مردم و هدف آن ارتقاء سواد سلامتی مردم است، لذا سیستم آموزشی آن طوری طراحی شده است که قابلیت اجرایی در

- مکانهای مختلف

- زمانهای مختلف

- توسط مربیان با جنس و سن های مختلف

را دارد . لذا برای نیل به این هدف، اساس برنامه های آموزشی بر روی حداقلهای موجود در جوامع بنا گذاشته شده است.

در بررسیهای بعمل آمده مشخص شده است که یکی از وسایل کمک آموزشی که از زمانهای گذشته وجود داشته و هنوز هم به عنوان یکی از مفید ترین ابزارهای کمک آموزشی مورد قبول همگان است ، دستگاه اورهد و اسلایدهای ترانسپارنسی است . لذا این دستگاه در کنار سایر وسایل کمک آموزشی مدرن مانند دیتا پرژکتور، اسمارت بوردها و به انجام وظیفه آموزشی خود ادامه میدهد.

پروژکتور اورهد Overhead projectors :

وسیله کمک آموزشی سهل الوصول، قابل دسترس و قابل اعتمادی است که برای نشان دادن تصاویر و جملات چاپ شده روی طلقها یا صفحه های ترانسپارنسی بکار می رود. اورهد جزو وسیله های کمک آموزشی کاربردی است طوری که در نبود و یا وجود نقصهای تکنیکی در سایر وسایل کمک آموزشی، اورهد میتواند به عنوان جایگزین مطمئن، نقش ایفا نماید. اورهد از جمله وسایل کمک آموزشی است که این مزیت مهم را دارد که مربی در حین ارائه مطالب، توجه همزمان هم به اسلایدهای ترانسپارنسی و هم به مخاطبان آموزشی خود دارد.



از جمله مزایای استفاده از دستگاه اورهد میتوان به موارد زیر اشاره کرد:



۱- قیمت بسیار ارزان آن در مقابل سایر وسایل کمک آموزشی

۲- پایین بودن هزینه نگهداری و پشتیبانی آن. قسمت های اساسی این وسیله، لامپ، آینه و فن می باشد که به راحتی قابل تهیه و تعمیر هستند.

۳- قابلیت استفاده از آن توسط همه رده های مربیان، از کودک ۶ ساله تا مربیان کهنسال. از فرد کم سواد تا مربیان دانشگاهی. چرا که با فشار دادن دکمه، شروع به کار می نماید و با تنظیم دستی آینه و وضوح تصویر بر روی پرده، آماده استفاده میگردد.

۴- اورهد از جمله وسایل کمک آموزشی تعاملی یا اینتراکتیو می باشد. به عبارت دیگر در صورت بکارگیری مناسب آن توسط مربی، میزان مشارکت مخاطبان بسیار بالا میرود. به عنوان مثال، می توان به مواردی نظیر

- تعویض راحت اسلایدها
- امکان انتخاب چند عدد از اسلایدها برای ارائه با توجه به نیاز گروه هدف
- نشان دادن انتخابی تصاویر و متون آموزشی با کمک کاغذ حایل



- امکان مشخص تر کردن متون با ماژیکهای رنگی
- نوشتن مطالب جدید یا کشیدن تصاویر
- اعمال تغییرات دستی در حین جلسه آموزشی بر روی ترانسپارنسی های موجود با استفاده از ماژیکهای مخصوص با قابلیت پاک شوندگی
- ۵- سهولت در جابجا کردن آن برای استفاده در مکانهایی مانند مدارس، مساجد، ادارات، سالن های ورزشی
- ۶- وسیله ای مناسب برای ارایه نتایج کارهای عملی کارگاه های آموزشی توسط نمایندگان گروه ها ، همچنین مدیریت بحثهای گروهی و ثبت لحظه به لحظه پیشرفت بحثها و نتایج آنها.

۷- امکان طراحی و ارایه انواع تصاویر، نمودارها، چارتهای و جدولها با استفاده از قلمهای رنگی و یا چاپ های لیزری تمام رنگی با وضوح بالا.



۸- امکان نگهداری راحت طلق های ترانسپارنسی در کاورهای پلاستیکی ، به همراه کاغذ حایل بین آن ها برای جلوگیری از ساییدگی بین طلقها و جلوگیری از نشستن گرد و غبار روی آنها.

۹- امکان چاپ ، تولید و تکثیر برگه های ترانسپارنسی با دستگاه های فتوکپی سیاه سفید و رنگی لیزری .



۱۰- ارتباط چهره به چهره با مخاطبان آموزشی

۱۱- امکان استفاده از زبان بدن مناسب در آموزشها

۱۲- تعبیه دستگاه اورد در قسمت جلو اتاق یا سالن آموزشی و نزدیک بودن مربی به دستگاه اورد حین ارایه مطالب.

۱۴- اورد از جمله دستگاه های کمک آموزشی است که استفاده از آن موجب تمرکز مخاطبان به مطالب آموزشی می شود. به عبارت دیگر در استفاده از این دستگاه تمرکز مخاطبان از مربی به طرف مطالب آموزشی هدایت می شود.

۱۵- با توجه به پرنور بودن لامپهای اورهد ، نیاز به تاریک کردن سالن و اتاق آموزشی وجود ندارد که این عامل موجب می شود تا مخاطبین خسته و خواب آلوده نشوند.

۱۶- ارزان بودن دستگاه و صفحه های ترانسپارنسی

۱۷- زمان بسیار کم برای آماده به کار شدن دستگاه اورهد. این زمان تقریباً صفر است یعنی با زدن کلید دستگاه ، بلافاصله می توان از آن استفاده کرد.

در استفاده از اورهد رعایت موارد زیر باعث افزایش کارایی آن میگردد:

- وجود فاصله ۱.۵ تا ۲ متر بین دستگاه اورهد و پرده نمایش. توجه به این نکته مهم است که هرچه قدر فاصله بین پرده و دستگاه اورهد زیادتر باشد تصاویر روی پرده بزرگتر خواهد بود.
- تنظیم وضوح تصویر روی پرده بوسیله چرخش پیچ کنار آینه دستگاه اورهد .
- توجه به محل پرز برق اتاق یا سالن آموزشی و اندازه سیم برق اورهد. لذا در صورت کوتاه بودن سیم ، به فکر تامین رابط افزایش طول سیم برق باشید.
- بهتر است در کیف اورهد یک عدد لامپ یدک و جایگزین وجود داشته باشد تا در صورت خراب شدن لامپ دستگاه ، به علت ضربه در حین حمل و نقل و یا خراب شدن آن به علت نوسانات برق ، امکان تعویض آن به راحتی مقدور باشد.
- بعد از ارایه اسلایدها ، آنها را با نظم و به ترتیب شماره روی هم قرار دهید ، طوریکه بین هر اسلاید ، یک عدد کاغذ حایل A4 باشد تا هم از ساییدگی جلوگیری کند و هم با وجود یک کاغذ سفید پشت هر اسلاید ترانسپارنسی ، مطالب آن بهتر دیده شود. به این دلیل رعایت نظم و ترتیب مهم است که اگر در حین ارایه مطالب لازم باشد مربی به اسلایدهای قبلی رجوع کند ، این روش باعث میشود تا به راحتی شماره اسلاید مورد نظر را پیدا کرده و روی اورهد قرار دهد ، اما اگر اسلایدها به طور نامنظم در اطراف اورهد پخش باشند ، این کار مشکل خواهد شد و زمان طولانی تری برای پیدا کردن اسلایدها صرف خواهد شد.

در ارایه مطالب ترانسپارنسی ها مربی باید به چند نکته مهم توجه داشته باشد:

- ۱- مربی باید سعی کند که در زمان ارائه مطالب در کنار اورهد حضور داشته باشد و کنترل طلق های ترانسپارنسی و کاغذ حایل را خود برعهده گیرد و طبق کتاب راهنمای آموزشی ، به موقع از نشانگر لیزری جهت اشاره به تصاویر ، نمودارها ، رئوس مطالب ، آمار و ارقام استفاده نماید .
- ۲- مربی باید همیشه توجه دوگانه و همزمان به اسلاید روی اورهد و تصویری که از آن روی پرده نمایش افتاده است را داشته باشد تا احياناً تصویر کج و یا خارج از محدوده پرده نباشد و دقیقاً آن قسمتی از اسلاید روی پرده باشد که مربی در حال ارایه آن قسمت است و همچنین در حین ارائه مطالب ، ارتباط چشمی خود را با فراگیران حفظ نماید .
- ۳- برای دیده نشدن آن قسمت از اسلایدی که مطالبش گفته نمیشود ، مربی باید از کاغذ حایل یا همان کاغذ A4 بین اسلایدهای ترانسپارنسی استفاده کند. برای این کار کاغذ حایل را بصورت افقی روی دستگاه اورهد قرار میدهد طوریکه فقط پارت و تصاویر مربوط به آن پارت دیده شود و مطالب پایینتر دیده نشود.
- ۴- در پارت آخر هر اسلاید ترانسپارنسی بهتر است مربی کاغذ حایل را به طور کامل بردارد و اسلاید را کمی بالاتر ببرد تا شرکت کنندگان بتوانند پارت آخر اسلاید را به راحتی روی پرده نمایش ببینند.
- ۵- در ارایه پارتهایی که عنوان آنها سوالی است ، مربی باید ابتدا کاغذ حایل را طوری قرار دهد که فقط سوال مربوطه دیده شود. پس از مطرح نمودن سوال و شنیدن پاسخ دو نفر از شرکت کنندگان ، کاغذ حایل را پایین برده تا کل پارت دیده شود سپس طبق کتاب راهنمای آموزشی به ارائه مطالب پردازد.
- ۶- مربی می تواند در صورت لزوم در حین ارایه آموزش، مطالب لازم را با ماژیک مخصوص ترانسپارنسی موجود در پکیج آموزشی روی اسلایدها یادداشت نماید.

DATA projectors دیتا پروژکتور

از دیگر وسایل کمک آموزشی که setting آموزشی مدل SHEP در نظر گرفته شده است ، استفاده از دستگاه دیتا پروژکتور و کامپیوتر برای ارائه مطالب در کارگاه های تربیت مربی و همچنین برای برگزاری کلاسهای آموزشی توسط مربیان در ادارات،مدارس، دانشگاهها ،پادگانها، مساجد، و ... است.



دستگاه دیتا پروژکتور وسیله ای است که میتواند تصاویر و مطالب موجود در تلویزیون و کامپیوتر را بر روی پرده نمایش پخش نماید.

از جمله **مزایای** استفاده از دستگاه دیتا پروژکتور میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

- امکان نمایش فایل های PPT و PDF به کمک کامپیوتر
- امکان نمایش فیلم و صدا در صورت داشتن بلندگو
- رضایت مخاطبین
- ...



از جمله **محدودیت های** استفاده از دستگاه دیتا پروژکتور می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- گرانبها بودن دستگاه دیتا پروژکتور
- صدمه پذیر بودن دستگاه در مقابل ضربه و حمل و نقل
- نیازمندی به کامپیوتر
- عدم مطابقت نرم افزارها با سخت افزارها در بعضی موارد
- وضوح نامطلوب تصاویری که در شرایط نامناسب اسکن شده اند.
- زمان زیادتر برای راه اندازی سیستم جهت ارائه .
- کم کردن اجباری نور سالن یا کلاس ،برای بهتر دیده شدن مطالب دیتا پروژکتور.این کار باعث ایجاد خواب آلودگی در مخاطبان و مشکلات آنها در یادداشت برداری موثر از مطالب می شود.
- نیاز مربیان به آشنایی با برنامه های کامپیوتری و ساختار دیتا پروژکتور ،برای استفاده و رفع مشکلات احتمالی . لذا مربیان کم سواد و کودکان به راحتی نمی توانند از این وسیله استفاده کنند.

- نیاز به هماهنگی سخت افزاری و نرم افزاری بین کامپیوتر و بلندگوها و ... (مثلاً در صورت نصب نبودن برنامه میکروسافت پاورپوینت و یا اکروبات ریدر در کامپیوتر کلاس، مربی نمیتواند فایل آموزشی خود را باز کند و یا در صورت نبودن فونت و قلمهای بکار برده شده فایل آموزشی در کامپیوتر، نظم و ترتیب مطالب در اسلایدها به هم میریزد).

برای استفاده مناسب از دستگاه دیتا پروژکتور و افزایش کیفیت آموزشی رعایت نکات زیر مفید خواهد بود:

۱. فاصله دستگاه تا پرده ۳-۴ متر باشد
۲. برداشتن کاور لنز دستگاه
۳. وصل کردن سیم برق
۴. روشن کردن پروژکتور
۵. وصل کردن سیم ۱۵ پین VGA به پروژکتور
۶. وصل کردن سردیگر سیم VGA به کامپیوتر و دادن دستور خروجی با دستور INPUT
۷. در زمان ارایه، از تکان دادن پروژکتور روشن و در حال کار جداً خودداری شود.
۸. بعد از اتمام ارایه، دکمه off پروژکتور، دوبار پشت سرهم فشار داده شود.
۹. بعد از این کار، تا مدتی فن یا پنکه خنک کننده دستگاه به کار خود ادامه خواهد داد. این کار برای خنک کردن لامپهای دستگاه ضروری است. بنابراین تا فن دستگاه کار می کند نباید سیم برق آن را از پریز جدا کرد.
۱۰. بعد از خاموش شدن فن دستگاه، می توان سیم A/C را از پریز برق جدا نمود.

فایلهای (PDF) Portable Document Format



از مناسب ترین وسیله های کمک آموزشی دیجیتالی امروزه به حساب می آیند. کلیه مطالب و محتوای آموزشی متنی و تصویری قابلیت تبدیل به فایل با فرمت PDF را دارند.

از جمله مزایای این فرمت میتوان به :

۱. کم حجم بودن
۲. عدم تغییر فونت و قلمهای بکار رفته و همچنین عدم به هم ریختگی در ساختار عکسها و ... از کامپیوتری به کامپیوتر دیگر.
۳. قابلیت آپ لود و دانلود آسان از طریق اینترنت
۴. رایگان بودن نرم افزار اکروبات
۵. داشتن وضوح بسیار خوب در تصاویر و متون و جداول ، و مناسب برای چاپ و تکثیر.
۶. امکان تبدیل صفحات PDF به فایلهای تصویری.
۷. به جهت فقط خواندنی (Read only) بودن فایلهای PDF امکان سهوی و یا عمدی در خرابکاری و یاجابجایی متون ، تصاویر و جداول وجود ندارد.

ضمناً فایلهای PDF :

۱. نیازمند به دستگاه کامپیوتری است که نرم افزار اکروبات در آن نصب شده باشد.
 ۲. برای ارابه به کلاس بزرگتر یا سالن علاوه بر کامپیوتر نیازمند دیتا پروژکتور نیز میباشد.
- با توجه به مطالب فوق یک نسخه از فایل PDF محتوای بسته های آموزشی تهیه شده با مدل SHEP در داخل CD بسته های آموزشی قرار داده شده است تا مریبان بتوانند در صورت دسترسی به کامپیوتر و دیتا پروژکتور از آن بهرمنند گردند. برای استفاده از فایل PDF برای ارابه اسلایدها رعایت موارد زیر توصیه میشود :

۱. فایل PDF اسلایدهای مربی را از CD داخل بسته آموزشی ، روی حافظه کامپیوتر کپی کنید.
۲. با دوکلیک روی فایل ، آنرا باز کنید. در صورت نبودن نرم افزار اکروبات در کامپیوتر ، فایل باز نخواهد شد. اما نگران نباشید . در داخل CD فایل نرم افزار اکروبات نیز موجود است . آنرا نصب نمایید.
۳. در صورت استفاده از دیتا پروژکتور ، تصویر را از کامپیوتر به پروژکتور منتقل نمایید.
۴. فایل اسلایدهای PDF را طوری روی پرده نمایش کلاس یا سالن تنظیم نمایید که در حداکثر بزرگی برای دید مخاطبان باشند.
۵. مطالب کلاس را طبق کتاب راهنمای آموزشی ارابه نمایید.

۶. برای ارایه پارت های اسلایدها ، چرخ موجود روی موس mouse را آنقدر حرکت دهید تا فقط پارت و یا سوال مورد نظر در پایین صفحه نمایش دیده شود .این کار در دستگاه اورهد بوسیله کاغذ حایل انجام می شود.



۷. برای سهولت دستیابی به صفحات مورد نظر در کتاب راهنمای آموزشی در فایل PDF موجود

Instruction book-SHEP این امکان افزوده شده که مربی:

الف : با یک کلیک روی **bookmark** بصورت مستقیم به صفحه مورد نظر برود



ب : یا از روی **صفحه فهرست** با کلیک روی هرکدام از موضوعات به صفحه مورد نظر مراجعه نماید.





فایل های PPT (Microsoft powerpoint)

یکی دیگر از وسیله های کمک آموزشی دیجیتال ، استفاده از فایل های نرم افزار Microsoft powerpoint برای تهیه و ارائه مطالب آموزشی است . در این نرم افزار، مطالب به صورت اسلاید تهیه شده و بصورت پشت سرهم برای مخاطبان به نمایش در می آید.

از مزایای این فرمت میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- قابلیت نوشتن آسان

۲- امکان وارد کردن جدول ، تصویر و صدا به اسلایدها

۳- دادن حالت های ویژه به حرکت اسلایدها

ضمنا فایل های PPT :

۱- نیازمند به دستگاه کامپیوتری است که نرم افزار Microsoft powerpoint در آن نصب شده باشد.

۲- برای ارائه به کلاس بزرگتر یا سالن علاوه بر کامپیوتر نیازمند دیتا پروژکتور نیز میباشد.

۳- امکان تغییر حالت اسلایدها و به هم ریختن قلم و اندازه فونت آنها از کامپیوتری به کامپیوتر دیگر وجود دارد .

۴- احتمال عدم باز شدن فایل PPT تهیه شده در یک دستگاه برای ارائه در دستگاه دیگر به علت عدم مطابقت نسخه یا ورژن نرم افزار پاورپوینت وجود دارد .

خوشبختانه با توجه به مالتی مدیا بودن بسته های آموزشی مدل SHEP امکان تبدیل آنها به هم نیز وجود دارد.

یکی از مواردی که مربیان با توجه به علاقمندیشان مایل به انجام آن میشوند ، تهیه اسلایدهای پاورپوینت از فایل های PDF پکیجهای آموزشی است .

لذا مربیان در وهله اول با نیازسنجی آموزشی که انجام میدهند و باتوجه به گروه هدف، زمان در دسترس ، وسایل کمک آموزشی موجود (کامپیوتر، دیتا پروژکتور، نرم افزار پاورپوینت)، و بسته آموزشی مورد نظر ، تعدادی از پارت های اسلایدهای PDF را انتخاب نموده ، شماره آنها را یادداشت نماید. و بعد با کنار هم قرار دادن پارت های مزبور ، پاورپوینت مربوطه آماده میشود.

به طور مثال فرض کنیم ، مربی برای ارایه آموزش پیشگیری از بیماری ایدز به جمع جوانان و نوجوانان دعوت شده و کل زمانی که برای مربی اختصاص داده شده ۲۰ دقیقه است .

در این شرایط، مربی برای تهیه مطالب و پیاده سازی آن روی پاورپوینت ، باید ضمن تسلط کامل به کل بسته آموزشی ، پارتهای مشخصی از اسلایدهای ترانسپارنسی یا PDF بسته آموزشی را انتخاب نماید که شامل راههای انتقال ، عامل ایجاد بیماری ، گروههای اصلی پرخطر و در معرض خطر ، راههای پیشگیری از بیماری باشد سپس شماره آنها را یادداشت نماید. این همان مرحله ایست که مربی نقش خود را به عنوان یک **خیاط خوب** ، اجرا می کند . یعنی از پارچه هایی که دارد برای مشتری خود بهترین نوع و اندازه را برش می دهد .

یا مثلاً قرار است در جمع روسای ادارات به مدت ۱۵ دقیقه صحبت کنیم تا بتوانیم موافقت مسئولین را برای برگزاری جلسات آموزشی ایدز برای پرسنل و تامین تجهیزات آموزشی جلب کنیم. در این حالت پارتهایی که انتخاب می کنیم باید شامل موارد زیر باشد: آمار و ارقام جهان و ایران- وضعیت کشورهای جهان- تشبیهات بیماری ایدز - گروههای پرخطر و درمعرض خطر - مدل تئوری همه گیری HIV/AIDS .

نسخه الکترونیکی

مراحل تولید اسلاید PPT از اسلاید PDF:

برای تولید فایل پاورپوینت از پارتهای انتخاب شده باید اقدامات زیر صورت گیرد:

۱- مربی فایل PDF اسلایدهای ایدز را که در CD داخل بسته آموزشی قرار دارد را باز کند.

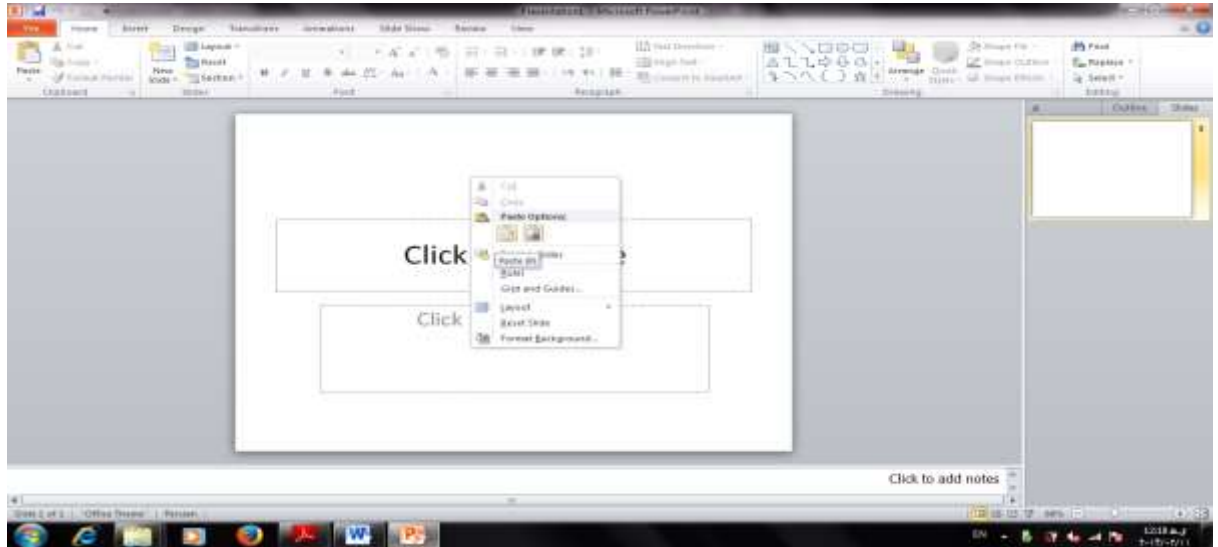
۲- مربی پارتهای مورد نظر را به ترتیب و از روی فایل باز شده PDF، انتخاب کند. مثلاً پارتهای (۱-۳) (۲-۴) (۱-۵) (۳-۶) و ...

۳- بوسیله دستور Snap shot موجود در آیکون Edit نوار ابزار آکروبات ریدر، پارت مورد نظر را در حافظه موقت کامپیوتر کپی نماید.



۴- یک فایل جدید پاورپوینت را باز کند .

۵- با استفاده از دستور (paste (ctrl+V ، پارت کپی شده را به فایل پاورپوینت منتقل نماید.



۶- تمامی پارتهای انتخاب شده را به این شیوه از فایل Pdf به فایل PPT منتقل نماید.

۷- درنهایت فایل PPT تولید شده را با اسم دلخواه در کامپیوتر ذخیره نماید .

حال فایل PPT آماده ارایه در کلاس آموزشی مورد نظر است.

وایت / بلیک بردها W/B boards

از دیگر وسایل کمک آموزشی است که در کلاسهای آموزشی کوچک تا متوسط، مربیان با رسم اشکال آموزشی و یا ذکر نکات کلیدی در حین آموزشهای خود، موجبات تسهیل در امر یادگیری مخاطبان را فراهم می آورند .



ماکتها و مدل های آموزشی: Demonstration - models

ماکت ها و مدل های آموزشی ، یکی دیگر از ابزارهای کمک آموزشی مورد استفاده هستند . از این ابزار بیشتر برای آموزش مهارتهای عملی برای کودکان و بزرگسالان استفاده می گردد. مانند آموزش نحوه صحیح مسواک زدن به کودکان با استفاده از ماکت دهان و دندان و مسواک و خمیر دندان ، یا نحوه صحیح استفاده از نخ دندان و دهان شویه و یا نحوه تزریق صحیح انسولین به بیماران دیابتی با استفاده از سرنگ انسولین و ویال های انسولین و



لوح های آموزشی: wall charts

استفاده از لوح های آموزشی با اندازه های قابل نصب در دیوار کلاس ، برای استفاده در مکانهای آموزشی که از نظر فضای فیزیکی محدودیت داشته و امکان استفاده از سایر وسایل کمک آموزشی دیگر مانند اوردهد و پروژکتور نباشد ، مناسب است.

لوح های آموزشی ، بعد از تولید در کیفیهای مخصوص خود نگهداری شده و در صورت لزوم برای گروه های هدف با تعداد کم و در کلاسهای کوچک آموزش داده میشود. با توجه به مصور بودن لوح های آموزشی ، قابلیت ارایه آنها توسط مربیان کم سواد و کودکان ، از مزایای این وسایل کمک آموزشی است.



ضمیمه ۸

خاطرات واقعی مربیان SHEPmodel



ضمیمه ۸ به بیان خاطرات واقعی مربیان جامعه پیشگیری از ایدز در طول بیش از ۱۰ سال فعالیت این سازمان می پردازد که همگی آنها حاوی نکات آموزنده ای برای مربیان جدید میباشد.

با تامل در ماجرای های اتفاق افتاده ، و نحوه مواجهه مربیان با این مسایل خواهید دید که ایشان با استفاده از تکنیکهای چهار گانه Advocacy-Social marketing-Campaigns-Social mobilization و مهارتهای هفت گانه ای که در کارگاه های تربیت مربی فرا گرفته اند، چگونه چالشهای پیش آمده را حل کرده و موفق به برگزاری جلسات آموزشی خود شده اند، که در نوع خود و نسبت به سن و تجربه آنها شاید بی سابقه و خارق العاده باشد.

لذا توصیه میشود ضمن دقت در خواندن خاطرات دوستان خود، از تجربیات مفید آنها در کلاسها و کارگاه های آموزشیتان بهرمنند شوید و همچنین شما هم در صورت داشتن خاطره ای از برگزاری کارگاه ها و یا کلاسهای آموزشی آن را به سایت www.shepmodel.com ارسال نمایید تا با درج در سایت، مورد استفاده سایر دوستان و مربیان عزیز قرار گیرد.

۱- بازگشت بیمار هپاتیت C به جمع همکاران

بعد از طی دوره مربی گری پیشگیری و کنترل بیماری ایدز و برنامه ریزی و اجرای آموزش برای کلیه رانندگان و پرسنل اداری شرکت واحد، بعد از یک ماه از برگزاری کلاسهای آموزشی، یکی از همکاران اداره به اتاق ایشان وارد میشود و با چشمانی اشک بار او را بغل کرده و می بوسد و می گوید:

خدا پدر و مادرت را غریق رحمت نماید، چون از وقتی دوره های آموزشی راجع به ایدز و هپاتیت را برای همکاران گذاشتی، رفتار آنها با من فرق کرده است.

داستان از این قرار است که دوست مربی دوره دیده شرکت واحد، مبتلا به هپاتیت C بودند. یک روز هنگام صرف صبحانه، او جریان بیماری خود را به همکاران تعریف کرده بود و از آن روز به بعد، دیگر همکارانش او را برای صرف صبحانه دعوت نمیکردند و از دست دادن با او اجتناب میکردند و سعی میکردند از او دوری گزینند.



در نهایت محل کار او را نیز عوض کردند. در شرکت، واحدی به نام واحد باک وجود دارد که وظیفه تعمیر و نگهداری باکهای اتوبوسهای شرکت واحد را به عهده دارد. از آنجاییکه غالباً از این واحد بوی گازوئیل به مشام میرسد، این اتاق را در انتهای فضای شرکت واحد

تاسیس کرده اند که به نوعی از سایر ساختمانهای اداری و فنی دور هست. از آنجاییکه یک نفر برای کار در اتاق باک نیاز بود و با توجه به شرایطی که برای دوست رابط شرکت واحد پیش آمده بود، وی را جهت کار در اتاق باک معرفی کرده بودند که نوعی طرد شدن از جمع همکاران محسوب میشد.



اما بعد از برگزاری کلاسهای آموزشی ایدز و هپاتیت که توسط رابط شرکت واحد برای کلیه همکاران و از جمله دوست بیمارش صورت پذیرفت، بعد از تغییر و ارتقای سطح دانش و نگرش آنها در نهایت رفتارشان نیز ارتقاء یافت و نتیجه آن، تغییر عملی در نحوه برخورد با همکار بیمارشان بود.

چون همکاران شرکت واحد با شرکت در کلاسهای آموزشی دریافته بودند که هیاتیت C نمی تواند با دست دادن و یا غذا خوردن و تعاملات معمولی اجتماعی از فردی به فرد دیگر سرایت کند. و مبتلایان به هیاتیت C حق بهره مندی از کلیه حقوق اجتماعی و مدنی را دارند.



لذا از آن موقع به بعد شخصاً به اتاق باک میرفتند و با وی ارتباط برقرار میکردند و یا اینکه او را برای صرف چای و یا صبحانه به اتاقهایشان دعوت میکردند.

در این قسمت از بیان خاطره، چشمان رابط شرکت واحد از اشک پر شد و ادامه داد.

من در مدت ۲۰ سال خدمتم در قسمتهای مختلف شرکتان انجام وظیفه کرده و همیشه سعی کرده ام که به نحو احسن کارم را انجام دهم، ولی احساس رضایتی که از عملکرد خودم در مربی گری سلامت و انتقال مفاهیم علمی و به روز سلامتی به همکارانم دارم را در هیچ یک از کارهای قبلی نداشتم. به جرات می گویم که به این کار خودم



افتخار کردم، چرا که توانستم با این کلاسها یک نفر از همکارانم را که از محیط کاری شرکتان طرد شده بود به جمع صمیمی همکارانم بازگردانم و به صورت عملی با تبعیض و طرد در برابر بیماری هیاتیت مبارزه کنم و نتیجه بگیرم. شاید دلیل موفقیت من ناشی از نیت و انرژی و همچنین روش و محتوای آموزشی بود که به آنها مسلط شده بودم. طوریکه مجموعه این موارد توانست منجر به تغییر رفتار در همکارانم شود.

۲- تعهد مربی دانش آموز به پیشگیری از ایدز و درسی که به مدیر مدرسه داد.

مورد جالب دیگر اقدامات مربیان همسان مربوط به یک دانش آموز دختر دبیرستان میباشد که بعد از کسب گواهی مربی گری پیشگیری از بیماری ایدز، اقدام به آموزش کل دبیرستان خود و چند دبیرستان دیگر کرد.

چند روز پس از اتمام کارگاه دو روزه تربیت مربی در مرکز بهداشت ، دانش آموز مذکور که خود را به عنوان



مربی پیشگیری از ایدز به مدیر مدرسه خود معرفی کرده بود در تماس تلفنی با مسئولین مرکز بهداشت ، درخواست امانت گرفتن اورهد مرکز بهداشت را نمود. چرا که در جریان برگزاری کارگاه در مرکز بهداشت از وجود اورهد در این اداره آگاه بود.

در جواب سوال از وی که مگر در مدرسه خودتان اورهد وجود ندارد گفت که : اورهد نداریم و مدیران هم اصرار دارد بدون اورهد آموزش بدهم . اما من می دانم که بدون اورهد، آموزشم تاثیر نخواهد داشت.

بخاطر همین از شما درخواست اورهد می کنم و یک ساعت بعد هم کلاس شروع میشود



بعد از این گفتگو دانش آموز رضایت مسئولین بهداشت را نسبت به تحویل امانتی اورهد گرفت و پدرش را برای بردن اورهد به مرکز بهداشت فرستاد.

ادامه ماجرا را از زبان مدیر بشنوید.

مدیر مدرسه که بعدها در جلسه ای با مسئولین بهداشت داشت ، در رابطه با ماجرای آن روز چنین گفت : یک ساعت بعد از بحث من و دانش آموز مربی ، در حیاط مدرسه قدم میزدیم که دیدم دانش آموز مزبور با یک اورهد در بغلش به سمت کلاس می رود! بسیار متعجب شدم چرا که باور نمیکردم به این سرعت وی بتواند این دستگاه را از جایی تهیه کند . چون ساعت ۹/۳۰

صبح هیچ مغازه ای باز نمیکند تا او بتواند این وسیله را تهیه کند و یا از آنجاییکه میدانستم مدارس دیگر نیز این وسیله را امانت نمیدهند .



کنجکاو شدم و به دنبال دانش آموز به کلاسی که قرار بود در آن به ارایه مطالبش بپردازد رفتم و در یکی از صندلیهای دانش آموزان که خالی بود نشستم تا به مطالب وی گوش فرا دهم و در آخر کلاس از نحوه تهیه اورهد از او سوال کنم.

وی بعد از تنظیم دستگاه اورهد و روشن کردن آن و مرتب کردن اسلایدهای آموزشی، کاور یا جلیقه مربی گری زیبایی که داشت را پوشید و با وقار خاصی که از آن خوشم آمد شروع به صحبت کرد

و در اول از من به جهت حضور در کلاس تقدیر کرد و سپس طبق طرح درسی که قبلاً دوره آن را دیده بود مطالب آموزشی خود را با استفاده از تصاویر اسلایدها و به صورت کاملاً حرفه ای در مدت ۱/۵ ساعت ارایه کرد. بدون تعارف عرض کنم که من خودم متوجه گذر زمان در کلاس وی نشدم و من و همه دانش آموزان کلاس با صدای زنگ مدرسه متوجه پایان کلاس شدیم.

من خودم قبل از این که مدیر باشم سالها معلم بودم. به جرات میگویم که کمتر معلمی دیده ام که حتی بعد از گذر چند سال و کسب تجربه بتوانند به تبحر و تسلط وی به ارایه مطالب حساسی نظیر ایدز در کلاسهای درسی دانش آموزی بپردازند. بدون تعارف میگویم که من قبلاً جسته و گریخته از ایدز مطالبی شنیده بودم ولی با این کلاس به اصل و عمق خطر این بیماری در جامعه پی بردم و لزوم آشنایی جوانانمان با این بیماری و راههای پیشگیری از آن را دریافتم.

در پایان جلسه دانش آموز مربی به پاسخ سوالاتی که به ذهن سایر دانش آموزان آمده بود پرداخت و جالب این که در پاسخ سوالاتی که خود نیز جواب آنها را نمیدانست با شجاعت اعلام کرد که من نیز این پاسخ را نمیدانم و در اولین فرصت از مسئولین بهداشتی پاسخ صحیح آنها را گرفته و به شما اعلام خواهم کرد.

بعد از اتمام مطالب مربی، به جلو رفتم و در پیش همه دانش آموزان از صورت او بوسیدم و از همه دانش آموزان خواستم که او را تشویق نمایند. در مقابل جمع به او قول دادم که ترتیبی خواهم داد که در کلیه کلاسهای مدرسه حضور پیدا کند و این آموزش ها را به دانش آموزان ارایه دهد. البته با اورهد و برای این منظور اقدام به خرید دستگاه اورهد برای مدرسه نمودم.

باید بگویم نه تنها این اتفاق افتاد بلکه با مدیران چند مدرسه دیگر صحبت کردم و از لزوم اطلاع دانش آموزان از این بیماری برایشان تعریف کردم، بعد از هماهنگیهای بعمل آمده مربی دانش آموز ما با مراجعه به آن مدارس، دانش آموزان آنها را نیز آموزش داد.

۳- کدام مهم است؟ درس ریاضی یا آموزش پیشگیری از ایدز!!

در یکی از دانشگاه ها ۴۰ نفر از دانشجویان علاقمند و مستعد دوره های مربی گری پیشگیری از ایدز را طی کرده موفق به کسب گواهی مربی گری شدند.

در قدم بعدی طی جلساتی که با رییس دانشگاه، معاونتهای دانشجویی و آموزشی برگزار شد، موافقت آنها جهت اجرای کلاس های آموزشی در کلیه دانشکده ها، جلب شد و دستورات لازم صادر گردید. مرحله بعد هماهنگ کردن اوقات بیکاری مربیان با زمان کلاسها در دانشکده های مختلف بود و همچنین تهیه وسایل سخت افزاری اعم از اورهد و طلق های ترانسپارنسی و یا سی دی.

برای آموزش، بیشتر سعی می شد کلاسی انتخاب شود که دانشجویان حضور بیشتری دارند.

سپس طبق جدول زمان بندی، مربیان با اعزام به دانشکده ها و کلاس های مورد نظر اقدام به انتقال اندوخته های خود به دانشجویان کردند و در نهایت به پرسشهای آنها پاسخ دادند.



موارد و خاطرات جالبی از مربیان در این مدت ذکر گردید. یکی از آنها اتفاقی بود که برای مربی که به دانشکده کشاورزی اعزام شده بود پیش آمد. ماجرا از این قرار بود که مربی پیرو هماهنگی قبلی، از ستاد دانشجویی برنامه جهت اعزام به دانشکده آماده شده بود و از آنجاییکه فاصله ستاد با دانشکده حدوداً ۱ کیلومتر بود برای بردن اورهد، اتومبیل لازم بود. ولی با توجه به رسیدن زمان کلاس آموزشی و نبودن خودرو در آن زمان در ستاد، مربی اورهد را در بغلش گرفت و بصورت پیاده به طرف دانشکده حرکت کرد. مهرماه بود و هوا هم نسبتاً گرم. مربی به دانشکده رسید و آدرس کلاس را



جویا شد و به طرف کلاس حرکت کرد وقتی میخواست وارد کلاس شود متوجه شد که استاد قبل از او آنجاست. استاد مربوطه درس ریاضی میداد و قبول نکرد که مربی کلاسش را برگزار کند و در پاسخ به وی گفت که ریاضی که من درس میدهم، از پیشگیری از ایدز است که تو میخواهی بگویی واجب تر است. تو خود دانشجویی، چطور میتوانی درس بدهی. خلاصه، صحبت های مربی در استاد کارساز نشد و مربی به ستاد

دانشجویی برنامه برگشت البته با اورهد در بغلش. اما از آنجایی مربی از دانشجویان بسیار مصمم و با انگیزه برنامه بود با خود تصمیم گرفت که اولاً استاد مربوطه را توجیه نماید و در قدم بعدی کلاس را برگزار کند.

بنابراین با اطلاع از زمان بعدی کلاس همان استاد در همان کلاس، هفته بعد نیز دوباره به دانشکده مراجعه کرد و به علت کمبود خودرو این بار نیز اورهد را به صورت پیاده و با دستش حمل کرد.

استاد با دیدن مربی تعجب کرد و گفت مگر دفعه قبل نگفته بودم که من اجازه استفاده از وقت خودم را نمیدهم پس چرا باز آمدی؟ حال چرا نفس نفس میزنی؟

مربی در پاسخ، گرم بودن هوا و پیاده آمدن مسیر را توضیح داد. و به اهمیت برنامه و لزوم آگاهی دانش جویان با این بیماری پرداخت، استاد بعد از شنیدن حرفهای مربی گفت: با این وجود بحث ریاضی من از موارد تو واجب تر است. من اجازه نمیدهم.

مربی عصبانی نشد و با کمال خوشرویی به استاد گفت که من باز مزاحم شما میشوم و بیشتر صحبت میکنیم و خداحافظی کرد.

هفته بعد و سر کلاس همان استاد، مربی با همان شرایط قبلی ظاهر شد یعنی از شانس او چون اتومبیل برای انتقال اورهد نبود این بار هم پای پیاده و با اورهد ۱۵ کیلویی به طرف دانشکده کشاورزی رفت.

استاد با دیدن مربی شگفت زده شد و در کلام اول به او گفت که عجب سماجتی داری تو ای پسر! مگه چی میخوای بگی که این همه خودتو اذیت میکنی راه به این طولانی رو پیاده میروی و می آیی!

دانشجو در پاسخ گفت: استاد محترم اگر اجازه بدید من عرض خواهم کرد.

استاد گفت: خب! این هفته شانس با تو یار بود. چون از خوش اقبالی تو، حالا برای من کاری پیش آمده و باید بروم. بیا تو کلاس تا تو را برای دانشجویان معرفی کنم و من بروم و برگردم.

مربی از برگزاری کلاس چنین تعریف میکند:

بعد از آنکه استاد مرا معرفی کرد و فلسفه حضورم را به دانشجویان توضیح داد، گفت که من نیز ۵ دقیقه در همین صندلی می شینم و بعد با اجازه تان میروم برای کاری و برمیگردم از شما دانشجویان هم میخواهم که بادقت به صحبتهای دوستان گوش کنید تا وقتی برگشتم با هم بحث کنیم.

استاد این را گفت و در یکی از صندلیهای جلو نشست. و من شروع به ارایه مطالبم کردم.

مربی می گوید، همین طور که من مطالب را طبق اسلایدها و کتاب طرح درس ارائه می دادم متوجه شدم که به اسلاید آخر رسیده ام و کلاس با تمام وجود به حرفهایم گوش میدهد. مطلب جالب این که دیدم استاد همچنان در صندلی جلو نشسته است و روی دفترچه یادداشتی که از جیبش در آورده بود تند تند مطالبی را می نویسد.



کلاس تمام شد و من به سوالات دانشجویان پاسخ دادم. سپس استاد بلند شد و جلو آمد و دست من را گرفت و مرا به آغوشش کشید و از شانۀ هایم بوسید. و از رفتار خود با من در عرض این سه هفته عذرخواهی کرد و دلیل آن رفتار را ناآگاهی خودش از این بیماری و تاثیرات آن در جامعه دانست نه به خاطر قصد و غرض شخصی.

استاد ادامه داد من با شنیدن این مطالب شوکه شده ام چون هم خودم شهروندی از این جامعه هستم و هم فرزندی دارم که به سن و سال شما هست. و اینک میبینم که همه ما در قبال این بیماری در خطر هستیم و باید در برابر آن کاری انجام دهیم. و حداقل کاری که من میتوانم بکنم این است که به دانشجویان عزیزی مثل شما که داوطلبانه و بدون هیچ چشم داشتی برای سلامتی دوستانتان و جامعه تان تلاش میکنید اجازه فعالیت دهم و شما را تشویق کنم.

مطالب تو آنقدر برایم مهم و جالب آمد که کاری که داشتم، از یادم رفت و کل کلاس در این صندلی نشستیم.

مربی میگوید بعد از آن جلسه با این استاد دوست شدیم و شماره تلفن مرا گرفت و چند هفته بعد از من دعوت کرد تا در انجمن اساتید ریاضی دانشگاه شرکت کنم و یک ساعت درباره بیماری ایدز صحبت کنم.

مربی ادامه میدهد در طی چند جلسه ای که برای مربی گری پیشگیری از ایدز به کلاسها اعزام میشدم خاطرات و تجربیات جالبی بدست آوردم که این مورد شیرین ترین آنها بود.

۴- مربیان پیشگیری از ایدز ، سلامت را به صبحگاه مشترک ارتش بردند!



یکی از گروه های همسان تربیت شده در مربیان پیشگیری از ایدز مربوط به سربازان و درجه داران و افسران ارتش بود.

مسئول این گروه سرهنگ پزشکی بود . بعد از طی دوره تربیت مربی ، در جلسه مشترکی که با وی داشتیم نحوه اجرای برنامه در آسایشگاه ها و یگانهای مختلف رزمی ارتش مورد بررسی قرار گرفت. بناشد که جناب سرهنگ مطالب این جلسه را برای گرفتن دستور اجرایی با فرمانده لشکر هماهنگ کند.

یک ماه بعد و در جلسه گزارش نحوه اجرای برنامه ، سرهنگ پزشکی با خوشحالی مطالب گزارش خود را چنین شروع کرد:

این فعالیت یکی از خوش خاطره ترین کارهای من در طول خدمتم به ارتش است ، چرا که هم خودم و هم پرسنلی که در این مدت با این برنامه همکاری میکردند با کمال خلوص نیت و با انرژی وصف ناپذیر ، کلاسهای پیشگیری از ایدز را در بین کادر و سربازان وظیفه در کمترین مدت و با بیشترین کیفیت برگزار کردیم.

اتفاق جالبی که در این برنامه افتاد این بود که ، تیمسار فرماندهی لشکر در یکی از بازدیدهای خود از یکی از

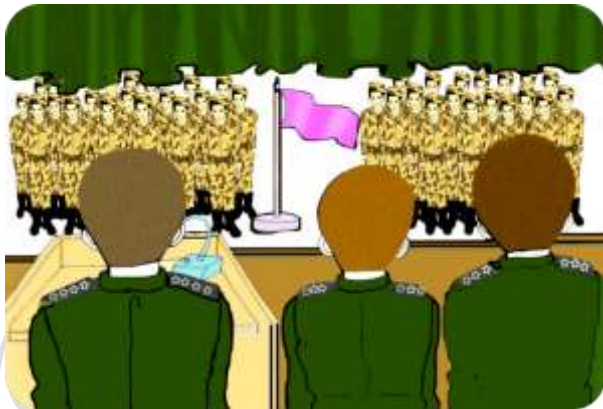


کلاسها که اتفاقاً مربیش یکی از سربازان معمولی لشکر بود ، از نحوه ارایه مطالب و محتوای موضوع آموزشی بسیار خرسند و مشعوف شده بودند و کل یک جلسه را جهت شنیدن مطالب در کلاس نشسته بودند . در اینجا باید بگویم که خیلی کم اتفاق افتاده که فرماندهی محترم لشکر وقت خود را به صورت کامل در چنین جلساتی بگذارند و این نشان دهنده موفقیت برنامه ما بود.

بعد از آن بازدید ایشان مرا به دفتر خود احضار کردند و ضمن تشکر و قدردانی از من و تیمی که با آن فعالیت می کردیم در بیان مطالبی اهمیت این برنامه را یادآور شدند ، تیمسار فرماندهی اشاره کردند که همچنانکه ما باید به فکر دفاع نظامی از مرزهای کشور عزیزمان باشیم ، باید به فکر سلامت جسمی و روحی سربازانمان نیز باشیم ، چرا که سربازان بیمار و ناتوان کارایی مفیدی برای ارتش و کشور ندارند و حتی من میگویم که رسیدگی به

سلامتی سربازان و کادر ارتش واجب تر و اولی تر است چرا که سرباز اول باید خود سالم باشد تا بتواند از کشورش دفاع کند .

ایشان ادامه دادند ، درمورد بیماری ایدز وضعیت حساستر است ، زیرا بر اساس آنچه که من نیز در آن کلاس و از سرباز عزیزمان که مربی بود ، یاد گرفتم ، ایدز بیماری است که حد و مرز جغرافیایی نمی شناسد و همه در مقابل آن در خطر هستند مخصوصاً جوانان و از آنجاییکه قسمت اعظم بدنه ارتش را نیروهای جوان و فعال جامعه تشکیل میدهد باید به پیشگیری از این بیماری اهمیت بسیار قایل شویم و اولین قدم آن همان کاری هست که شماها انجام دادید. یعنی اطلاع رسانی و شفاف سازی و من از شما تشکر و قدردانی میکنم و به جهت تایید کارتان خواسته ای از شما دارم.



از شما میخواهم که منبعد هر هفته و در مراسم صبح گاه مشترک کل لشکر ، ۲۰ دقیقه مطلب در مورد موارد سلامتی ، تهدیدات و اقدامات لازمه برای پیشگیری و مقابله با آن ها را آماده کنید و در همان مراسم جهت اطلاع کلیه پرسنل ارایه نمایید.

سرهنگ پزشک در این قسمت سخنانش گفت که این پیشنهاد برای من بسیار ارزشمند بود چرا که تاثیر برنامه انجام شده روی فرماندهی را نشان میداد، چون صبحگاه مشترک لشکر که هر هفته یکبار برگزار می شود مراسم رسمی و با اهمیتی است و در آن مسایل مهم لشکر مطرح و بررسی میگردد. و نیم ساعت وقت دادن در چنین مراسمی به واحد بهداری لشکر اتفاق بسیار مهمی برای ما بود.

ما از آن موقع به بعد مطالب مهم به روز سلامتی را جهت طرح در مراسم آماده میکنیم.

و این اتفاق خوب را مدیون اجرای این برنامه هستیم . چرا که در این برنامه رفتار و اجرای سیستماتیک یک برنامه آموزش سلامتی را یاد گرفتیم. یاد گرفتیم که چگونه نظر موافق فرماندهان ارشد را جلب نماییم و هم اینکه چگونه مطالبمان را به گروه های هدف ارایه نماییم.

یک اقدام دیگری که بعد از اتمام کلاسها در لشکر انجام دادیم ، هماهنگی برای آموزش خانواده های پرسنل بود که این برنامه نیز با استقبال گسترده آنان مواجه شد.

۵- مربی پیشگیری از ایدز و دسته چک مدیر عامل!

یکی از دوره های تربیت مربی برای رابطین ادارات شهرستان بود. در روز دوم کارگاه مربیان به ارایه مطالب خود جهت اخذ گواهی مربی گری میپردازند و قرار میشود تا با هماهنگی هایی که با مسئولین ادارات خود انجام می دهند مطالب آموزشی خود را طی کلاسهای آموزشی به همکارانشان منتقل نمایند. یکی از مربیان در همان روز دوم ، عصر ساعت ۵ بعد از ظهر به موبایل یکی از مسئولین برگزاری دوره های تربیت مربی زنگ میزند و با صدایی که خوشحالی آن معلوم بود میگوید : آقای دکتر سلام. ببخشین اگه مزاحم شدم ، شاید استراحت میکردین اما نتونستم زنگ نزدم!

حدس بزنین حالا من کجا هستم و چه اتفاقی میافته اینجا؟

دکتر که از حرفای مربی چیزی سر در نیاورده بود ، گفت : خواهش میکنم ، خودتان بفرمایید ماجرا چیه؟

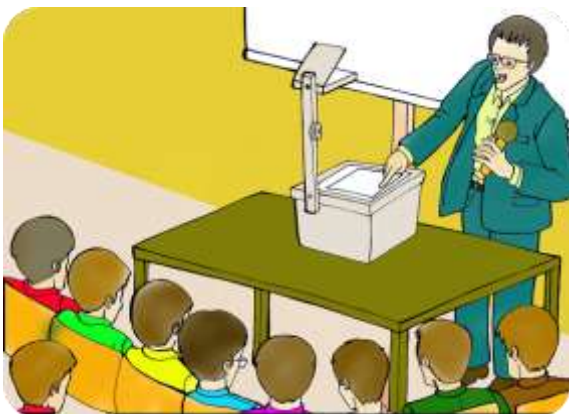


مربی با همان صدای پرشور ادامه میدهد ، آقای دکتر من حالا تو اتاق مدیر عامل سازمانمون هستم . با توجه به این که ما فردا جلسه عمومی همکارانمان را داریم و همه در آن جلسه حضور دارند ، نخواستیم فرصت را از دست بدهم و از مدیر عامل خواهش کردم که برای من نیز وقت ارایه مطالب را در آن جلسه بدهند. ولی از آنجایی که ما در اداره مان نه اورهد داریم و نه پرژکتور ، وقتی خلاصه ای از مطالبی را که قرار است بگویم را برای مدیرعامل

تعریف کردم و ایشان پکیج آموزشی و اسلایدهای آن را دیدند به وجد آمدند و دست به جیب کت خود کردند و

دسته چک شخصی خود را بیرون آوردند و میخواهند مبلغ

هزینه یک دستگاه اورهد را بنویسند تا این که فرصت آموزشی فردا از دست مان نرود. به همین خاطر زنگ زدم خدمتتان تا ببینم که قیمت این دستگاه ها که شما در اداره تان دارید چه قدر هست؟



دکتر آدرس محل خرید دستگاه را به ایشان میدهد . همان عصر دستگاه خریداری شده و در صبح روز بعد کلاسی

باشکوه با حضور کلیه پرسنل و همچنین مدیرعامل خوبشان برگزار میگردد .

۶- آقایان ، بگویید آنچه را که باید بگویید . ما پشتیبانان هستیم!

یکی از برنامه های بزرگ این مدل آموزشی ، تربیت مربیان همسان دانش آموزی و برگزاری جلسات آموزش همسان در سطح شهرستان و استان بود. یکی از جالبترین اقدامات انجام شده در این زمینه برگزاری جلسات جلب نظر و حمایت مسئولین رده بالای آموزش پرورش استان بود.

قبل از شروع فاز اجرایی برنامه ، مسئولین برنامه ، طی جلساتی که با همکاران سیستم سلامت داشتند به این نکته رسیدند که قبل از اجرای عملی این برنامه در مدارس ، باید جهت پیشگیری از سوء تفاهات و مقاومت های احتمالی در برابر اجرای برنامه ، راه حلی برای این مورد پیدا کنند.

لذا با هماهنگی هایی که انجام شد ، بنا شد طی یک جلسه محرمانه ، کلیه مسئولین اجرایی و تصمیم گیر اداره آموزش پرورش و همچنین مسئولین حراست تمامی شهرستانها از وضعیت بیماری ایدز در جامعه آگاه شوند و اهمیت اجرای این برنامه به آنها ارایه شود.

یکی از مدرسان این جلسه نقل می کند که برای ارایه مطالب به این عزیزان دست به گردآوری مطالبی از سطح جهان ، کشور و استان کردیم و قرار شد همه چیز بصورت شفاف برای آنها ارایه گردد.

ایشان می گویند ، بعد از آنکه مطالب ارایه شد ، چندین تصویر و فیلم از سطح جامعه در رابطه با مواد مخدر و ... به نمایش گذاشته شد و جلسه اول پایان یافت ، برای استراحت دیتا پرژکتور سالن را برای مدتی خاموش کردند .

و اعضای حاضر در جلسه برای رفع خستگی و پذیرایی به سالن مجاور رفتند بجز دو نفر از آنها.



یکی از آن دونفر به دیوار و پرده ای که مطالب روی آن نمایش داده میشد و در حال حاضر خالی و سفید بود (چون پرژکتور را خاموش کرده بودند) خیره مانده بود و حتی پلک هم نمی زد ، انگار چیزهایی در پرده میدید.

دوست وی با دستش به شانه های او زد و گفت ، آهای عمو!

کجا هستی؟ مگر مطالب خوشحال کننده ای شنیدی و دیدی که نمی توانی از این پرده دست برداری؟ بیا برویم حالا پذیرایی تمام میشود!

با این کار وی دوستش به خودش آمد و گفت: نه نه... من اصلاً نمی دانستم که قضیه تا این حد جدی است و نزدیک!

به چیزهایی در رابطه با این بیماری و نحوه شیوع و اثرات آن در جامعه شنیده بودم ولی مطالبی را که حالا شنیده و دیدم چیز دیگری هستند.

قبل از این من فکر میکردم به عنوان مسئول حراست یکی از شهرستان ها ، من و خانواده ام از نظر این بیماری در امنیت هستیم و هیچگاه بیماری ایدز برای ما تهدید محسوب نمیشود . ولی حالا می بینم اگر موارد با این روال افزایش یابند ، بعد از مدتی دیگر هیچ کس نمیتواند از نظر ابتلا به این بیماری در امان باشد.



بعد از این اعضای جلسه از پذیرایی برگشتند، مسئولین اجرای برنامه ، به توضیح نحوه و چگونگی اجرای برنامه در سطح مدارس پرداختند به سوالات شرکت کنندگان پاسخ دادند. در نهایت همگی اعضا به اتفاق ریاست کل آموزش پرورش استان ، ضمن تشکر از برگزاری این جلسه و اهمیت پرداخت به موضوع پیشگیری از ایدز در بین جوانان و نوجوانان ، از مسئولین اجرای برنامه خواستند که در اسرع وقت نسبت به اجرای برنامه در سطح مدارس استان اقدام نمایند.

جالب این که بعد از این جلسه و حین اجرای برنامه در سطح مدارس، گاهاً اتفاق می افتاد که مدیری با اجرای برنامه در مدرسه اش مخالفت میکرد و مراتب را به حراست اداره گزارش میداد . ولی درکمال ناپاوری میدید که مسئول حراست اداره به لزوم اجرای آن تاکید می کرد و مدیر مربوطه را توجیه میکرد.

در جلسه مشترک آموزش و پرورش و سیستم بهداشتی که برای جمع بندی برنامه صورت گرفته بود ، یکی از موارد بسیار جالب گزارش این بود که ، در برگزاری بیش از ۲۰۰۰ کلاس درسی توسط دانش آموزان در اقصی نقاط استان ، حتی یک مورد گزارش از بروز مشکل در اجرای برنامه یا اعتراض دانش آموزان و یا اولیاء آنها به ستاد اجرایی برنامه منعکس نشد.

۷- سه توصیه ای که رییس آموزش پرورش به دانش آموزان کرد!

در حین اجرای برنامه آموزش همسان در سطح مدارس استان، در یکی از بازدیدهای مشترکی که توسط مسئولین آموزش پرورش و مسئولین بهداشتی انجام شده بود مورد جالبی پیش آمد.



در یکی از روزها تصمیم گرفته شد که بصورت سرزده بازدید مشترکی توسط مسئولین دو اداره آموزش پرورش و بهداشت از یکی از کلاس های در حال برگزاری بعمل آید.

بنابراین مدیر مدرسه و دانش آموز مربی از جریان بازدید اطلاعی نداشتند. تیم بازدید به مدرسه رسید و مدیر به استقبال آنها آمد. تیم بازدید کننده بلافاصله به یکی از کلاسهایی که در حال حاضر در حال اجرا بود رفتند. مدرسه یک دبیرستان دخترانه بود و مربی هم یک دانش آموز سال دوم دبیرستان که موقعی که تیم بازدید کننده وارد کلاس وی شدند، نیمی از مطالب بسته آموزشی را اریه کرده بود و رسیده بود به اسلایدی که راه های پیشگیری از ایدز را آموزش میداد و کاندوم و نحوه درست استفاده از آنرا به عنوان یک وسیله پیشگیری از این بیماری معرفی میکرد.



در لحظه ورود مسئولین، مربی مکث کوتاهی در صحبتهايش داد و ضمن عرض خیر مقدم به میهمانان و کسب اجازه از آنها، با صلابت هرچه تمام به ادامه مطالب خود پرداخت.

بعد از مدتی اسلایدها تمام شد و مربی به پرسشهای پیش آمده دانش آموزان و همچنین اعضای تیم بازدید کننده که از نحوه آموزش وی به عنوان مربی و چگونگی اجرای برنامه در مدرسه سوال پرسیده بودند با قاطعیت و صراحت جواب داد.

در نهایت با کیک و شیر پذیرایی مختصری از دانش آموزان بعمل آمد. و رییس آموزش و پرورش به عنوان اولین سخنران به جلوی کلاس رفت.

مسئولین اجرای برنامه تاحدی نگران بودند که حالا ایشان چه خواهد گفت ، چون از شانس خوب یا بد درست موقعی برای بازدید کلاس رسیده بودند که راه های پیشگیری از بیماری ایدز صحبت میشد و لفظ و تصویر کاندوم آموزش داده میشد! آیا از این برنامه انتقاد میکرد؟ یا تایید میکرد؟ واقعاً رییس آموزش پرورش چه میخواست بگوید؟

این ها سوالاتی بودند که به سرعت از ذهن مسئولین اجرایی برنامه گذشت! ولی جوابشان تا چند لحظه دیگر داده شد.

رییس رفت و در جلوی سن قرار گرفت و میکروفن را برداشت و صحبت‌های خود را چنین شروع کرد.

بچه های عزیز ، از این که توفیق حضور در کلاس شما را یافتم ، خدارا بسیار شکر میکنم ، چون آخر کلاس است نمی خواهم زیاد حرف بزنم ، فقط سه مطلب را میخواهم تاکید کنم و از شما بخواهم.

در این لحظه ضربان قلب مسئولین اجرایی برنامه بالا رفت! آن سه مطلب چه هستند؟

رییس آموزش پرورش گفت: اولین مطلب این که من از نحوه برخورد و نوع اداره کلاس این دانش آموز عزیز به عنوان یک مربی بسیار شگفت زده شده ام . چراکه من در دوران ۲۵ سال سابقه مدیریتم بنا به ماهیت کارم بازدیدهای بسیاری از مدارس و معلمان مختلف داشته و



دارم . بارها اتفاق می افتاد که با وجود هماهنگی های قبلی برای بازدید وقتی مراجعه میکردیم معلمان مارا به کنار میکشیدند و میگفتند که آقای رییس لطفاً به کلاس ما نیایید ، چون وقتی شما می آید ، ما پیش دانش آموزان دست و پایمان را گم میکنیم و بعدا باعث خجالتان میشود. و یا اگر آمدید از ما پیش دانش آموزان سوال نکنید .

اما در این بازدید که بدون اطلاع قبلی بود وقتی وارد کلاس این مربی عزیز شدیم ، بدون این که خودش را گم کند و یا دستپاچه شود ما را به جایگاه خودمان راهنمایی کرد و بسیار مودبانه به ارایه ادامه مطالبش پرداخت . من تعجب میکنم که آیا این همه مهارت اداره کلاس را هم در همان کارگاه دو روزه به شما یاد داده اند؟ ما این مهارت‌ها را در طول سالیان به معلمانمان یاد میدهیم و هستند بعضی از معلمان که بعد از گذشت ۲۰ سال ، نمی توانند کلاسشان را خوب اداره کنند.

من هم به شما و هم به مسئولین اجرایی برنامه تبریک می گویم.

تبریک و تشکر دوم را به این خاطر ابراز میکنم که شما به عنوان مربی کاملاً به مطالب علمی ارایه شده مسلط بودی و این امر باعث شد که حتی ما که چند سال از شما ها بزرگتر هستیم ، احساس کنیم که در یک جلسه کاملاً علمی هستیم و همان تاثیری که مطالب شما بر روی دوستانتان داشت بر ما هم اثر کند. این تسلط علمی ، میزان تمرین و تلاش شما را در مرورهای مکررتان از بسته آموزشی میرساند که به نوبه خود کار بسیار با ارزشی است .

مطلب سوم را از شما دانش آموزان میخواهم. در این لحظه رییس رو به کلیه دانش آموزان کرد و گفت: میخواهم که شما نیز مثل دوستان نسبت به مسایل سلامتی و اجتماعی حساس باشید و دنبال راهی که دوستان رفته را بگیرید . چون با این کار اولاً سلامت خودتان و خانواده تان را تضمین میکنید ، ثانیاً سلامت جامعه ای که در آن زندگی میکنین تضمین میشود. مخصوصاً در مواردی مثل ایدز و اعتیاد و داروهای روانگردان که امروزه تبدیل به یکی از بزرگترین مشکلات جامعه بشری خصوصاً نسل جوان شده است. عزیزانم بدانید که اجر و پاداش کاری که دوستان میکنند نزد خدا اگر بیشتر از کار پزشکان نباشد، کمتر نیست. چرا که خداوند در قرآن در سوره مائده آیه ۲۲ فرموده که هر کس یک نفر رانجات دهد مانند این است که بشریت را نجات داده است . یعنی اگر با پیامهایی که شما به دوستانتان انتقال میدهید باعث شوید که حتی یک نفر از ابتلا به این بیماری در امان باشد دقیقاً تفسیر همان آیه را انجام داده اید و این کاری خیلی مقدس و بزرگ است.

من باز به شما تبریک میگویم و این بازدید یکی از به یادماندنی ترین و لذت بخش ترین بازدیدهایم در طول دوران خدمتم شد.

سپس رییس اداره بهداشت و درمان نیز در صحبتهایی ضمن تقدیر و تشکر از مسئولین اداره آموزش و پرورش و همچنین مربی دانش آموز که به این لطافت و زیبایی توانست کلاس را اداره کرده و دوستانش را از تهدید این بیماری خانمانسوز آگاه کند ، به این نکته اشاره کرد که من به عنوان یک پزشک شاید به این خوبی و روانی که دوستان به عنوان مربی مطالب را به شما بیان کرد ، نتوانم بیان کنم. و این اهمیت آموزش همسان را میرساند . حال وظیفه مهمی بر گردن شما تک تک دانش آموزان این کلاس نهاده شده است . شاید قبل از این از ایدز نمیدانستید و یا شاید از اینجا و آنجا بصورت غیر رسمی یه چیزهایی شنیده بودید. اما حالا که بصورت کاملاً علمی و رسمی با ماهیت و چگونگی انتشار این بیماری و همچنین راه های پیشگیری از آن آشنا شدید، خودتان تبدیل به یک مربی شده اید که باید در اولین فرصت این مطالب را به خانواده خود انتقال دهید و در قدم بعدی ، مطالب آموزشی خود را به سایر دوستان و آشنایان منتقل کنید.

در آخر دوباره از تلاشهای خالصانه شما عزیزان تشکر میکنم.

۸- اشک بر چشمان اساتید کارگاه!

در یکی از کارگاه های تربیت مربی ایدز مورد جالبی اتفاق افتاد. همانطور که میدانیم این کارگاه ها دو روزه هستند و در روز دوم مربیان تک تک به جلو سن می آیند و هرکدام قسمتی از اسلایدها را طبق طرح درس ارایه مینمایند و بعداً توسط سایر دوستان ، نحوه ارایه مربی مربوطه مورد نقد و بررسی قرار می گیرد.

نوبت ارایه یکی از مربیان به اسلایدی رسید که جهت روشن شدن برخوردهای مختلف و نتیجه آنها با بیماران ایدزی دو داستان مطرح شده است .

مربی برای ارایه اسلاید حاضر آن را روی اورهد مرتب کرد و بعد از معرفی خود شروع به تعریف داستانها کرد .

از آنجاییکه مربی داری تون صدای بسیار خوبی بود و شاید قبلاً سابقه کار هنری را نیز داشت ، چنان با مهارت و تسلط کامل دو داستان مزبور را بیان کرد که گویا در جلسه حاضر این اتفاقات می افتند ، چنان در صحبتها و بیانات ، خود را جای بیمار مبتلا به HIV ، دکتر پزشک و دکتر دندانپزشک گذاشت که گویا چند نفر در این اجرا نقش داشتند.



در پایان اسلاید یک لحظه کلیه حضار در جلسه متوجه شدند که گوشه چشم همه شان اشک جمع شده است و ناخودآگاه مربی را با کمال شور و شوق مورد تشویق قرار دادند.

قطعاً این نوع ارایه آموزش در تاثیر گذاری دانش ، و مخصوصاً نگرش و رفتار مردم در رابطه با بیماران مبتلا به ایدز تاثیر به سزایی دارد.

۹- شنیدن کی بود مانند دیدن!

در حین اجرای برنامه های آموزش همسان دانش آموزی، دانشجویی، نظامی و ... مسئولین برنامه بصورت مرتب گزارشات کلاسها و نحوه برگزاری و تاثیر آنها را به وزارت بهداشت ارسال میکردند. تا این که مدیر برنامه های ایدز وزارت بهداشت جهت بازدید از برنامه ها به شهرستان سفر کردند. و با تیمی از مرکز بهداشت جهت بازدید از کلاسهای دانشجویی در حال برگزاری به یکی از دانشگاه ها رفتند.

در آن کلاس یکی از مربیان پسر دانشجو در حال ارایه مطالب بود که تیم بازدید کننده با کسب اجازه وارد کلاس شدند و در چند صندلی که در عقب کلاس بود نشستند.

مربی با کسب اجازه از مهمانها مطالبش را ادامه داد. در آخر مدیر برنامه های ایدز وزارت بهداشت و ضمن تشکر از زحمات انجام یافته تیم اجرایی برنامه اعم از مربیان دانشجویی، مدیران بهداشتی و مسئولین دانشگاه، این فعاليتها را یکی از بزرگترین گامهای برداشته شده در جهت حفظ و ارتقای سلامت مملکت دانست و دانشجویان را به عنوان یکی از گروه های مرجع اجتماع معرفی کرد. ایشان چنین توضیح دادند که در هر جامعه گروهی از افراد هستند که مردم در سوالات و مشکلات خود به آنها رجوع میکنند و حرف و سخنان این افراد برای مردم قابل احترام است و بیشتر مواقع به توصیه های آنها عمل میکنند.



مثلاً در یک محله و یا دریک روستا اگر فردی دانشجو باشد و یا یک معلم یا روحانی، مردم به صحبت های این افراد بیشتر از افراد دیگر توجه میکنند و اهمیت میدهند.

چنین افرادی را گروه های مرجع مینامند.

بنابراین نقش دانشجو هم به عنوان نیروی جوان و مولد

کشور مورد تاکید است و هم به عنوان یکی از گروه های مرجع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه.

مدیر برنامه های ایدز وزارت ادامه داد، من با گزارشات ارسالی همکارانم در جریان کیفیت و کمیت کلاسهای برگزاری شده دانشجویی قرار داشتم ولی آنچه از نزدیک دیدم، خیلی فراتر از آن چیزی بود که در ذهنم بود. کلاسی بود کاملاً ماهرانه، عالمانه و روشنگرانه. به قول معروف آنچه که تصور میکردم با آنچه که در واقعیت اتفاق افتاده این مثل را به یاد می آورد که شنیدن کی بود مانند دیدن.

باز از شما و مسئولین دانشگاه و مرکز بهداشت تشکر میکنم.

۱۰- ده هزار معلم، ایدز را آنگونه که هست دیدند! نه کم نه زیاد!

یکی دیگر از مواردی که در تربیت مربیان پیشگیری و کنترل بیماری ایدز پیش آمد، استفاده از پزشکان مربی تربیت شده در پروژه باز آموزی ۱۰/۰۰۰ نفر معلمین آموزش و پرورش شهرستان بود. همانطور که شاید مطلع باشید، معلمین و کادر آموزش پرورش در مدت معینی از خدمت خود باید در رابطه با موضوعات متنوعی دوره های باز آموزی را بگذرانند تا بتوانند واجد شرایط دریافت گروه و پایه شغلی شوند.



یکی از موضوعات باز آموزی، بیماری ایدز بود. بر اساس سابقه خوبی که از آموزش دانش آموزان در برنامه پیشگیری از ایدز بدست آمده بود، طی هماهنگی که مسئولین آموزش و پرورش شهرستان با مسئولین بهداشت داشتند، قرار شد که برنامه آموزشی معلمین و مدیران و معاونین کلیه ناحیه های شهرستان نیز که تعداد ۱۰/۰۰۰ نفر میشدند با این سیستم به مورد اجرا در آید.

لذا برای این کار از ۳۰ نفر از پزشکانی که دوره مربی گری پیشگیری و کنترل بیماری ایدز را گذرانده بودند، دعوت شد تا در این برنامه شرکت کنند.

قدم بعدی نوبت هماهنگ کردن اوقات خالی پزشکان با کلاسهای تدریس و همچنین هماهنگی برای تامین دستگاه اورهد و یا دیتا پرژکتور در کلاسها جهت آموزش بود.

کلاسها با نظم و ترتیب خاصی برگزار گردید در زمان مورد انتظار با بهترین کیفیت به اتمام رسید.

دو نکته در این دوره بیشتر به چشم آمد:

۱- از آنجاییکه دوره های باز آموزی معلمین باید در اوقات تعطیل و غیر وقت اداری برگزار میشد، کلاسهای برگزار شده اکثراً در جمعه و یا ساعات ۶ بعد از ظهر روزهای معمولی برگزار میشد و عموماً تا ساعت ۸ شب به طول می انجامید.

یعنی یک معلم بعد تدریس در شیفت صبح و یا شاید تدریس های اضافی و فوق برنامه در شیفت بعد از ظهر باید ساعت ۶ جهت شرکت در کلاس باز آموزی به مدرسه ای شاید در یک آدرس دور تر از محل کار خود مراجعه میکرد! خسته و کوفته!

البته این نگرانی از چگونگی کیفیت دریافت مطالب از کلاسها با توجه به زمان برگزاری دوره در اول پروژه نیز مطرح شد ولی مسئولین آموزش پرورش اشاره کردند که نمیتوانند وقتها را جابجا کنند چون قانون و روال آنها چنین است. اما آنچه در عمل اتفاق افتاد بر عکس نگرانی های مجریان برنامه بود. چرا که هر ۳۰ نفر پزشکی که به عنوان مربی این کلاسها در نظر گرفته شده بودند در جلسه جمع بندی این دوره به اتفاق اذعان میکردند که ساعت ۸ شب که کلاس و پرسش و پاسخ معلمین تمام میشد، موقع ترک کلاس اگر کسی آنها را نگاه میکرد بسیار بشاش تر و پر انرژی تر از ساعت ۶ زمان مراجعه به کلاس بودند و همگی از کلاس و مطالبی و شیوه آموزشی که استفاده شده بود کمال رضایت را داشتند. از طرف دیگر



معلمین، مدیران و معاونین شرکت کننده در این دوره نیز در پس خوراند و فیدبکهایی که به مسئولین آموزش پرورش دادند، از این نوع و شیوه آموزشی که بصورت شفاف و ساده و به روز آنها را در جریان بیماریها و راه های مقابله با آن قرار می دهد استقبال کرده بودند و پیشنهاد داده بودند که منبعد تمام دوره های باز آموزی مربوط به سلامت با این روش صورت گیرد.

۲- نکته دوم بارز این دوره یکسان بودن مطالب ارایه شده و همزمان بودن شروع و پایان کلاسها بود. طوریکه یکی از بارزسان آموزش پرورش حین بازدید در گزارشات خود به این نکته اشاره کرده بود. وی در گزارشش یادآور شده بود که من جهت بازرسی ساعت ۷ شب به یکی از مدارس رسیدم که در آن ۱۵ کلاس آموزشی به صورت همزمان برگزار میشد. بنده که از پشت پنجره های کلاس و بصورت نامحسوس کلاسها را بازدید میکردم متوجه ۳ مورد جالب شدم.

اولاً اینکه در همه کلاسها مخاطبین بصورت منظم و بدون هیچ گونه صحبت اضافی به حرفها و آموزشهای مربیان گوش فرا میداند طوریکه انگار فقط در مدرسه مربیان بودند و صحبت میکردند و کس دیگری نبود.

مورد دومی که برایم تازگی داشت این بود که در حین بازدید متوجه شدم من که در ساعت ۷ بازدید میکردم، همه مربیان در تدریستان در اسلاید مشخصی بودند و اگر اشتباه نکنم همگی اسلاید شماره ۶ را توضیح میدادند، با حرفهای یکسان و با یک آهنگ مشخص و این در آموزش دستاورد بسیار ارزشمندی است. در نهایت درب همه کلاسها راس ساعت ۸ باز شد و در یک زمان مانند زنگ مدرسه کلاسها خاتمه یافت. در آموزشهایی با این روش میتوان به دقت تاثیر گذاری آموزش ها را در گروه های

مختلف هدف مورد ارزشیابی قرار داد چرا که یک مطلب و بصورت یکسان توسط مربیان مختلف ارایه میشود.

مورد سوم هم نکته جالب توجهی در مورد موضوع آموزشی یا همان بیماری ایدز بود از آنجاییکه من خودم از قبل علاقمند به این موضوع بودم کتابها و مجلات مختلفی در این مورد خوانده بودم و یا اینکه پای صحبت کارشناسان مختلفی از تلویزیون نیز نشسته بودم و یا از اینترنت مطالب را دنبال میکردم ولی تا آن زمان حسی که مرا راضی کند که از ماهیت این بیماری و وضعیت کشورمان اطلاعات مناسب و درست و بدون سانسوری دریافت کنم را نداشتم. همانطور که میدانید با توجه به ماهیت انتقال جنسی و اعتیاد تزریقی بیماری ایدز، در بسیاری از جوامع و همچنین جامعه ما شاید نشود به راحتی در مورد این بیماری و نحوه انتشار و مقابله با آن صحبت کرد بنابراین نتیجه اش این میشود که در بعضی کلاسها بعضی اساتید پیاز داغ مطالب این بیماری را چنان زیاد میکنند که رعب و وحشت وجود تمام مخاطبین را فرامیگیرد و طوری میشود که به اصطلاح از این طرف بام میافتیم و برعکس در بعضی کلاسها، جلسات و یا نوشته ها، بعضی اساتید و کارشناسان چنان از روی مسئله به راحتی میگذرند که گویا بیماری ایدز بیشتر از یک شایعه نیست و این بار از آن طرف بام میافتیم. نتیجه چنین برخوردی با مسایل حساسی چون ایدز، باعث سردرگمی مخاطبین و مردم جامعه میشود و نتیجه بدتر آن از دست رفتن اعتماد عمومی به سیستم سلامتی و آموزشی جامعه! لذا وجود بسته آموزش عمومی و مردمی منسجم و مشخصی که به همه زوایای اجتماعی، انسانی، اقتصادی و... این بیماری، آنچنانچه واقعیت آن است پردازد و اقدام به روشنگری راه های انتشار و پیشگیری از این بیماری نماید، بسیار مغتنم و ارزشمند است. چون در این حالت هم تکلیف مربی و استاد و آنچه را که باید بگوید مشخص است و هم حق مردم و مخاطبین در رابطه با آنچه که باید بصورت شفاف و ساده و واقع بینانه در مورد بیماری ایدز آگاه شوند.

البته چنین نظم آموزشی که در این دوره ها برقرار بود مدیون برنامه ریزی دقیق و بسته آموزشی جامعی بود که مربیان در دست داشتند و مدیون مهارتهایی بود که ایشان در طی دوره مربی گری یاد گرفته بودند.

۱۱- مدیر مدرسه: من اصلاً فکر نمی‌کردم دانش آموزان این سوالات را داشته باشند!!

یکی از مواردی که در بعضی از مدارس در حین اجرای برنامه های آموزش همسان پیشگیری و کنترل بیماری

ایدز پیش می آمد ، مقاومت اولیه بعضی از مدیران مدارس بود که شاید در جلسه توجیهی اولیه مدیران از برنامه حضور نداشتند .



برای توجیه چنین مدیرانی دو شیوه بسیار کاربرد داشت :

اول این که برای توجیه ایشان و ذکر اهمیت برنامه ، از مسئولین حراست آموزش پرورش که در جلسه هماهنگی مسئولین حراست حضور داشتند استفاده میشد که بسیار کاربردی بود.

دوما، دلیل بسیاری از مدیران مخالف با برنامه ، ذکر این نکته بود که این مطالب برای سنین دانش آموزی ، ثقیل



هستند و دانش آموزان این چیزها را نمیدانند و ما با این کارمان به اصطلاح روی آنها را باز میکنیم .

در جواب چنین مدیرانی ، برگه های پرسش و پاسخ دانش آموزان را که در کلاسهای آموزشی از طرف آنها پر شده و تحویل مربیان داده شده بود و دسته بندی و میخکوب شده بودند را نشان مدیران میدادیم تا مطالعه نمایند . اتفاق جالبی که می افتاد این بود که با خواندن برگه های

پرسش و پاسخ دانش آموزان و دیدن متن و نوع سوالاتی که دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان از مربیان داشتند ، با توجه به نوع سوالات ، بسیاری از مدیران صورتشان سرخ میشد و خجالت میکشیدند و از مسئولین برنامه می پرسیدند که آیا این سوالات را دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان نوشته اند ؟ چه طور ممکن است؟ آنها این مطالب را از کجا میدانند ؟ ما اصلاً باور نمی‌کردیم چنین باشد!

ما هم نوجوان و جوان بودیم ، ولی در سن آنها و شاید بزرگتر از آنها هم که بودیم از این مسایل هیچ اطلاعی نداشتیم!

شاید اشکال چنین مدیرانی این باشد که زمان حال حاضر را با زمان نوجوانی و جوانی خود در ۳۰ یا ۴۰ سال قبل مقایسه میکنند و شرایط امروز جامعه و سرعت پیشرفت اطلاعات و ارتباطات را به حساب نمی آورند.

بعد از دیدن و خواندن برگه های پرسش و پاسخ توسط مدیران ، به آنها گفته میشود که خب حالا باور میکنید که این سوالات مغز دانش آموزان ما را اشغال کرده است ؟ وقتی جواب مثبت میدادند ،چنین ادامه داده میشد که به



نظر خود شما بهتر است جواب این سوالات توسط یک نفر مربی دوره دیده که از جنس و سن خود دانش آموزان است، داده شود ، یا اینکه دانش آموزان جوابشان را از اینترنت و دوستان ناباب و پیدا کنند که عموماً این جواب ها درست نبوده و سر آغاز بسیاری از انحرافات خواهد بود؟

در پایان چنین جلساتی مدیران مخالف اولیه تبدیل به مدیران موافق جدی میشوند و ما را در اجرای برنامه در مدرسه شان یاری میکنند.

نسخه الکترونیکی

۱۲- آقا! بگوئید مواردی که اول نمیخواستیم بگوئید!

یکی دیگر از مواردی که در جلسات و همایشهای بزرگ دانشجویی، دانش آموزی، نظامی و انتظامی و مذهبی در مورد موضوع پیشگیری و کنترل ایدز پیش می آمد این بود که در ابتدای مراسم، مسئولین برگزاری همایش بصورت درگوشی به سخنران همایش، اشاره میکردند که آقا یا خانم دکتر یا کارشناس، همانطوریکه خودتان میدانید افرادی که اینجا جمع شده اند، دانش آموز، دانشجو، نیروهای نظامی و انتظامی و مذهبی و هستند، پس لطفاً از شما میخواهیم که در بیان مطالبتان در ارتباط با روشهای انتقال و پیشگیری از ایدز به نوعی رعایت فرمایید.

مربیان دوره دیده به روش مدل SHEP که با این رفتار آشنا هستند، از آنها تشکر کرده و قول رعایت موارد درخواستی را میدهند و طبق طرح درس و اسلایدها جلسه را شروع میکنند. سلسله بیان مطالب طوری هستند که شنونده و مخاطب به آرامی و با مقدمات لازم وارد بحث اصلی میشوند.



در بسیاری از جلسات مشاهده شده است که بعد از گذشت نیم ساعت یا ۴۵ دقیقه از سخنرانی، مسئولین جلسه یادداشتی را به سخنران تحویل داده اند با این مفهوم که از شما خواهشمندیم هرچه را صلاح میدانید و لازم است بفرمایید، مشکلی ایجاد نمی شود.

چرا این اتفاق می افتد؟ به این علت که کلیه مخاطبین و مسئولین جلسه به حسن نیت و اظهارات سخنران واقف میشوند بدین صورت که از صمیم قلب احساس میکنند مطالبی که در حال ارائه است جهت حفظ و ارتقاء سلامت آنهاست، نه توهین و اهانت به عقاید، مذهب، خانواده و یا فرهنگ آنها.

بنابراین با روی گشاده از مطالب علمی سخنران جلسه استقبال می کنند و در پایان جلسه از رک و شفاف گویی و بیان واضح مطالب در رابطه با بیماری ایدز و وضعیت جامعه و روشنگری برای جوانان، از وی تشکر و قدردانی می کنند.

چند نکته حساس در این قضیه بالا نهفته است که رعایت آنها توسط مربیان ضروری است:



- ۱- لزوم رعایت جو حاکم بر جلسه و احترام به نظر مسئولین برگزاری همایش و مخاطبان از طرف مربیان.
- ۲- رعایت کلیه اصول و روشهای ارائه شده در طرح درس جهت دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده آموزشی.
- ۳- رعایت موارد خواسته شده از طرف برگزار کنندگان جلسه.
- ۴- بیان موارد مقتضی در صورت باز شدن فضای جلسه و درخواست مسئولین.
- ۵- توجه به این نکته که در صورت ایجاد یک ارتباط صمیمی و حس اعتماد متقابل بین مربی و مخاطبان، بیان مطالب بسیار راحتتر و موثرتر خواهد بود.
- ۶- تشکر از برگزار کنندگان جلسه در آخر همایش.

نسخه الکترونیکی

۱۳- دانشجوی مربی ، در دانشگاه مصوبه تصویب کرد!

در یکی از موارد آموزشی ، مربی پیشگیری از ایدز مقطع دانش آموزی بعد از ۳ سال دوران تحصیلات متوسطه خود را به پایان میرساند و در آزمون ورودی از رشته مهندسی الکترونیک دانشگاه آزاد یکی از شهرستانها قبول میشود. در ابتدای سال تحصیلی و با رسیدن آذر ماه ، مربی عزیزمان که حال یک دانشجوی نمونه هست در خود احساس وظیفه میکند تا کلاسهای آموزش پیشگیری از ایدز را در دانشگاه نیز برگزار نماید. لذا مطالب را با معاون دانشجویی و آموزشی دانشگاه در میان میگذارد و ضمن جلب نظر موافق آنها قرار میشود که یک بار نیز در جلسه هیئت رئیسه دانشگاه مطالب و درخواست خود را مطرح نماید تا به تصویب هیئت رئیسه برسد.

لذا مربی مستندات قبلی خود در زمان دانش آموزیش را برای ارایه در جلسه هیئت رئیسه آماده کرد . در جلسه وقتی نوبت صحبت مربی شد به ترتیب با ذکر مقدمه ای از فعالیت ۳ ساله مربی گری خود در مقطع دانش آموزی و ذکر نتایج آن و نشان دادن مستندات مربوطه به حاضرین جلسه از ضرورت پرداخت به مسئله پیشگیری از ایدز در دانشگاه و برای دانشجویان صحبت کرد و در نهایت به ذکر برنامه پیشنهادیش در رابطه با تربیت مربیان جدید در دانشگاه و برگزاری کلاسهای آموزشی در طول آذرماه ، پرداخت.



در سایه سه سال فعالیت در زمان دبیرستان و کسب مهارتهای ارتباطی و آموزشی ، مربی در جلسه هیئت رئیسه چنان با صلابت و محکم و البته علمی و با سند و دلیل صحبت کرد که موجبات تشویق کلیه اعضا را برانگیخت و در همان جلسه با کلیه درخواستهای وی اعم از اجرای برنامه تربیت مربی جدید دانشجویی و برگزاری کلاسها ، تامین وسایل کمک آموزشی مورد نیاز و تامین

اعتبار برای چاپ و انتشار بسته های آموزشی و حتی کمک برای برگزاری نمایشگاه در روز جهانی ایدز ، موافقت به عمل آمد.

۱۴- من یک بیمار مبتلا به ایدز هستم!

یکی دیگر از خاطرات شیرین این برنامه برگزاری روز جهانی ایدز در یکی از تالارهای بزرگ شهرستان است که به همت مرکز بهداشت شهرستان و با دعوت از کلیه ادارات و رابطین سلامت و مردم برگزار گردید. درچنین مراسمی علاوه بر سخنرانی مسئولین بهداشت و سایر دستگاه ها و رایه گزارش عملکرد یکساله در رابطه با فعالیتهای پیشگیری از ایدز، برنامه های آتی نیز مورد بررسی قرار میگردد. ویژگی روز جهانی ایدز مورد نظر این بود که:

۱- مدیریت اجرایی کلیه برنامه های سالن به دست مربیان دانشجویی و دانش آموزی پیشگیری و کنترل ایدز داده شده بود.

۲- از یکی از بیماران مبتلا به ایدز نیز دعوت شده بود که تا به عنوان یکی از سخنران به رایه مطالب خویش بپردازد.

مربیان در روز مراسم با پوشیدن کاورهای یک رنگ مربی گری خود، هرکدام وظیفه ای برعهده گرفتند. از هماهنگی داخلی سالن و خیر مقدم به میهمانان تا مجری گری، پذیرایی و تدارکات برنامه. که در نوع خود بسیار زیبا و هماهنگ بود و مورد توجه مسئولین بهداشتی و سایر ادارات و حتی مردم قرار گرفت.

یکی از سخنرانان برنامه، یکی از مربیان بود با عنوان نماینده ۴۰۰۰ نفر مربی تربیت شده پیشگیری و کنترل بیماری ایدز که تا آن زمان مورد تربیت قرارگرفته بودند.

وی بعد از رایه گزارش خود مورد تشویق پر شور حضار قرار گرفت.

سخنران بعدی، بیمار مبتلا به ایدز بود که به عنوان نماینده تمامی بیماران مبتلا به ایدز، جهت رایه صحبت های خود به جایگاه رفت. این برای بار اول بود که یک بیمار مبتلا به ایدز در یک جمع عمومی میخواست سخنرانی کند.

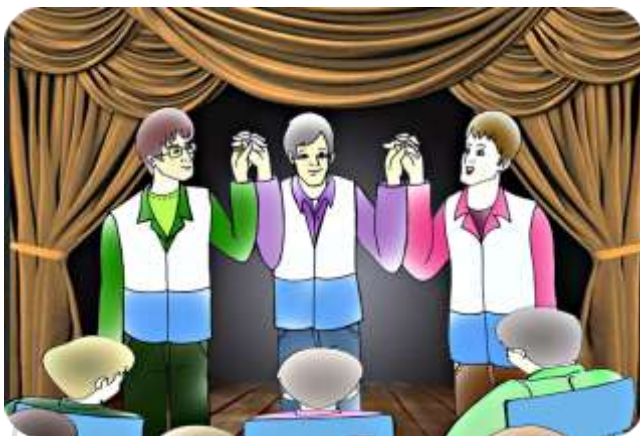
وی در ابتدا ضمن معرفی خود، از مسئولین برگزاری مراسم تشکر کرد که این فرصت را به وی داده اند و سپس به رایه مطالب خود پرداخت. سکوت کل سالن را فراگرفته بود و همه با دقت به حرف های وی گوش فرا میدادند. وی از زندگی خود گفت که چگونه در اثر یک اشتباه به زندان افتاد و در زندان به اعتیاد و نوع تزریقی آن گرفتار شد. و در تزریق های مشترکی که با دوستانش داشت به ویروس HIV مبتلا شد.

همچنین از چگونگی شرایط سخت زندگیش برای حضار تعریف کرد که باعث اندوه حاضرین شد. وی در صحبت های خودش را قربانی اعتیاد و ایدز معرفی کرد و از جامعه خواست تا بیماران ایدز را دریابند و با

رفتارهای تبعیض آمیز خود باعث طرد آنها از جامعه نشوند. وی همچنین از کارکنان و پزشکان مرکز مشاوره بیماری های رفتاری که برای حمایت از بیماران مبتلا به ایدز تاسیس شده است تشکر و قدردانی کرد و در نهایت با تشکر مجدد از مسئولین برنامه صحبت های خود را به پایان رساند و به نشانه احترام در کنار تریبون به حضار تعظیم کرد.

در این لحظه مهمانان حاضر در سالن که جمعشان بیش از ۱۵۰۰ نفر بودند به اتفاق به تشویق وی پرداختند. تا ۲ دقیقه صدای کف حاضران قطع نمی شد.

در این زمان مربیان دانشجویی و دانش آموزشی پیشگیری از ایدز در یک حرکت خود جوش ، به سن رفتند و



ضمن تقدیم یک دسته گل بسیار زیبا به وی ، همگی با بیمار مبتلا به ایدز دست داده و روبوسی کردند . این کار مربیان، تشویق مردم که بعد از دو دقیقه کم شده بود را دوباره افزایش داد حتی بیشتر از دفعه اول . بعضی از حضار در حالیکه اشک در چشمانشان جمع شده بود ، از جایشان برخاستند به تشویق پرداختند . لحظه واقعاً معنوی و روحانی بود که نمی شود وصف کرد.

بعد از مدتی مربیان به همراه بیمار مبتلا به ایدز از سن پایین آمدند. به نوعی این رفتار مربیان کل مراسم را تحت شعاع خود قرارداد . از این کار مربیان تا مدت ها در گوشه و کنار شهر صحبت می شد و هرکس این مطالب را میشنود ، آنها را تحسین میکرد. این فعالیت خود جوش دو پیام بسیار روشن برای جامعه داشت که با همین صحبت های مردمی به همدیگر منتقل شد.

- ۱- بیماری ایدز با رفتارهای عادی مانند دست دادن و روبوسی منتقل نمی شود.
- ۲- بیماران ایدز را نباید از جامعه طرد کرد و نباید با آنها رفتار تبعیض آمیز داشت .
- ۳- بیماران مبتلا به ایدز مانند افراد عادی از تمام حقوق اجتماعی و انسانی برخوردار هستند.

۱۵- مربیان پیشگیری از ایدز ، سالن فوتبال ساختند!

یکی از اتفاقات جالبی که در یکی از دبیرستانهای پسرانه رخ داد ، این بود که ۵ نفر از مربیان که کل کلاس های دبیرستان خود را تحت پوشش آموزش پیشگیری از ایدز قرار داده بودند، دوستان ورزش و فوتبالیست هم بودند. در حیات پشتی مدرسه زمین خالی بزرگی وجود داشت که بارها از طرف مدیران مدرسه و دانش آموزان از اداره آموزش پرورش درخواست تبدیل آن به سالن و زمین بازی فوتبال شده بود ولی تاکنون ترتیب اثر داده نشده بود. با توجه به اعتماد به نفسی که این پنج نفر مربی در اداره کلاسها و نحوه بیان و ایجاد ارتباط به دست آورده بودند، تصمیم میگیرند که با گرفتن وقت از دفتر رییس آموزش پرورش ، خودشان پیگیر قضایا باشند. بنابر این هر کدام قسمتی از مطالب را آماده میکند و قبل از رفتن به دفتر رییس ، چند بار باهم موضوع را تمرین میکنند.

در روز جلسه ، وقتی وارد اتاق رییس میشوند ، ابتدا خودشان را معرفی کردند و سابقه کار آموزشی که در



دبیرستان انجام داده اند و تاثیرات آن در افزایش آگاهی و نگرش دانش آموزان و معلمان مدرسه را به رییس توضیح دادند.

سپس بحث را این طور ادامه دادند که ، همانطور که میدانید مشکلات سلامتی مانند ایدز و سوء مصرف مواد روانگردان و اعتیاد و در کمین نوجوانان و جوانان کشورمان است .

یکی از مهمترین راه کارها برای پیشگیری از ابتلاء به این بلاهای خانمانسوز ، اطلاع رسانی شفاف و علمی به جامعه است که ما به کمک دوستانمان این برنامه را در مورد ایدز در دبیرستانمان اجرا کردیم و اینجا هم اعلام میکنیم اگر شما موافق باشید در هر دبیرستان دیگر هم که بفرمایید اجرا میکنیم ، چون این را وظیفه خود میدانیم.

از کارهای مهم دیگر در این زمینه ، فراهم آوردن شرایطی است که جوانان بتوانند فعالیتهای سالم فکری و جسمی انجام دهند تا ضمن رشد و اعتلای عقلی و جسمی خودشان از تهدیدات سلامتی که گفتیم در امان باشند.

آیا قبول دارید آقای رییس؟

در این لحظه رییس با تکان دادن سر به نشانه تایید ایشان ، خواستار ادامه صحبتهایشان شد.

بر اساس تقسیم کاری که قبلا صورت گرفته بود، یکی دیگر از مربیان مطلب را این چنین ادامه داد:

جناب آقای رییس ، به همین خاطر ما از شما خواهش و تمنایی داریم. و آن اینکه چون در دبیرستان ما فضای خالی و بزرگی در پشت مدرسه وجود دارد اگر امکان داشته باشد موافقت بفرمایید تا آن فضا تبدیل به سالن ورزشی و زمین فوتبال برای دانش آموزان گردد. ما هم به عنوان دانش آموز قول میدهیم هر کمکی که در ساخت آنجا از دستمان برآید انجام دهیم ، از کارگری گرفته تا جمع آوری کمکهای نقدی دوستان و خانواده هایمان، چون میدانیم هر گلی بزنییم به سر خودمان زدیم.

در این لحظه لبخندی بر لبان رییس ظاهر میگردد و با لحن توام با خوشحالی از عملکرد بچه ها در مورد آموزش دوستانشان در رابطه با پیشگیری از ایدز تشکر و قدردانی میکند . همچنین از نوع و روش طرح قضیه ساخت سالن ورزشی نیز تشکر میکنند و میگویند : راستش ماجرای زمین خالی مدرسه شما چند بار در جلسات مختلف از طرف مدیر مدرسه و یا اولیا مربیان نیز مطرح شده بود . ولی نوع رفتار و صحبتهای شما در این جلسه طوری بود که من به عنوان یک مسئول اجرایی ، هم قانع شدم و هم اینکه در خود احساس وظیفه کردم که در ساخت آن مجموعه هر کاری از دستم برآید انجام دهم چون با جوانان برومند و با انگیزه و باایمانی مانند شما برخورد داشتم.

جلسه تمام شد و دو سال از آن ماجرا گذشت.

حال دبیرستان مذکور صاحب یک سالن زیبای ورزشی و زمین فوتبال هست . و آن پنج نفر هم با رتبه های عالی از دانشگاه های مختلف قبول شده اند تا بتوانند با همین نیت و علاقه در راستای ارتقای همه جانبه مملکتشان گام بردارند. نکته جالب توجه این که از آن ۵ نفر دانش آموزش که حالا دانشجو شده اند ۳ نفرشان باتوجه به تجربه و علاقه ای که در طول مدت مربی گریشان در زمینه مسایل سلامتی کسب کرده بودند ، اقدام به انتخاب رشته های علوم تجربی نمودند.

به عبارت دیگر فعالیت دانش آموزان در زمینه مربی گری ایدز و مسایل سلامتی ، باعث میشود تا آنها با علاقه و آگاهی کامل به علایق و توانمندی و پتانسیلهای خود ، نسبت به انتخاب رشته تحصیلی دانشگاهی و آینده شغلی خود اقدام کنند.

۱۶- پیشگیری از ایدز در هیئت عزاداری!

از آنجاییکه در کارگاه های تربیت مربی علاوه بر چگونگی ارائه علمی مطالب ، مربیان با روشهای جلب حمایت همه جانبه ، بازاریابی اجتماعی ، چگونگی ایجاد campaign کمپین مناسب و همچنین برگزاری بسیجهای اجتماعی در مورد موضوع مورد نظر نیز مهارتهای مربوطه را یاد میگیرند.

یکی از مربیان دوره دیده ، رابط سلامت یکی از ادارات شهرستان بود . وی در گزارش عملکرد خود به ابتکار جالبی که انجام داده بود اشاره کرد بدین صورت که:



قرار بود در خانه ما که از خانه های قدیمی است و فضای نسبتاً بزرگی دارد ، هیئت مذهبی در پنجشنبه های هر هفته و به مدت یک ماه برگزار گردد. از سابقه برگزاری چنین هیئت ها که از سالهای پیش در ذهنم بود میدانستم که حداقل ۵۰۰ نفر در هر جلسه خواهند آمد.

با خودم فکر کردم که این مجلس ، فرصت مغتنمی است که من در رابطه با پیشگیری از بیماری ایدز آموزشهای خود را ارائه نمایم ، چراکه بیشتر از نصف مراجعین به هیئت را جوانان و نوجوانان تشکیل میدهند .

لذا مراتب را با مسئولین و روحانی هیئت در جریان گذاشتم و با کمی صحبت نظر موافق ایشان جلب شد. از آنجاییکه کل بسته آموزشی ۱/۵ تا ۲ ساعت زمان لازم دارد و کل برنامه هیئت نیز ۲/۵ ساعت است ، قرار

شد که کل بسته آموزشی را به چهار بخش تقسیم کنم و هر قسمت را در یک هفته در ابتدای شروع مراسم ارائه کنم تا هم به برنامه های جاری هیئت خللی وارد نگردد و هم اینکه مطلب ایدز تمام و کمال گفته شود.

هیئت ما وسایل کمک آموزشی نداشت ، لذا برای تهیه آن ، تصمیم گرفتم که اورهد اداره مان را به مدت یک ماه امانت بگیرم .

از هماهنگی کارها و امکانات ، بسیار خشنود بودم و قصد داشتم که همه توان خود را بکار گیرم تا کلاس پرشور و مفیدی ارائه کنم ، چرا که برای بار اول بود که در هیئت مذهبی میخواستیم مطلب علمی و سلامتی ، آنهم راجع به ایدز صحبت کنیم.

اولین جلسه فرا رسید ، طبق حدس خودم و شاید بیشتر از ۵۰۰ نفر در حیاط خانه مان جمع شده بودند. مراسم شروع شد روحانی هیئت در ابتدای صحبت به موضوع سخنرانی من اشاره کرد و گفت که بنابر اهمیت قضیه از شما خواهش میکنم که به مطالبی که توسط دوستان ارابه خواهد شد با دقت گوش فرا دهید در آخر مراسم نیز به سوالات عزیزان پاسخ داده میشود.

سپس من پشت اورهد خود رفتم و لامپ آن را روشن کردم بعد این که کاور مربی گری خود را پوشیدم میکروفن را روشن کردم و نگاهی به جمعیت حاضر انداختم.

یک لحظه ضربان قلبم بالا رفت ! خدایا این همه آدم ! کمک کن تا بتوانم که آنچه را که در توان دارم ارابه نمایم

آخر با وجود اینکه من ۳ بار از این کلاسهای در اداره مان برگزار کرده بودم ، ولی همه آن کلاسها ۲۰ نفر و یا ۳۰ نفر بودند ، نه این تعداد و بیش از ۵۰۰ نفر!

چند تا نفس عمیق کشیدم ، مکث کوتاهی کردم و با صدای بلند و قوی و با نام خدا مطالب خود را شروع کردم .

بعد از ۵ دقیقه ، شاید باورتان نشود که از حیاط خانه ما هیچ صدایی جز صدای بلند گو که من صحبت میکردم ، چیز دیگری به گوش نمیرسید. جوانان و حتی میانسالان و افراد پیر هم با دقت به حرفهای من گوش فرا میدادند.

قرار بود من هر هفته فقط ۱۵ دقیقه صحبت کنم و بقیه زمان در اختیار برنامه های هیئت باشد.

خیلی زود این ۱۵ دقیقه به پایان رسید . من اشاره کردم که بقیه مطالب انشاءالله در هفته بعد حضورتان ارابه میکنم.

چند نفر از جوانان از قسمتهای مختلف حیاط با صدای بلند گفتند ، که آقای مهندس خواهش میکنیم ادامه دهید.

میکروفن را به روحانی م مجلس دادم و او در جواب به جوانانی که خواهان ادامه مطالب بودند گفت که انشاءالله هفته بعد بقیه مطالب ارابه خواهد شد . من از شما میخواهم اگر دوستانی دارید و علاقه دارید که آنها نیز این مطالب را بشنوند ، هفته بعد آنها را هم برای مراسم دعوت کنید.

چهار هفته بدین منوال گذشت و در هر هفته حضور جوانان پررنگ تر میشد تا اینکه در هفته چهارم حدود ۸۰۰ نفر در هیئت شرکت کرده بودند. در حیاط دیگر جای سوزن انداختن نبود.

مسئولین هیئت و روحانی خودشان هم از این استقبال تعجب کرده بودند.

در جلسه آخر سوالاتی که در اسلایدهای آخر بود را برای جمع مطرح کردم و گفتم که هرکس جواب صحیح دهد به قید قرعه جایزه های نفیسی از هیئت دریافت خواهد کرد. سوالات را با نشان دادن تصاویر مربوطه مطرح کردم

و درکمال تعجب دیدم که اکثر حاضرین دستشان را برای جواب دادن بالا برده اند . سه چهار نفر به انتخاب روحانی هیئت پاسخ دادند و همه جواب ها صحیح بودند. قرار شد که یک جلد قرآن و یک جلد نهج البلاغه نفیس به عنوان جایزه تحویل ایشان گردد.

برنامه هیئت تمام شد و همه راضی و خشنود از آنچه در این ۴ هفته اتفاق افتاد و خوشحالی من بیشتر از همه .

روحانی هیئت در جلسه ای که برای جمع بندی مراسم داشتیم گفت که افراد زیادی از هیئت به وی مراجعه کرده اند و خواستار ادامه چنین صحبت‌هایی در مورد سلامتی در هیئت در جلسات آینده شدند. و من می‌خواهم اگر مقدور باشد این کار را ادامه بدهیم حتی اگر لازم باشد خودمان برای هیئت آورده و پرده تهیه می‌کنیم تا مطالب ارایه شده جذاب تر باشد. آیا موافق هستید؟

من که در پوست خود نمی‌گنجیدم ، فریاد زدم چرا که نباشیم ! ما هم سعی می‌کنیم تا تیمی تشکیل دهیم و با پیدا کردن مطالب به روز و به درد بخور در مورد سلامتی ، برای هر جلسه هیئت برنامه ۱۰ دقیقه ای آماده کنیم. حاضرین جلسه نیز با این پیشنهاد موافقت کردند و از آن روز به بعد هیئت ما بوی سلامتی به خود گرفت.

نسخه الکترونیکی

۱۷- روز جهانی ایدز و رقص حماسی:

در یکی از مراسمات روز جهانی ایدز که در یکی از دانشگاه های بزرگ استان برگزار شد. رییس دانشگاه از اول تا آخر برنامه حضور داشتند. در این مراسم علاوه بر سخنرانی های علمی که اساتید و مربیان ارایه کردند ، یک برنامه فرهنگی ، تفریحی نیز با موضوع ایدز در نظر گرفته شده بود. و آن اجرای مراسم رقص حماسی آذری (لزگی) با مفهوم مبارزه با ویروس ایدز .

قرار بود این مراسم را دانش آموزان یک دبستان پسرانه که قبلاً هماهنگی های لازمه به عمل آمده بود ، اجرا نمایند. از یک ماه قبل طی جلسات مکرری که با مدیران و مربیان فرهنگی دبستان داشتیم، آنها را از مراسم روز جهانی ایدز با خبر کرده بودیم و از آنها خواسته بودیم در صورت تمایل این قسمت برنامه را برعهده گیرند. وقتی مدیر از آمار و ارقام بیماری ایدز در دنیا و کشورمان با خبر شد و احساس کرد که همه جوانان ممکن است در خطر ابتلاء به این بیماری باشند . از صمیم قلب پذیرفت که با ما همکاری کند . لذا طی چندین جلسه ، به مربیان رقص آذری و مربی فرهنگی مدرسه ماهیت بیماری ایدز و چگونگی مبارزه با آن آموزش داده شد و آنها هم بر اساس آنچه که دریافت کرده بودند ، سناریو و داستانی در قالب رقص حماسی آذری تهیه و آماده کردند و به تمرین با دانش آموزان عضو تیم پرداختند. در طول ماه ما هم چند بار سر تمریناتشان حاضر شدیم. واقعاً جالب بود!

از آنجاییکه برای مراسم روز جهانی ایدز تبلیغات گسترده ای در سطح دانشگاه انجام گرفته بود و در تبلیغات هم به رقص آذری اشاره شده بود ، لذا سالن از ابتدای برنامه پر شده بود حتی دانشجویان در پله های سالن نشسته بودند و تعداد زیادی هم سرپا .

مراسم شروع شد. رییس دانشگاه صحبت های مختصری کرد و در جایگاه خود نشست.

برنامه دوم ، اجرای رقص حماسی آذری بود. مجری که این برنامه را اعلام کرد ، صدای هوررا و کف و سوت دانشجویان فضای سالن را پر کرد . بعد از مدتی پرده کنار رفت و آهنگ آذری دلنشینی شروع به نواختن شد. دوباره صدای تشویق و کف حاضرین سالن را پر کرد.

بچه های بازیگر یکی پس از دیگری که لباس های رقص حماسی لزگی را پوشیده بودند وارد صحنه شدند.

یکی از دانش آموزان که شنل سیاهی هم به تن داشت نقش ویروس را بازی میکرد ، یکی دیگر که شنل تیره رنگی داشت نقش جهل و انکار را بازی میکرد. آن دیگری که روی لباسش یک عدد سرنگ بزرگ نقاشی شده بود ، نقش اعتیاد تزریقی را داشت و دیگری نقش رفتارهای پرخطر و تعدادی از دانش آموزان نیز به عنوان جوانان و نوجوان

جامعه بازی میکردند که روی پیراهنشان نه بزرگی نوشته شده بود. و در آخر کوچکترین بازیگر نمایش پسرک خردسال ۶ ساله ای بود که با لباس سفید وارد سالن شد که نقش آگاهی و دانش را بازی میکرد. با ورود او به سن ، سالن از صدای تشویق مردم منفجر شد، همه خوششان آمده بود.

بچه ها خودشان را معرفی کردند و با آهنگ آذری به بیان مطالب و رقص خود پرداختند.

داستان، جنگ بین جهل و انکار و تاریکی با دار و دسته اش یعنی سرنگ و اعتیاد و تزریقی و رفتارهای پرخطر بود با این طرف جبهه یعنی آگاهی و دانش و جرات گفتن نه و نوجوانان و جوانان جامعه .

همه این ماجراها همراه با موسیقی و سخنان موزون و رقص حماسی آذری صورت پذیرفت. سالن ساکت ساکت



بود و همه غرق در اجرای هنرمندانه کودکان. در نهایت رقص حماسی با پیروزی آگاهی و دانش بر جهل و تاریکی و انکار به پایان رسید.

دوباره صدای تشویق مردم بلند شد . این بار پر قدرت تر از بار اول و مدت زیادی هم ادامه داشت.

رییس دانشگاه بدون برنامه ریزی قبلی از جایگاه خود برخاست و به طرف تریبون رفت و پشت میکروفن قرار گرفت. سالن ساکت شد.

رییس دانشگاه در حالیکه اشک چشمانش را پاک میکرد گفت : این اشک خوشحالی من است . من خیلی تحت تاثیر قرار گفتم . چرا که افتخار میکنم در کشور و میهنمان چنین نوجوانان با استعداد و هنرمندی داریم که میتوانند علی رغم کم سن و سالیشان ، حساسترین بحثهای علمی و اجتماعی روز دنیا را در قالب هنر و فرهنگ به بزرگترهای خودشان یاد دهند . مرحبا . آفرین هم به خودتان هم به معلمانتان.

رییس دانشگاه ادامه داد ، به نظر من اگر ما با یک دید علمی به گذشته خود نگاه کنیم و آنچه که به عنوان فرهنگ و تاریخ کشورمان به ما به ارث رسیده را دریابیم . به کمک آنها و با استفاده از علوم و فنون عصر جدید به راحتی میتوانیم در مقابل پدیده های تهدید کننده سلامتی نظیر ایدز و اعتیاد و مواد روانگردان و پیروز شویم .

در این لحظه رییس دانشگاه از گردانندگان برنامه خواست که جایزه های کودکان هنرمند را تقدیم حضورشان کنند . که با تشویق مردم یکی یکی جوایزشان با دست رییس دانشگاه تحویل آنها داده شد . هنگامی که نوبت به خردسال ترین و شیرین ترین هنرمند رسید رییس دانشگاه اورا بغل کرد و بوسید و از خدا برای او آروزی سلامتی و تندرستی و موفقیت کرد. همچنین در این مراسم از معلمین و مربیان این دانش آموزان که در آماده شدن آنها نقش حیاتی داشتند تقدیر و تشکر شد.

نسخه الکترونیکی

۱۸- ما همیشه دوست میمانیم!

یکی از دستاوردهای دوره های تربیت مربیان همسان پیشگیری از ایدز ، ایجاد ارتباط میان مربیان از دانشگاه های مختلف با هم است . چرا که از برگزاری این کارگاه ها از سال ۱۳۷۹ تا کنون مربیان همسان دانش آموزی ، از مدارس و حتی شهرهای مختلف ارتباط خود را با هم حفظ کرده اند و حتی در چند مورد اقدام به شرکت در

تورهای تفریحی و سیاحتی نیز نموده اند که در مواردی هم از پشتیبانی مراکز بهداشتی درمانی و آموزش و پرورش برخوردار شده اند از قبیل تهیه اتوبوس و تغذیه و محل اسکان و



این دوستی مربیان حتی بعد از فارغ التحصیلشان از مدرسه نیز در دانشگاه هم ادامه پیدا میکند . مربیان دانشجویی در دانشگاه ضمن اجرای برنامه های آموزش همسان در سطح دانشکده ها ، بعزت محیط علمی دانشگاه علاقمند به انجام کارهای تحقیقاتی نیز میشوند و در وهله اول سعی میکنند که اقدامات آموزشی خود را به مقالات علمی تبدیل کنند . حتی در مواردی این مقالات به مجلات خارجی معتبر نیز راه پیدا کرده اند .



یکی دیگر از فعالیتهای دانشجویی مربیان ، قبول پروژه های اعطایی از دانشگاه و انجام آنها ست . چرا که مربیان در مدت دانش آموزی با تمرین های مکرری که با هم داشتند ، اصول و فنون کار تیمی را یاد گرفته اند و در تقسیم وظایف و انجام کارها ، تبحر و مهارت لازم را کسب کرده اند و دانشگاه بهترین محیط برای بالفعل کردن این پتانسیلها است .

یکی از عوامل تداوم ارتباط مربیان با یکدیگر ، وب سایت SHEPmodel به آدرس www.shepmodel.com هست . مربیان در هر جای دنیا می توانند با مراجعه به این وب سایت ، از حال دوستان قدیمی باخبر شده دوستان جدید پیدا کنند و ضمن اطلاع از آخرین اخبار، در جریان آخرین تحولات و برنامه ها قرار بگیرند و می توانند آخرین نسخه بسته های آموزشی را دریافت نمایند . همچنین مربیان می توانند گزارشات و خاطرات و پیشنهادات خود را به وب سایت ارسال نمایند و از نقطه نظرات دیگران نیز بهرمنند شوند.

۱۹- آقا / خانم ، جانشینان را معرفی کنید لطفا!

می دانیم که یکی از نقطه ضعفهای برنامه های دانش آموزی و دانشجویی ، موقتی و مقطعی بودن آنها است . چرا که با فارغ التحصیل شدن دانش آموز و یا دانشجو ، کوله باری از تجربه و دانش مربی گری را با خود میبرد. البته



این امر خود یکی از برکات این سیستم است چراکه دانش آموز و یا دانشجو در مقطع بالاتر هر کجا که باشد بصورت اتوماتیک و خودکار به انتشار پیامهای سلامتی که یاد گرفته است خواهد پرداخت.

لذا در سیستم آموزش و پرورش و دانشگاه ها باید به فکر راه کاری برای ایجاد پیوستگی در نظام تربیت مربیان باشیم ، طوریکه همیشه در سطح مدارس و دانشگاه ها مربیان فعال و علاقمند موجود باشد.

در مدل SHEP برای این نقص راه کاری اتخاذ شده است که در دو مرحله به مورد اجرا در می آید.



۱- در مرحله اول در بکارگیری دانش آموزان و دانشجویان مربی ، سعی می شود تا حد امکان از سال پایینی ها استفاده شود ، چرا که ماندگاری در مدرسه و دانشگاه یک دانش آموز یا دانشجوی سال اولی و یا دومی بیشتر از سال سومی و چهارمی است .

۲- هر دانش آموز و یا دانشجویی مربی باید در یکسال مانده از تحصیلاتش ، نفر جانشین خود را از دانش آموزان یا دانشجویان سال پایینی ، معرفی نماید، تا وی ادامه دهنده راه مربی فعلی بعد از فارغ التحصیلی باشد.

از آنجاییکه هر مربی میخواهد جانشینش راه او را بهتر از خودش ادامه دهد در معرفی جانشین ، وسواس و دقت خاصی به خرج میدهد . برای این کار وی ، از بین دانش آموزان و دانشجویان جدیدالورود دنبال فرد علاقمند و علمی میگردد. این حالت خود یک مکانسیم ارتباطی بین دانشجویان و دانش آموزان سال بالا با دانشجویان و دانش آموزان سال پایین ایجاد میکند و ضمن ایجاد دوستی بین آنها باعث انتقال تجربیات نیز میشود.

با اجرای برنامه "مربی جانشین" ، فعالیت مربیان همسان این مدل که از سال ۱۳۷۹ شروع شده است ، هیچ گونه وقفه‌ای به علت نبود مربی برای دوره های تربیت مربی و برگزاری کلاسهای آموزش همسان ، اتفاق نیافتاده است.

نسخه الکترونیکی

۲۰- باهم قویتر هستیم! کمپین پانصد هزار نفری پیشگیری و کنترل ایدز.

سازمان مردم نهاد "جامعه پیشگیری از بیماری ایدز" با همکاری وزارت بهداشت و سایر سازمانهای دولتی و غیر دولتی، در طول ده سال برگزاری کارگاه های تربیت مربی پیشگیری و کنترل بیماری ایدز در سطح کشور، موفق به تربیت ۱۰۰۰۰ (ده هزار) نفر مربی فعال از دو گروه پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی و آموزشی، همچنین تربیت مربیان همسان از داوطلبان سلامت، رابطین ادارات، دانش آموزان، دانشجویان، نیروهای نظامی، انتظامی، بسیجی و ... شده است.

این مربیان در کارگاه های دو روزه تربیت مربی مدل SHEP و بصورت کشوری، منطقه ای، استانی و شهرستانی، آموزش دیده و آموخته های خود را بصورت آبخاری تا محیطی ترین قشر جامعه انتقال می دهند.

اتفاق جالبی که در سال هفتم فعالیتهای این سازمان به وقوع پیوست، طراحی و اجرای بزرگترین campaign آموزشی پیشگیری و کنترل بیماری ایدز در سطح کشور و در طول ماه آذر بود.

مدیران اجرایی جامعه پیشگیری از ایدز با مشورت و هماهنگی مسئولین بهداشتی و درمانی از یک طرف و فراخوانی تمامی مربیان تربیت شده تا آن زمان، اقدام به طراحی، برنامه ریزی و اجرای گسترده ترین campaign اطلاع رسانی و آموزشی در سطح کشور نمودند.



با توجه به تقارن روز جهانی ایدز با زمان انجام این پروژه عظیم آموزشی یک ماهه و حساسیت جامعه به مسئله ایدز در این دوران، مقرر شد مربیان تربیت شده با بهره گیری از کلیه امکانات و رسانه های در اختیار (صدا و سیما، جراید، کلاسها و ...) در کلیه اماکن از جمله: مدارس، مساجد، کلیساها، دانشگاه ها، کارخانه ها و ... و با استفاده از بسته آموزشی یکسان، ۵۰۰/۰۰۰ نفر از گروه های مختلف مردمی را، تحت پوشش آموزشی خود ببرند.

از مزایای این کمپین بزرگ میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- مدیریت اجرایی واحد و هماهنگ

۲- تقویت کار تیمی بین دستگاه ها و ارگان های ذیربط و جلوگیری از موازی کاری.

۳- همزمانی اجرای کمپین در مکانهای مختلف

۴- افزایش اثرگذاری آموزشهای انجام یافته به دلیل گستردگی کمپین

۵- تاثیر گذاری مثبت و هماهنگ در سطح جامعه به دلیل یکسان بودن محتوا و شیوه های آموزشی .

۶- سیستماتیک بودن اجرای کمپین در کلیه مراحل برنامه ریزی ، اجرا، و ارزشیابی.

۷- تمرین عملی برای سازمان دهی، برنامه ریزی و اجرای بسیجهای اجتماعی با محوریت ارتقاء سلامت .

۸- کسب آمادگی برای انجام واکنش سریع اطلاع رسانی عمومی در اپیدمی ها و پاندمی های احتمالی مانند، پاندمی آنفلوانزا، اپیدمی التور و بیوترورسیم و ...

۹- مشخص تر شدن اثر مثبت همکاری پرسنل بهداشت و درمان با داوطلبین سلامت ، به عنوان دوبرال هواپیمای ارتقای سلامت .

یکی از مریبان تاثیر گذار در سطح جامعه ، روحانیون و مسئولین هیئت های مذهبی شهرها و روستا ها است . از آنجایی که برگزاری این کمپین مصادف با نزدیکی ماه های مذهبی آن سال بود، روحانیون و مسئولین هیئت های مذهبی جهت برنامه ریزی مراسمات در ماه های مذهبی ، گردهمایی هایی داشتند. با هماهنگی های بعمل آمده ،



تعداد کثیری از روحانیون آمادگی خود را جهت شرکت در دوره های مربی گری اعلام کردند . بعد از برگزاری دوره های مربوطه ، مجریان برنامه های مذهبی تصمیم گرفتند که در کلیه سخنرانی های مدنظر در ماه های مذهبی، به مسئله ایدز و چگونگی پیشگیری از آن خصوصاً در رابطه با اصلاح رفتارهای پرخطر با رعایت موازین دینی اقدام نمایند.

بنابر گزارشات واصله از مریبان در طول یک ماه ، جمعیت بیش از ۵۰۰/۰۰۰ نفری بوسیله اجرای کمپین پیشگیری و کنترل بیماری ایدز آموزش دیدند.

از آن سال به بعد در نزدیکی روز جهانی ایدز، همایشی با عنوان " باهم قویتر هستیم" باهمت و مدیریت جامعه پیشگیری از ایدز برگزار میگردد. مدعوین این همایش، کل مربیان دوره دیده از همه گروه های اجتماعی (دانشجویی، دانش آموزی، کارکنان دولتی و غیر دولتی، دواطلبین سلامت و ...) هستند.

در این همایش عظیم، از مسئولین بهداشتی و درمانی و سایر ارگانهای ذیربط نیز دعوت به عمل می آید و ضمن اجرای برنامه های متنوع، سخنرانی هایی نیز در مورد اجرای کارگاه ها و کلاسهای آموزشی، مشکلات و چالشهای پیش رو و بیان پیشنهادهایی برای حل آنها، ایراد میگردد. در این همایش مربیان ضمن دیدار همدیگر و ایجاد ارتباط با افراد جدید، از تجربیات یکساله دوستان خود بهرمنند میشوند.

مربیان جامعه پیشگیری از ایدز، با بیان تجربیات و دستاوردهای خود از دوران مربی گری باعث افزایش اندوخته های علمی و عملی خود می شوند.

نسخه الکترونیکی

۲۱- هر آنچه از دل برآید، لاجرم بر دل نشیند

بعد از گذشت مدتی از برگزاری یکی از دوره های تربیت مربی پیشگیری از ایدز برای پرسنل بهداشتی و درمانی، و اجرای برنامه های آموزش مردمی توسط کادر برای افراد تحت پوشش. یکی از پزشکان که خود نیز در کارگاه حضور داشت، در جمله ای به مدیران برنامه، گفت: من ۲۷ سال سابقه کار دارم و در کل این ۲۷ سال حتی یکبار هم به عنوان مربی، صحبت حتی ۱ دقیقه ای هم نکرده بودم! راستش فکر میکردم خیلی سخت است و هر بار که موقعیتش پیش آمده بود، به نوعی از دادن آموزش شانه خالی کرده بودم.



ولی در این کارگاه فهمیدم که، نه تنها آموزش دادن سخت نیست بلکه خیلی هم راحت است و به قول یکی از فیلسوفان: *یاد دادن و یادگرفتن، نوعی لذت بردن است.*

بدون اغراق میگویم، از آن روز به بعد سعی میکنم که بیشتر اوقات به آموزش بپردازم، حتی در ویزیت بیماران نیز اکثر وقت را به آموزش میدهم. و به ۲۷ سال گذشته خود نیز افسوس میخورم که چرا این فرصتها را از دست دادم.

کاش این کارگاه ها خیلی زود تر از این ها برگزار میشد!

تازه! دستاورد جالب دیگری که این کارگاه ها برای ما در مرکز که کار میکنیم، داشت، این بود که، قبل از این، اولاً همکاران تمایلی به آموزش نداشتند و در صورت آموزش هم آنرا از روی اجبار و با بی میلی و اکراه انجام میدادند، ثانیاً هر یک از همکاران به روشی که دلش میخواست آموزش می داد، یکی ۱۰ دقیقه آموزش می داد، آن دیگری همان مطلب را دی یک ساعت می گفت، دیگری در ۵ دقیقه! از هرکس هم می پرسیدی، چرا اینگونه آموزش میدهی، میگفت:

از چه بگویم؟

چگونه بگویم؟

در چه مدت بگویم؟

کی به من یاد داده که چگونه آموزش بدهم؟

همکاران واقعا حق داشتند ، چنین چیزی وجود نداشت . لذا میدیدم که آموزشهای همکاران مختلف ، تاثیرات متفاوتی روی مردم میگذاشت و بدتر این که ، آموزشهای انجام شده را ، نمیتوانیستیم ارزشیابی کنیم.

اما با آمدن این مدل آموزشی ، تقریباً ، همه مشکلاتی که در بالا به آنها اشاره کردم حل شده است . و مورد جالبی که اتفاق افتاده ، هماهنگی و یکسان شدن شیوه آموزشی همکاران است . این امر ضمن بالا بردن انگیزه آموزش همکاران و تمایل و رقابت روز افزون آنها در آموزش به مردم ، استقبال مردم را نیز از آموزشهای مرکز ما افزایش داده است ، چرا که از قدیم گفته اند: هر چه از دل برآید لاجرم بر دل نشیند.

نسخه الکترونیکی

۲۲- SHEP model یکی از بهترین مدل‌های آموزش پیشگیری از ایدز



باتوجه به تجربه موفق سازمان مردم نهاد "جامعه پیشگیری از ایدز" CAP در طراحی پکیج آموزشی پیشگیری و کنترل بیماری ایدز و اجرای موفق استانی آن، پیرو گزارشات ارسالی به وزارت بهداشت، همچنین بازدید های مستقیم و از نزدیک مسئولین مرکز مدیریت بیماریها و کارشناسان وزارتی، همچنین مسئولین و کارشناسان سازمانهای بین المللی نظیر UNAIDS-UNDP از نحوه اجرای برنامه ها و نتایج آن، بنا شد این مدل به عنوان الگوی کشوری در تربیت مربیان پیشگیری از ایدز، به مورد اجرا درآید و در اولین قدم دانشجویان منتخب و کارشناسان ایدز دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، به صورت منطقه ای در کارگاه های تربیت مربی شرکت کرده و بعد از طی دوره، آموخته های خود را در برنامه آموزش همسان به سایر دانشجویان منتقل کردند.

این مدل آموزشی در زمینه پیشگیری و کنترل ایدز در سال ۲۰۱۰ در جلسه مشترک UNESCO و UNICEF که در کشور لائوس در زمینه ایدز برگزار شده بود، به عنوان مدل نمونه آموزشی، برگزیده شد و برای شرکت کنندگان جلسه رایه گردید. بعد از آن جلسه چند کشور از این الگو در زمینه تربیت مربیان استفاده کرده اند.

همچنین در سال ۲۰۱۳ در جلسه هیئت بورد PCB-UNAIDS مستقر در ژنو سوئیس، این مدل آموزشی به عنوان یکی از الگوهای موفق آموزشی نوجوانان و جوانان از طرف جمهوری اسلامی ایران مطرح گردید. [فایل رایه جمهوری اسلامی ایران از سایت سازمان UNAIDS با لینک زیر قابل دریافت است.](#)

[لینک دریافت فایل از UNAIDS](#)

(با کلیک روی سطر بالا میتوانید مستقیماً فایل مربوطه را سایت سازمان UNAIDS دریافت نمایید)

ضمیمه ۹

تصاویری از عملکرد

مربیان SHEPmodel

در اقصی نقاط کشور

نسخه الکترونیک

بیش از ۵۰۰۰۰ نفر

مربی فعال دوره دیده SHEP model در سطح کشور

پیشگامان عرصه ارتقاء سواد سلامتی مردم

در ایران

برگزاری کارگاه های تربیت مربی دو روزه TOT-TOS-TOP:

روز اول: ارایه بسته آموزشی بر اساسی SHEPmodel توسط مربیان کارگاه



روز دوم: ارایه قسمتی از بسته آموزشی توسط تک تک شرکت کنندگان و اعلام نظر در باره نقاط قوت و ضعف افراد توسط سایر شرکت کنندگان. و نهایتا ارزشیابی نهایی توسط مربیان کارگاه و صدور گواهی مربی گری برای شرکت کنندگان.





تصاویری از کمپین اطلاع رسانی و همدلی
مربیان SHEP model در سراسر کشور



نمونه ای از برگزاری کمپین دانش آموزی پیشگیری از HIV/AIDS در سطح شهرها

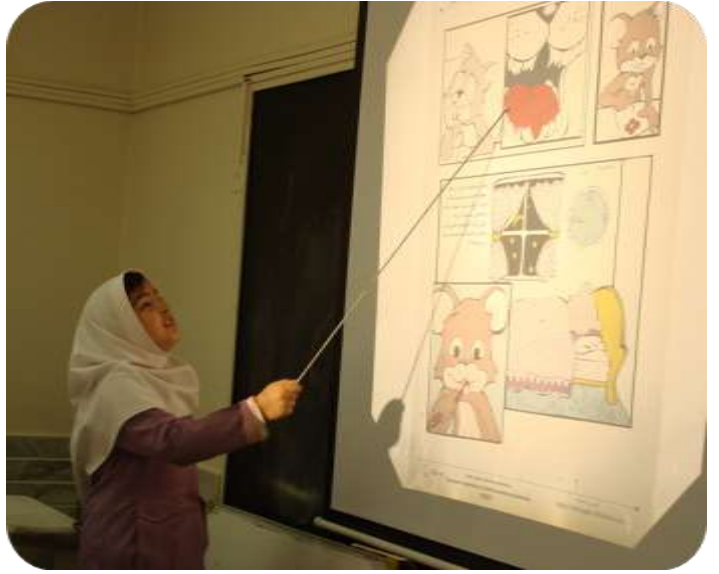






برگزاری کلاسهای آموزشی همسان (سلامت دهان و دندان)
توسط مربیان سلامت SHEP model ۱۰-۶ ساله در کودکانها و مدارس ابتدایی





نمونه هایی از تصویر هزاران جلسه آموزش مردمی **SES** و **PES** که توسط بیش از **۵۰۰۰۰ نفر مربی** سلامت در **سراسر کشور** برگزار شده است :







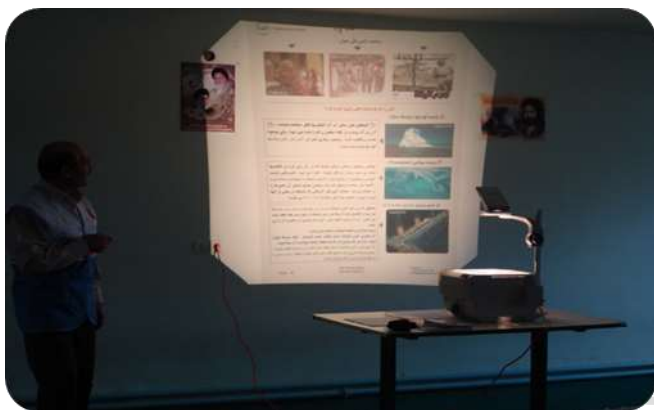




تجهیز سخت افزار



















ضمیمه ۱۰

پمفلت

HIV/AIDS pamphlet

مربیان عزیز می توانند در جلسات آموزشی از فایل پمفلت، پرینت تهیه کرده و به تعداد شرکت کنندگان تکثیر نموده و در اختیار حضار محترم قرار دهند.

نوع و مراحل بیماری:

علی‌البیاری ایدز نوعی ویروس بنام HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی) می‌باشد. از گان هدف این ویروس سیستم ایمنی انسان یا همان سلولهای سفید خونی (WBC) است. در اثر حمله ویروس از تعداد و عملکرد آنها کاسته می‌شود. سه مرحله بعد از زود ویروس به بدن انسان طی می‌شود:

۱- مرحله عفونت اولیه (primary HIV infection)

ویروس پس از ورود به خون به سرعت شروع به تکثیر می‌کند. در ۵۰٪ تا ۷۰٪ افراد آلوده به عفونت HIV در عرض ۲ تا ۳ هفته اول علائمی مثل تب - گلودرد - می‌اشتهایی و ... بروز می‌کند.

نویجه: در این دوره از بیماری چون بادی‌های HIV در خون فرد مبتلا به اندازه کافی تولید نشده‌اند. باید در آزمایشات معمول HIV قابل تشخیص نباشد. بنابراین توصیه می‌شود آزمایش بعد از ۳ ماه در دو نوبت دیگر نیز تکرار شود.

۲- مرحله نهنگی (Incubation period)

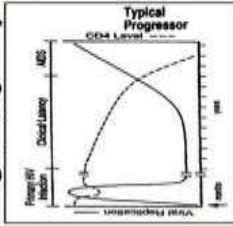
بعد از مرحله اول فرد مبتلا به HIV وارد دومین مرحله یا مرحله نهنگی می‌شود که مدت آن بطور متوسط ۸ تا ۱۰ سال است. مشخصه بارز این مرحله بدون علامت بودن آن است. و ظاهر بیمار مانند افراد طبیعی است و چه با بسیاری از مبتلایان از بیماری خود اطلاع ندارند. با این وجود

ویروس در بدنشان در حال تکثیر بوده و در صورت داشتن ارتباط جنسی یا انتقال خونی و اشتراک سرنگ و یا قنچه با سایر ملان مبتلا، این ویروس به دیگران منتقل می‌شود.

۳- مرحله ایدز (AIDS period)

مراحل سوم یا مرحله آخر بیماری است که بعد از ۱۰ سال فرامی‌گذرد.

در این مرحله از بیماری تعداد ویروس در بدن انسان بسیار زیاد و بالکس تعداد سلولهای ایمنی بسیار کم است. بطوریکه بدن فرد مبتلا بدون دفاع می‌شود و هر بیماری حتی بیماری بسیار ساده و ضعیف می‌تواند فرد را و در مان مدت این مرحله ۶ ماه تا ۲ سال است. از مشخصه‌های این مرحله کاهش وزن شدید است.



راههای انتقال:

- روابط جنسی نامنظم بدون استفاده از کاندوم (کاپوت)
- هر گونه تماس خونی آلوده
- از مادر آلوده به کودک (دوران جنسی - هنگام تولد - دوران شیردهی)
- استفاده از سرنگهای غیرتکرار



چگونه پیشگیری کنیم؟

- خوشن داری و به تاخیر انداختن روابط جنسی تا زمان ازدواج
- وفاداری به همسر و کانون خانواده
- استفاده از کاندوم (کاپوت) در روابط جنسی نامنظم
- عدم استفاده از سرنگهای مشترک و مسابلی نظیر تیغ، مسواک و ...



ایده از راههای زیر منتقل نمی‌شود.

- روابط معمولی اجتماعی
- لمس کردن
- دست دادن
- در آغوش کشیدن
- نوبه معمولی
- آب و غذا
- نیش حشرات

HIV/AIDS

تلفظ صحیح: ایف/آی/دیز
 تلفظ غلط: ایف/آی/دیز
 تلفظ غلط: ایف/آی/دیز
 تلفظ غلط: ایف/آی/دیز

- منابع:
- WHO publication
 - UNAIDS publication
 - مجلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ایدز

HIV/AIDS, a fact too closer

- ایدز یک بیماری عفونی مزمن قابل کنترل است.
- فرد مبتلا به ایدز فقط یک بیمار است.
- بنا بر این با یک بیمار ایدز:



ترجمه و تدوین:
 دکتر غلام‌حسین نورآبادی
 nourehabadig@yahoo.com



واقعیتی نزدیک...
 خیلی نزدیک



آمار و ارقام

آمار و ارقام گزارش شده از کل دنیا حاکی از افزایش روزافزون این بیماری خصوصاً این جمعیت جوان کشور های در حال توسعه است.

طبق آخرین آمار و ارقام منتشر شده از طرف سازمانهای **UNAIDS,WHO**

مردم زنده مبتلا به **HIV** تقریباً در سال

تعداد موارد جدید تقریباً در سال

مردگی و میر پدنت **AIDS** تقریباً در سال

در مورد تعداد موارد جدید بیماری **HIV/AIDS** که به نوبه این افراد تحت آموزشهای پیشگیری از بیماری ایدز فرا می گرفتند و از امکانات پیشگیری برخوردار بوده اند، تعداد بیماران جدید خیلی کمتر از این مقدار بود!

روزانه هر کل دنیا

حدود ۱۰۰۰ نفر به بیماری **HIV/AIDS** مبتلا می شوند.

و حدود ۴۰۰۰ نفر به علت رسیدن به مرحله ایدز از این می روند.

در ایران

آمار ثبت شده در ایران تقریباً در سال

تخمین تعداد مبتلایان در ایران تقریباً در سال

لطفاً برای به روز کردن اطلاعات و آمار به آدرس اینترنتی www.shpmodel.com مراجعه فرمایید.



رومان فرمز چیست؟

اگر وقت کرده باشید روی هر دسته کل تقدیمی از طرف دوستان رومان خوشترکی هم نصب شده است.

اماکنده کل و رومان با این کار خود نشان میدهند که از دوست خود حمایت میکنند و از صمیم قلب به وی محبت و عشق می ورزند.

پس معنی کل رومان، محبت، حمایت و عشق است.

رومان فرمز به عنوان سمبل حمایت از مبتلایان به ایدز در نظر گرفته شده است.

عزت انتخاب رنگ قرمز برای رومان، به دلایل زیر است.

۱- قرمز نشانه عشق و امید و حمایت و تسلیم خود عشق و مدارا با بیماران است.

۲- قرمز نشانه درده و رنج ناشی از مرگ مبتلایان به ایدز است.

۳- قرمز علامت خطر و گفاتی از عدم توجه جوامع به بیماری ایدز است که باعث بوجود آمدن یکی از بزرگترین معضلات جهانی شده است.

پس مفهوم رومان فرمز یعنی:

از افراد مبتلا به ایدز حمایت میکنیم

افراد مبتلا به ایدز را همچون دوست داریم

برای پیشگیری از ایدز هم یکنان هستیم



بیماری ایدز به چه پدیده طبیعی شباهت دارد؟

۱) کوه یخ (Iceberg)

۱۰٪ کوههای یخی شناور در آب اقیانوسها قابل مشاهده و روی آب هستند، ۹۰٪ آن زیر آب بوده و در نگاه منطقی و گمراه کننده نمی بینند ولی موجود هست و وضعیت ایدز در کشورهای خاورمیانه به کوه یخ تشبیه شده است.

۲) فاجعه سونامی (Tsunami)

سونامی به موجهای سهمگین دریایی گفته می شود که در اثر زمین لرزه در اقیانوسها تولید می شوند و بسیار ویرانگر هستند.

اشاره می کنند، کشورهایی که فرصت آموزش و پیشگیری از بیماری ایدز را به دلایل جهل و ناانگیز از دست بدهند، و حقیقتاً درست اندک است

(فاجعه ایدز همانند موجهای قدرتمند سونامی جوامع ناشی آن کشورها را در خواهد نوردید و سهم کشور های اروپایی که متأسفانه در بعضی از آنها پیش از این بی جمعیت بک کشور مبتلا به **HIV/AIDS** می باشند)

۳) فاجعه تایتانیک (Titanic)

هتلانطور، می گفایند کشتی تایتانیک (یشتره ترین و عظیم‌الوجه ترین ساخته بشر در سال ۱۹۱۲) فرار بود از انگلستان عازم آمریکا شود ولی متأسفانه در طول مسیر به علت غفلت دیده بان کشتی در اثر خوردن با کوه یخی غرق شد و بسیاری از مسافریسن آن از این رفتند.

و در نهایت ...

۱) مسافرین کشتی تایتانیک از همه طبقات جامعه (از فرستاد طبقه متوسط - فقیر) بودند ایدز هم یک بیماری است که همه طبقات جامعه می خوانند به آن مبتلا شوند

۲) غرق شدن کشتی تایتانیک به علت غفلت دیده بان آن و برخورد با کوه یخ بود. جوامع پیشرفته امروزی هم به دلیل غفلت دیده بان سلامت جامعه (مردم و مسئولین) در خطر تجدید برخورد با کوه یخ ایدز هستند.

خواننده گرامی:

مفهوم

ایدز یک بیماری تولید می شود که بیش از ۲۰ سال از عمر آن نمی گذرد ولی در این مدت کوتاه تمام کشورهای جهان را آلوده کرده و مسلمانان هم از آن فرار نکرده و نوجوانان جوان و پیر را از آنجا و قوت های مختلفی به کام برکت فرستاده است.

آری این بیماری هیچ مرز جغرافیایی نمی شناسد و در تمام کشورهای جهان موجب آسیب های گسترده جمعیتی و اقتصادی شده است.

به نظر شما علت گسترش وسیع این بیماری در عرض این مدت کوتاه در همه جای دنیا چیست؟

نتیجه تحقیقات انجام یافته، دو علت جهل (Ignorance) (بیماری از کشورهای اروپایی) و انکار (Denial) (کشورهای پیشرفته و در حال توسعه) را عوامل عمده این گسترش دانسته اند.

در جهل نفس در دانش و آگاهی است

و در انکار، نفس در گوش صحیح است

امروزه مشکل بسیاری از کشورها در برابر بیماری ایدز کمبود دانش و آگاهی نیست بلکه مشکل در گوش قلبی است که بین مردم و حتی مسئولین در رابطه با بیماری ایدز و افروغی که با **HIV** زندگی میکنند وجود دارد.

از آنجائیکه تاکنون هیچ واکسن و یا درمان موثری در برابر بیماری ایدز تولید نشده است، چهارراه مقبله با بیماری، پیشگیری از ابتلاء به آن است.

امید است در سایه وجود و گسترش گوش صحیح و مثبت در رابطه با بیماری ایدز و سازمان مبتلا به **HIV/AIDS** شاهد سیر نزولی تعداد مبتلایان جدید در جامعه جوانان و تمام جهان باشیم.

در این میان احکام مختلف مردم هم از نوجوانان، جوانان دانش آموزان و ... خصوصاً دانشجویان و دانشگاهیان به عنوان چهارراه دانش و آگاهی و برآیند شور جامعه نقش کلیدی در ایجاد و بهبود گوش مثبت به امر پیشگیری **HIV/AIDS** داشته و ضروری است ضمن کسب اطلاعات کافی در این زمینه، به محافظت از خود و جامعه شان همچون سایر اقدامات تحولی را انگیز بپسازند.

در این پژوهش سعی شده است به صورت مجمل شما عزیزان را با ابتلا مختلف این بیماری آشنا نموده و پذیرای حضور سبز و موفرتان در جنبش فراگیر پیشگیری از ایدز باشیم امید که توانایی بدون ایدز برای تسهیل آینده ایرانمان آوریم.



HIV/AIDS

پرسش‌ها

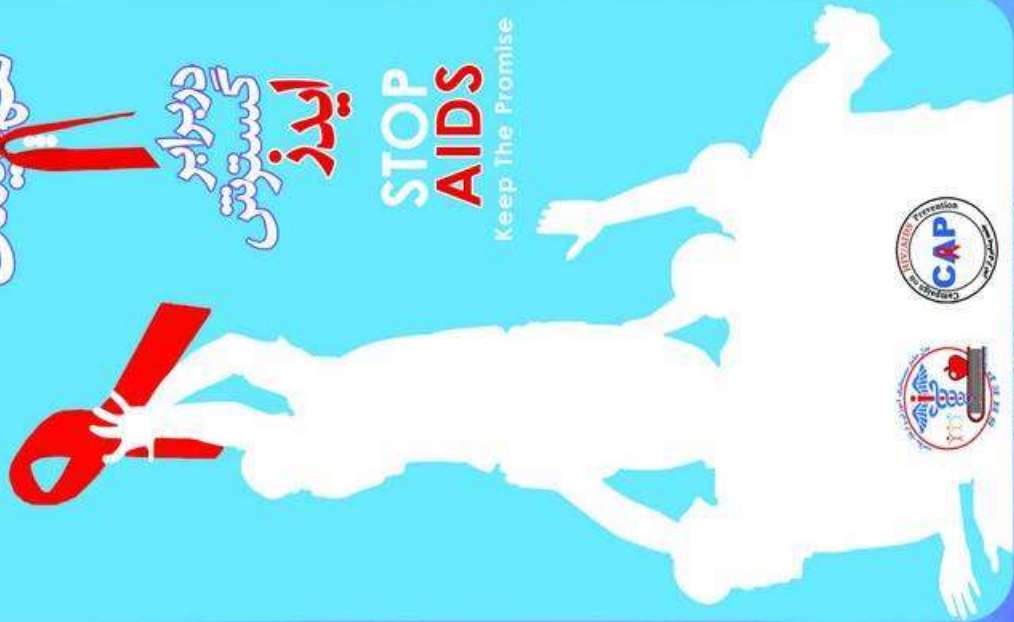
و

پاسخ‌ها

همبیمان
دردناک
گسترش
ایدز

STOP
AIDS

Keep The Promise



در حال حاضر آمار مبتلایان به HIV/AIDS در جهان و آمار ایران چگونه است؟

به علت تغییر سال به سال این آمار و ارقام، برای اطلاع از آخرین اطلاعات در جهان و ایران میتوانید به آدرس وب سایت زیر مراجعه فرمایید.

www.shepmodel.com



بررسی روند آماری چند سال اخیر مبتلایان به HIV/AIDS در ایران نشان میدهد که متأسفانه:
اولاً: تعداد و درصد مبتلایان از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده در حال افزایش است!
ثانیاً: تعداد و درصد مبتلایان زن نسبت به مرد نیز در حال افزایش است!

پس هم وطن عزیز:
هر یک از ما می توانیم با:

- حفاظت از خود و دیگران در برابر ایدز؛
- پذیرفتن فرد مبتلا به ایدز در خانواده و جامعه
- صحبت از ایدز با یکدیگر؛
- کامی در مبارزه با ایدز برداریم.



آیا شما این گام را بر می دارید؟

تهیه و تنظیم:

دکتر غلامرضا نورآبادی

طراح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقا، سلامت
nourabadigr@yahoo.com

از کجا بدانیم که مبتلا شده ایم یا نه؟

ابتدا به ویروس مولد ایدز فقط از طریق آزمایش خون مشخص می شود. از زمانی که فرد به ویروس آلوده شده تا زمانیکه آلودگی در آزمایش خون مشاهده گردد ممکن است چند ماه طول بکشد. بهتر است قبل از انجام آزمایش با یک مشاور صحبت کنیم.

آیا ایدز درمان دارد؟

در حال حاضر درمان قطعی که ویروس را از بین ببرد وجود ندارد. درمان های موجود می توانند طول عمر بیمار را افزایش داده، کیفیت زندگی را بهتر کنند.

اگر نگران ابتلای خود به ایدز هستید چه باید بکنیم؟

اگر از ابتلای خود یا همسر خود به ایدز نگران هستیم می توانیم به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری مراجعه کنیم. در این مراکز علاوه بر آموزش، مشاوره و ارائه وسایل پیشگیری، تست ایدز و سایر موارد رایگان انجام شده و افراد مبتلا تحت مراقبت و درمان قرار می گیرند. همچنین مشاوره می تواند به جلب همکاری همسر در پیشگیری از انتقال ویروس کمک کند.

آدرس مراکز و پایگاه های مشاوره بیماری های رفتاری:

برای اطلاع از آدرس مراکز مشاوره بیماری های رفتاری



سراسر کشور به سایت زیر مراجعه فرمایید:
www.shepmodel.com

ارائه خدمات و مشاوره در این مراکز:

رایگان و محرمانه می باشد.

چگونه خود را در برابر آلودگی حفاظت کنیم؟

- به تاخیر انداختن اولین رابطه جنسی تا زمان ازدواج با شریک جنسی ثابت (همسر)
- (پایبندی به اصول اخلاقی و خانوادگی ، تقویت اعتقادات مذهبی و معنویات)
- از روابط جنسی محافظت نشده پرهیز کنیم.
- به همسر خود وفادار بمانیم.
- از کاندوم در روابط جنسی استفاده کنیم.
- از مصرف مواد مخدر یا محرک پرهیز کنیم. استفاده از موادی مثل هروین، الکل، اکستازی (قرص X)، شیشه و... قدرت تصمیم گیری فرد را برای انتخاب روابط جنسی سالم مختل می کند.
- افرادی که هنوز موفق به درمان اعتیاد نشده اند ، از مصرف تزریقی مواد خودداری کرده ، یا حداقل از وسایل تزریق استریل و غیر مشترک استفاده کنند.
- از وسایل تیز و برنده مثل تیغ اصلاح ، سوزن خالکوبی و وسایل تزریق و... به صورت مشترک استفاده نکنیم.

کاندوم (CONDOM)

مهمترین وسیله پیشگیری از آیدز است .

خیرا

آیا لازم است افراد مبتلا از سایرین جدا گردند؟

ویروس ایدز از طریق تماس های معمولی مثل دست دادن، در آغوش کشیدن، روبرویی، عطسه، سرفه کردن و استفاده از حمام، توالت و استخر عمومی، استفاده از ظروف و وسایل غذاخوری مشترک و نیش حشرات منتقل نمی شود افراد مبتلا نیاز به حمایت و همدلی جامعه دارند.

آنچه ما را در معرض خطر قرار می دهد، رفتارهای پرخطر ماست، نه زندگی در کنار افراد مبتلا

۳

شایع ترین راه ابتلا به ایدز وی در جهان (۸۰٪) ، تماس جنسی محافظت نشده است.



چه عواملی خطر ابتلا به ایدز وی را در یک تماس جنسی پیشگیری می کنند؟

- رابطه جنسی محافظت نشده (تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم)
- ایجاد زخم ، خراشیدگی و خونریزی در حین تماس جنسی ، تماس های جنسی با خشونت یا وجود یک بیماری آمیزشی در زمان نشسته در یکی از طرفین (زخم، ترشح و باسورش دستگاه تناسلی می تواند از علائم آن باشند)
- در ارتباط جنسی مقعدی احتمال انتقال بیماری بیشتر است . (مقعد دارای عروق خونی زیاد و شکننده ای است)

آیا زن و مرد به میزان مساوی در خطر ابتلا هستند؟

خیرا

احتمال انتقال در تماس جنسی محافظت نشده ، از مرد به زن تا چندین برابر بیشتر از زن به مرد میباشد . به دلیل تفاوت ساختمان اندام های تناسلی زن و مرد و بقای بیشتر اسپرم آلوده در اندام تناسلی زن .

گروه های پرخطر از نظر ابتلا به ایدز چه کسانی هستند؟

- افرادی که دارای شرکای جنسی متعدد هستند.
- همچنین گریبان به ویژه مردان همجنس گرا
- معاندین تزریقی که از سرنگهای مشترک استفاده میکنند
- زنان تن فروش

مصرف الکل و مواد روانگردان ، یکی از عوامل مهم زمینه ساز برای ارتکاب رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی است!

۲

ایدز AIDS چیست؟

ایدز AIDS بیماری است که توسط یک ویروس پيام ایدز HIV منتقل می شود . این ویروس به تدریج قدرت دفاعی بدن را کم می کند به طوری که فرد به انواع عفونت ها و سرطان ها مبتلا شده ، در نهایت از پا می آید.

ایدز با عفونت HIV ایدز وی چه تفاوتی دارد؟

از زمانی که فرد به ایدز وی مبتلا می شود تا شروع بیماری ایدز ممکن است ۲ تا ۱۰ سال طول بکشد. در این مدت فرد سالم بوده می تواند به کار و فعالیت خود ادامه دهد ، ولی احتمال انتقال آلودگی از طریق او به دیگران وجود دارد . آلودگی از ظاهر فرد مشخص نمی شود.

ویروس HIV چگونه وارد بدن می شود؟

- تماس جنسی محافظت نشده با فرد آلوده. (یعنی تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم)
- استفاده مشترک از وسایل تزریق و یا سایر ابزار تیز و برنده مثل تیغ و سوزن خالکوبی؛
- انتقال خون و فرآورده های خونی آلوده؛
- از مادر مبتلا به نوزاد در طی حاملگی، زایمان و شیردهی

روبان قرمز چه سمبلی است؟

روز جهانی ایدز چه زمانی است؟

روبان قرمز سمبل حمایت از مبتلایان به HIV/AIDS است و مردم دنیا با نصب روبان قرمز روی سینه های خود، خواستار از بین رفتن تبعیض و انگ اجتماعی نسبت به این بیماران هستند.

روز جهانی ایدز : یک دسامبر هر سال برابر با دهم آذرماه هر سال

۱

ضمیمه ۱۱

پیش آزمون و پس آزمون

دانش، نگرش

Pre & Post test

قابل توجه مربیان و محققین محترم :

شاید مربیان مایل به انجام تحقیق نسبت به میزان آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان در کلاس خود باشند. لذا توصیه میشود مربیان عزیز موارد زیر را در انجام کار پژوهشی خود مراعات نمایند:

۱- قبل از انجام هر گونه تحقیق در زمینه پرسشنامه های پیوستی و اطلاع از چگونگی و مراحل انجام تحقیق و همچنین اطلاع از پاسخ های صحیح سوالات پرسشنامه با آدرس الکترونیکی www.shepmodel.com مراجعه فرمایید.

۲- در چاپ و انتشار مقاله ، به مدل آموزشی SHEP model اشاره شود.

۳- یک نسخه از مقاله و نتایج حاصله جهت اطلاع سایر محققین به وب سایت SHEP model ارسال گردد.

☑ لازم به ذکر است ، بعد از بررسی ،مقاله ارسالی به نام محقق آن در سایت قرار داده خواهد شد .



www.shepmodel.com

بسمه تعالی

پرسشنامه

Questionnaire

مشخصات پرکننده فرم:

گروه هدف:

کد شماره:

جنس: زن مرد

سن:

مجرد متاهل

میزان تحصیلات:

تاریخ تکمیل پرسشنامه:

پیش آزمون

پس آزمون



سوالات مربوط به دانش

(Knowledge)

✓ لطفاً جملات زیر را بدقت بخوانید. و قسمتی را که به دقت بیاتر نظر شماست علامت بزنید.

✓ لطفاً تا جایی که مقدور است صادقانه پر کنید. تحت تأثیر نظرات دیگران واقع نشوید.

✓ HIV=ویروس اچ آی وی AIDS=بیماری ایدز

لطفاً پاسخ خود را پس از اطمینان (با صحیح، غلط و یا نمی دانم) مشخص کنید

از روی ظاهر فرد میتوان فهمید که به HIV مبتلا هست.	صحیح	غلط	نمی دانم
HIV می تواند با رابطه جنسی منتقل شود.	صحیح	غلط	نمی دانم
استفاده از دستشویی که قبلاً توسط یک فرد مبتلا به HIV استفاده شده است می تواند منجر به انتقال بیماری شود.	صحیح	غلط	نمی دانم
غذا خوردن در یک سفره با فرد مبتلا به HIV می تواند ویروس HIV را منتقل کند.	صحیح	غلط	نمی دانم
مصرف مشترک سرنگ تزریقی می تواند HIV را منتقل کند.	صحیح	غلط	نمی دانم
HIV ممکن است در منی (ترشحات جنسی مردانه) و ترشحات جنسی زنانه و خون یافت شود.	صحیح	غلط	نمی دانم
تعدادی از مردم از طریق استفاده مشترک از استخر که یک نفر بیمار در آن بوده است، مبتلا شده اند.	صحیح	غلط	نمی دانم
HIV می تواند توسط گزش حشرات منتقل شود.	صحیح	غلط	نمی دانم
HIV می تواند با سرفه و تف انداختن منتقل شود.	صحیح	غلط	نمی دانم
برای کنترل HIV هیچ گونه درمانی وجود ندارد.	صحیح	غلط	نمی دانم
در آغوش گرفتن بیمار مبتلا به HIV بی خطر می باشد.	صحیح	غلط	نمی دانم
ایدز بیماری کشورهای غربی است نه کشور ما.	صحیح	غلط	نمی دانم
واکسن مؤثری علیه AIDS موجود است.	صحیح	غلط	نمی دانم
از یک کاندوم، چند بار می توان استفاده کرد.	صحیح	غلط	نمی دانم
۱-۵ مادر باردار مبتلا به HIV می تواند ویروس را به فرزند خود انتقال دهد.	صحیح	غلط	نمی دانم

ادامه پرسشنامه پشت صفحه

سوالات مربوط به نگرش

(Attitude)

✓ لطفاً جملات زیر را بدقت بخوانید. و قسمتی را که به دقت بیانگر نظر شماست علامت ✓ بزنید.

✓ لطفاً تا جایی که مقدور است صادقانه پر کنید. تحت تأثیر نظرات دیگران واقع نشوید.

. لطفاً پاسخ خود را در مورد هر کدام از موارد زیر (با موافقم، مخالفم و یا اینکه نظری ندارم) بیان فرمائید.

مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱. افراد مبتلا به HIV باید از بقیه افراد جامعه جدا گردند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۲. رفتار جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم می تواند باعث ابتلا به HIV شود.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۳. مبتلایان به HIV گناهکار بوده و مستحق عذاب هستند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۴. فرد آلوده به HIV بهتر است، شریک جنسی خود را از وضعیت HIV خود مطلع سازد.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۵. فقط آنهایی که در معرض خطر ابتلاء به عفونت HIV هستند نیاز به تفکر در مورد پیشگیری از AIDS دارند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۶. اطلاعات و دانش صحیح و به روز، در کنترل و مهار انتشار AIDS کمک می کند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۷. با یک بار تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم، نمیتوان به HIV مبتلا شد.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۸. نوجوانان، بهتر است که رفتار جنسی نداشته باشند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۹. دوستانم را که از نظر جنسی فعال هستند تشویق به استفاده از کاندوم خواهم نمود.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۰. جوانان می توانند از مواد مخدر داخل وریدی استفاده کنند چون یک بار تزریق مواد مخدر به رگ، برای ابتلا به این بیماری بی خطر است.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۱. اگر من شک کنم که ممکن است به HIV آلوده شده باشم اقدام به مشاوره و انجام آزمایش HIV خواهم کرد.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۲. وجود یک بیمار مبتلا به HIV بعنوان همکلاسی و یا همکار، بی خطر است.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۳. من فکر می کنم حمایت های اجتماعی زیادی برای بیماران مبتلا به HIV باید فراهم شود.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۴. جواب من به تشویق از سوی دوستانم برای داشتن رفتارهای پرخطر، ((نه)) است.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۵. بهتر است به فرزندان مان آموزش دهیم، که از افراد ناشناس و غریبه هیچ گونه هدیه ای دریافت نکنند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۶. من به بهترین شکل دوستانم را تشویق خواهم کرد تا در فعالیتهای مفید و سالم شرکت کنند.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۷. آموزش مباحث مرتبط با ایدز در مدارس و دانشگاه ها ضروری است.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۸- اگر به ایدز مبتلا شوم همه چیز برایم به پایان می رسد.
مخالفم	نظری ندارم	موافقم	۱۹- من درباره ایدز زیاد شنیده ام و دیگر حاضر نیستم بشنوم.

با تشکر از همکاری صمیمانه شما دوست عزیز

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

www.shepmodel.com

ضمیمه ۱۲

فرم های مربیان SHEPmodel:

فرم همکاری داوطلبین سلامت

برگ ارزشیابی مربی

حضور غیاب شرکت کنندگان

برگه های پرسش و پاسخ

برگ گزارش مربی

ضمیمه مربوط به فرم های مربیان SHEP:

- فرم همکاری داوطلبین سلامت ، جهت ثبت نام از شرکت کنندگان داوطلب و علاقمند
- برگ ارزشیابی مربی ، جهت صدور گواهی مربی گری برای مربیانی که در آزمون مربی گری موفق شده اند.
- برگ حضور و غیاب شرکت کنندگان ، جهت حضور و غیاب شرکت کنندگان در جلسات آموزشی
- برگه های پرسش و پاسخ ، جهت توزیع به شرکت کنندگان قبل از شروع کلاس
- برگ گزارش مربی ، جهت تهیه گزارش از جلسه آموزشی برگزار شده

بسمه تعالی

چگونه میتوانم مربی SHEP شوم؟



فرم همکاری داوطلبین سلامت

Health voluntary form

www.shepmodel.com

شماره:

تاریخ:

پیوست:

نام:

نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

مدرک تحصیلی:

شغل:

تلفن تماس:

موبایل:

کد شهرستان:

تلفن منزل:

کد شهرستان:

محل کار:

ایمیل:

آدرس پستی: استان شهرستان روستا

آدرس:

موارد همکاری:

مربی گری

خبرنگاری

ترجمه از زبان به زبان

تهیه مطالب و گزارش

سایر:

نام و امضاء

بسمه تعالی

گواهی پایان دوره مربی گری

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت

Systematic Comprehensive Health Education and promotion model



برگ ارزشیابی مربی

**License sheet
For trainer of
SHEP model**



تاریخ :

شماره :

بدینوسیله گواهی میشود :

جناب آقای / سرکار خانم فرزند
به شماره شناسنامه متولد استان شهرستان
از دانشگاه در کارگاه تربیت مربیان SHEPmodel با موضوع پیشگیری و کنترل بیماری ایدز
در گروه TOT-TOS کارکنان / TOP دانشجویان (مربیان هسمان)
که در مورخه های و به مدت ۱۶ ساعت برگزار گردید ،
شرکت فعال داشته و موارد کلاسی و کارگروهی و همچنین در کسب مهارتهای :
 تسلط علمی به مطالب بانمره نحوه بیان بانمره فن ایجاد ارتباط بانمره
با نمره کل موفق بوده اند ./.
نام و نام خانوادگی رییس دفتر مشاوره دانشگاه
نام و نام خانوادگی معاون دانشجویی دانشگاه

امضا

امضا

توجه: کارشناسان محترم استانی و شهرستانی برگزارکننده کارگاه های TOT، میتوانند مشخصات مربیان موفق شده در آزمون مربی گری استان و شهرستان خود را قسمت مربیان دوره دیده در سایت به آدرس www.shepmodel.com وارد نمایند.



www.shepmodel.com

لیست حضور و غیاب شرکت کنندگان در جلسات آموزشی

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (SHEP model)

استان دانشگاه

محل آموزش

توجه:

دانشجویان عزیز، منبعا آمار و ارقام و همچنین مطالب به روز شده این جلسه، به ایمیل و موبایلهایتان ارسال خواهد شد.

نام و سمت آموزش دهنده:	موضوع آموزش:
گروه هدف:	تاریخ / روز آموزش:

ردیف	نام خانوادگی	سن	رشته	مقطع تحصیلی	ایمیل (لطفا خوانا نوشته شود)	شماره موبایل
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
۲۱						
۲۲						
۲۳						
۲۴						
۲۵						
۲۶						
۲۷						
۲۸						
۲۹						
۳۰						

امضاء مربی

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

ضمیمه ۱۲
برنامه عملیاتی
فرمهای گزارش
استانی و شهرستانی

نسخه الکترونیکی



فرم جمع بندی کارگاه های TOS, TOP و آموزش دانشجویی SES, PES
مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

موضوع بسته آموزش..... تاریخ تکمیل فرم.....

دانشگاه..... شهرستان..... استان.....

ردیف	نوع	موضوع بسته آموزشی	تعداد کارگاه	تعداد نفرات	نام دانشگاه		تاریخ برگزاری کارگاه	تاریخ روز دوم
					تعداد جلسات	تعداد نفرات		
۱	TOS	کارگاه / جلسه تربیت مربی کادر دانشگاه و اعضای هیئت علمی					///	///
							///	///
							///	///
۲	TOP	کارگاه: تربیت مربی دانشجویان همسان					///	///
							///	///
							///	///
۳	SES	جلسات آموزش دانشجویی توسط: کادر دانشگاه و اعضای هیئت علمی						
۴	PES	جلسات آموزش دانشجویی توسط: دانشجویان همسان		تعداد جلسات	تعداد نفرات			

نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز مشاوره

امضاء:



فرم جمع بندی کارگاه های TOS, TOP و آموزش دانشجویی SES, PES
مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

دانشگاه استان شهرستان

موضوع بسته آموزشی تاریخ تکمیل فرم

ردیف	نوع	کارگاه / جلسه	تعداد کارگاه	نام دانشگاه		توضیحات	
				تعداد نفرات	تاریخهای برگزاری کارگاه		
					تاریخ روز اول		تاریخ روز دوم
۱	TOS	کارگاه : تربیت مربی کادر دانشگاه و اعضای هیئت علمی			///	///	
					///	///	
					///	///	
۲	TOP	کارگاه: تربیت مربی دانشجویان همسان			///	///	
					///	///	
					///	///	
۳	SES	جلسات آموزش دانشجویی توسط: کادر دانشگاه و اعضای هیئت علمی	تعداد جلسات	تعداد نفرات			
۴	PES	جلسات آموزش دانشجویی توسط: دانشجویان همسان	تعداد جلسات	تعداد نفرات			

نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز مشاوره
اعضاء

- ۱- کارگاه های **TOS=Training of Staff** کارگاه های تربیت مربیان کادر دانش
 - ۲- کارگاه های **TOP=Training of Peer educators** کارگاه های تربیت
 - ۳- جلسات آموزش مردمی (دانشجویی) **to public Education Sessions**
 - ۴- جلسات آموزش مردمی (دانشجویی) **Peer Education Sessions**
- توجه**
- ✓ کارگاه های **TOS, TOP** دو روزه ، ترجیحا یک هفته فاصله بین دو روز
 - ✓ در صورت بیشتر بودن تعداد کارگاه های **TOS** و **TOP** شهرستانی ،
 - ✓ فرم ها توسط کارشناسان مشاوره دانشجویی ، بصورت **سه ماهه** تکمیل



فرم جمع بندی کارگاه های TOS, TOP و آموزش دانشجویی SES, PES
مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

منطقه شماره : دانشگاه های

موضوع بسته آموزشی..... تاریخ تکمیل فرم.....

موضوع بسته آموزشی:	منطقه شماره.....		دانشگاه های تحت پوشش منطقه		تاریخ برگزاری کارگاه		تعداد نفرات	تعداد کارگاه	موضوع بسته آموزشی:	نوع	
	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم					
TOT 2	کارگاه / جلسه	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم	///	///	کارگاه / جلسه	تربیت مربی : کارشناسان منتخب منطقه تحت پوشش	TOT	
						///	///				کارگاه
						///	///				
TOS	کارگاه / جلسه	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم	///	///	کارگاه / جلسه	تربیت مربی کادر و اعضاء هیات علمی دانشگاه	TOS	
						///	///				کارگاه
						///	///				
TOP	کارگاه / جلسه	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم	///	///	کارگاه / جلسه	تربیت مربی مربیان همسان دانشجو	TOP	
						///	///				کارگاه
						///	///				
SES	کارگاه / جلسه	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم	///	///	کارگاه / جلسه	جلسات آموزش مودمی توسط : کادر بهداشت در زمان	SES	
						///	///				کارگاه
						///	///				
PES	کارگاه / جلسه	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم	///	///	کارگاه / جلسه	جلسات آموزش مودمی توسط : داوطلبین سلامت و گروه های همسان	PES	
						///	///				کارگاه
						///	///				

نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز مشاوره امضاء:

۱- کارگاه های **TOT2=Training of Trainers2** کارگاه های تربیت کارشناسان منتخب منطقه تحت پوشش میباشد

۲- کارگاه های **TOP=Training of Peer educators** کارگاه های تربیت مربیان همسان دانشجویی میباشد.

۳- جلسات آموزش مردمی (دانشجویی) **SES= Staff to public Education Sessions** جلسات آموزش مستقیم دانشجویی توسط مربی کادر و هیئت علمی.

۴- جلسات آموزش مردمی (دانشجویی) **PES= Peer Education Sessions** جلسات آموزش مستقیم دانشجویی توسط مربیان همسان دانشجویی

توجه

- ✓ کارگاه های **TOS, TOP** دو روزه ، ترجیحا یک هفته فاصله بین دو روز (جهت تمرین و آمادگی بیشتر مربیان برای ارایه مطالب) می باشد.
- ✓ در صورت بیشتر بودن تعداد کارگاه های **TOS** و **TOP** شهرستانی ، و پر شدن قسمت تاریخ کارگاه ها ، بقیه موارد در قسمت توضیحات اشاره شود.
- ✓ فرم ها توسط کارشناسان مشاوره دانشجویی ، بصورت **سه ماهه تکمیل و کپی** آن در موعد مقرر جهت جمع بندی به مراجع بالاتر ارسال می گردد.

ضمیمه ۱۴

اصطلاحات

Terminology

- HIV= Human Immunodeficiency Virus (اچ آی وی) ویروس نقص ایمنی اکتسابی انسان
- AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome سندرم نقص ایمنی اکتسابی
- ILO = International Labour Organization سازمان بین المللی کار
- IDUs = Injection Drug Users= مصرف کننده تزریقی مواد
- MSM= Men who have Sex with Men مردانی که با مردها رابطه جنسی دارند
- PLWHA = People Living With HIV/AIDS کسانی که به اچ آی وی مبتلا هستند
- Sex worker= تن فروش جنسی
- STI= sexuality Transmitted Infections عفونتهای منتقل شونده از طریق تماس جنسی
- UNAIDS = United Nations AIDS برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز
- UNDP = United Nations Development Programme = برنامه توسعه سازمان ملل
- UNESCO = United Nations Educational, Scientific and Cultural organization سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد
- UNFPA = United Nations Population Fund = صندوق جمعیت ملل متحد
- UNICEF = United Nations children s Fund صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد
- UNODC = United Nations Office on Drugs and Crime دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل
- VCT= Voluntary Counseling and Testing آزمایش و مشاوره داوطلبانه (بنا به درخواست مراجع)
- WFP = World Food Programme برنامه جهانی غذا
- WHO = World Health Organization سازمان جهانی بهداشت
- World bank= بانک جهانی

اچ آی وی مثبت:

شناسایی و ردیابی ویروس HIV و یا آنتی بادی ضد ویروس در آزمایشات یک فرد مبتلا.

ضمیمه ۱۵

منابع

References

منابع بخش اول

1. Glanz, K., Rimer, B. Health behavior and health education, theory, research and practice, 4th edition. Jossey-Bass, California.
2. Sharma, M., Romas, J.A. (2008) Theoretical foundations of health education and health promotion, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, USA.
3. Cottrel, R.R., Girvan, J.T., McKenzie, J. F. (2006). Principles and foundations of Health promotion and Education, USA: Pearson Education.
4. Pencheon, D., ed & et al (2006). Oxford Handbook of public Health practice. UK: Oxford University Press.
5. Guttman, N. (2000). Public Health communication Interventions: Values and ethical dilemmas, Thousand Oaks, CA: Sage.
6. Edelman, C.L. & Mandle, C. (2006). Health promotion throughout the life span, Canada: Elsevier, Mosby.
7. Ajzen, A., & Fishbein, M. (1980), Understanding attitudes and predicting social behavior. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
8. Butler, J. T. (1997). Principles of Health Education & Health promotion. (2nd ed). Colorado: Morton Publishing Company.
9. Naidoo, J., Willis, J. (2000). Health promotion: Foundations for practice. UK: Bailliere Tindall.
10. Green, L.W., Kreuter, M.W. (1999), Health promotion planning: An educational and environmental approach, Mayfield, Mountain View, California.
11. Egger, G., Donovan, R., Spark, R. (1993), Health and media: principles and practice for health promotion, McGraw-Hill Sydney.
12. Butler, J.T. (1997) principles of health education and health promotion, Morton Pub, Colorado.
13. McGuire, W. (1991). Theoretical foundations of campaigns. In: Rice R., Paisley W., eds. Public communication campaigns. Thousand Oaks, CA: Sage Pub.
14. Milio, N. (1987), Making healthy policy: developing the science by learning the art: an Ecological framework for policy studies, Health promotion, 2, 3 pp. 263 - 274.
15. Keith, T. "The methodology of health education" Journal of the Royal Society of Medicine Supplement. NO.13 Volume 79 1986.
16. Pescosolido, B.A., Levy, J.A., eds (2002) Social networks and health, 8th ed. Elsevier, Inc.
17. Goodman, R.M., Stekler, A., Keyler, M.C. (2002), Mobilizing organizations for health enhancement: theories of organizational change, in Glanz, K., et al. Health behavior and health education, 3rd edition, Jossey-Bass, California.
18. Guion, L.A. (2006) Educational Methods for Extension Programs, IFAS, Florida.
19. Hahn, R.A. (Ed). (1999). Anthropology in public health: bridging differences in culture and society. New York: Oxford University Press.
20. Nutbeam, D. (2006), Effective health promotion programs, in Pencheon, D., Guest, C., Meltzer, D., Muir Gray, J.A. Oxford Handbook of Public Health Practice, Oxford University Press, Oxford.
21. Adams, J. "Successful Strategic Planning: Creating Clarity." Journal of Healthcare Information Management, 2005, 19(3), 24-31.
22. American Academy of Family Physicians. "Good Communication Is Sign of Good Medicine for FP of the Year." FP Report, Oct. 1999.
23. American Association of Medical Colleges. "AAMC Report Aims to Enhance Communications Skills Training at U.S. Medical Schools; i80Is, AAMC Issues Doctor-Patient Communications Fact Sheet, Launches 'Doctoring 101' 1999. 2005.
24. Bertrand, J.T. "Evaluating Health Communication Programs." The Drum Beat, no. 302, Communication Initiative, . 2005.
25. Cline, R.J.W., and Haynes, K.M. "Consumer Health Information Seeking on the Internet: The State of the Art." Health Education Research, 2001, 16(6), 671-692.
26. Babrow, A. "Tensions Between Health Beliefs and Desires: Implications for a Health Communication Campaign to Promote a Smoking Cessation Program." Health Communication, 1991, 3(2), 93.
27. Coffman, J. "Public Communication Campaign Evaluation: An Environmental Scan of Challenges, Criticisms, Practice, and Opportunities." 2002.
28. Freimuth, V., Linnan, H. W., and Potter, P. "Communicating the Threat of Emerging Infections to the Public." Emerging Infectious Diseases, 2000, 6(4), 337-347.
29. Health Communication Unit. Center for Health Promotion. University of Toronto. "Health Communication." Retrieved Mar. 2006.
30. Lipkin, M. J. "Patient Education and Counseling in the Context of Modern Patient-Physician-Family Communication." Patient Education and Counseling, 1996, 27 (1), 5-11.
31. Kotler, P., and Roberto, E.L. Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior. New York: Free Press, 1989.
32. Paletz, D.L. The Media in American Politics: Contents and Consequences. New York: Longman, 1999.
33. Rogers, E. M., and Kincaid, D.L. Communication Networks: Towards a New Paradigm for Research. New York: Free Press, 1981.
34. Prue, C.E., Lackey, C., Swenarski, L., and Gantt, J.M. "Communication Monitoring: Shaping CDC's Emergency Risk Communication Efforts." Journal of Health Communication, 2003, 8(Suppl.1), 35-49. Ratzan, C., and others. "Education for the Health Communication Professional." American Behavioral Scientist, 1994, 38(2), 361-380.
35. UNICEF. Division of Communication, Health Communication Materials. "Communication Programme Planning Work Sheet." Communication Initiative, 2001.
36. Washington State Department of Health. "Guidelines for Developing Easy-to-Read Health Education Materials." June 2000.
37. Daar, R. Foundations of Community Medicine. 2nd edition, 618, 619: 2008.
38. Ellington, H. Using the Overhead Projector Effectively. The Robert Gordon University.
39. Lars, B. Educational technology. UNESCO. FMR/ED/OPS/81/224 (UNDP).

۴۰. محسن رنایی، رزیتا مویدفر / چرخه های افول اخلاق و اقتصاد سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران/ ۱۳۸۹

منابع بخش دوم

41. AIDS Epidemic Update, December 2005, UNAIDS/WHO, 2005.
42. AIDS, Health and Human Rights, IFRC, Harvard School of Public Health, 1995.
43. European guidelines for youth AIDS peer education, by Gary R. Svenson et al, Department of Community Medicine, Lund University, European Commission, 1998.
44. Facing the challenges of HI V, AIDS, STIs: a gender-based response, KIT/SAFAIDS, 1998.
45. HIV/AIDS and Human Rights, International Guidelines, OHCHR/UNAIDS, 1998.
46. HIV and Infant Feeding, Guidelines for Decision-Makers, UNICEF/UNAIDS/WHO, 1998.
47. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health promoting schools, WHO Information Series on School Health, Document six, WHO, 1999.
48. Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care, UNAIDS, 1997.
49. STI/AIDS Peer Educator Training Manual, a complete guide for trainers of peer educators in the prevention of STIs including HIV/AIDS, AIDSTECH-Family Health International, African Medical and Research Foundation and the National AIDS Control Programme of Tanzania, 1992.
50. The Female Condom, An Information Pack, WHO/UNAIDS, 1997.
51. The UNAIDS Report, UNAIDS, 2013.
52. Youth Health — For a Change, A UNICEF Notebook on Programming for Young Peoples Health and Development, UNICEF, 1997.
53. UNAIDS (1999) Knowledge is Power: Voluntary HIV Counseling and testing
54. in Uganda, Geneva (UNAIDS Case Study ,Best Practice Collection UNAIDS /99/8 E)
55. Baggaley R et al.(2002) Knowledge and attitudes HIV and AIDS and sexual
56. Practices among University Students in Zambia/Journal Of the Royal Society Of Health /117:88-94
57. UNAIDS /WHO AIDS epidemic update December 2005
58. Chabala S (2003) the Socio - comic realities that affect responses to HIV/AIDS IN Kayama presented
59. at the ^ international Conference of HIV/AIDS
60. Mc Cusker J et al.(2003) HIV Counseling and testing in Central Massachusetts. Journal Community Health
61. Cach D et al (2002) changes in HIV risk behavior in a longitudinal cohort by VCT. American Journal of public Health
62. WHO /UNAIDS /USAIDS/ Guidelines For Using HIV testing technologies /2002
63. UNAIDS /WHO /Best Practice collection Consultation on SII interventions for prevention HIV/2002
64. Thompson DC, Phields M Atanda /The role of substance abuse treatment in reducing HIV Risk behaviors/International AIDS conference /July 11/2003
65. Alien S et al.(2002) Confidential HIV testing and condom promotion in
66. Africa: impact on HIV and gonorrhoea rates /Journal of the American Medical Association, 268 23:3338-3343.
67. Bentley M et al. (2000) HIV testing and Counseling among men attending
68. STI Clinic in Pune , India: changes in condom use and sexual behavior Over time. AIDS
69. Otten M et al. (2001) Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and Post - test Counseling, Miami American Journal Of Public Health. 83:529-533

۷۰. دکتر عبدالرضا شاهرزایی - دکتر هنگامه نامداری تبار - آذر چشم براه / مشاوره پیشگیری در HIV/AIDS / ۱۳۸۴

۷۱. دکتر حسین حاتمی / اپیدمیولوژی بالینی و کنترل ایدز / جنبه های پزشکی بهداشتی اجتماعی HIV/AIDS / ۱۳۸۲

۷۲. جلال شاکری / ایدز در روانپزشکی / جنبه های پزشکی بهداشتی ، اجتماعی HIV/AIDS / ۱۳۸۲

۷۳. هارولد کاپلان - بنیامین سادوک / ترجمه دکتر نصرت الله پورافکاری / خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / ۱۳۷۲

۷۴. مسعود مردانی / HIV/AIDS در پرسنل پزشکی / جنبه های پزشکی ، بهداشتی اجتماعی HIV/AIDS / ۱۳۸۲

۷۵. سید اکبریان زاده ، بهروز بیرشک و یاسمین تقی پور / مشاوره در ایدز / ۱۳۸۲

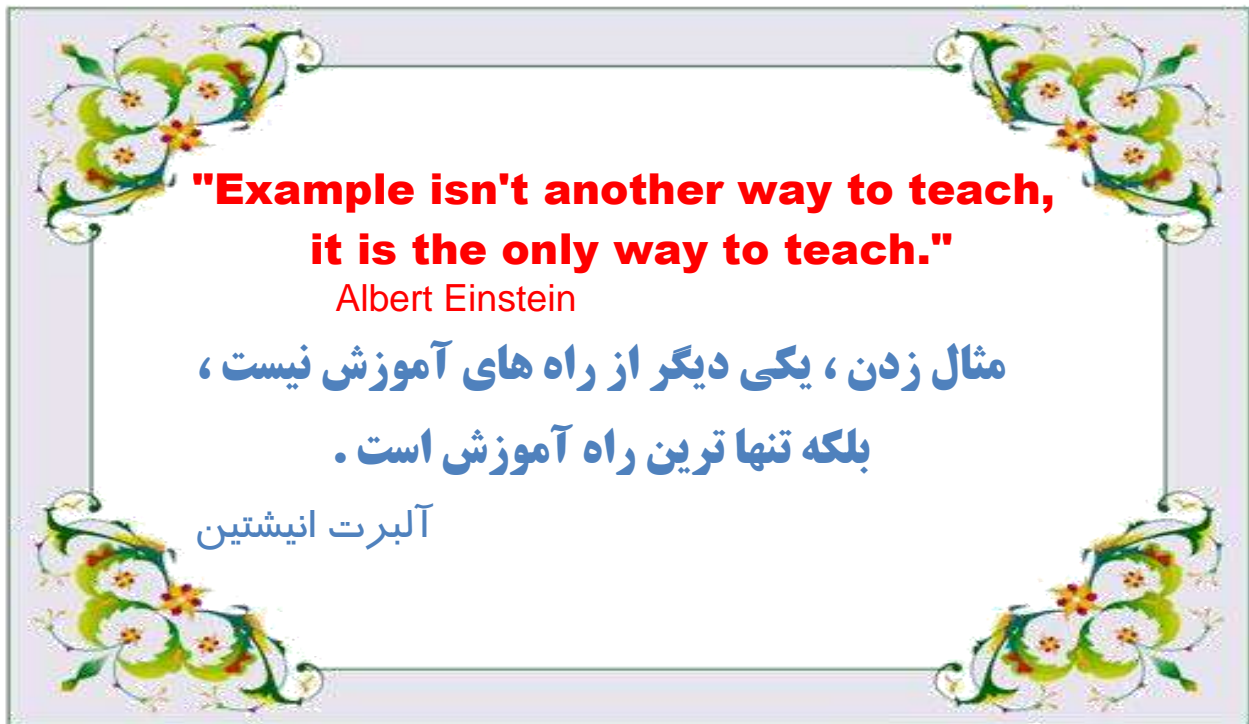
۷۶. جینگ لین / ترجمه دکتر غلامرضا نورآبادی / کتاب راهنمای مربی آموزش پیشگیری از ایدز / ۱۳۸۵

77. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts>

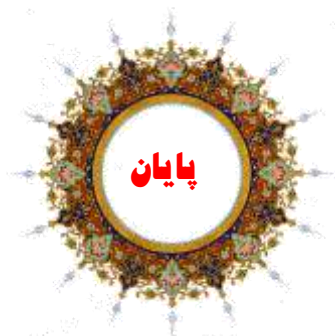
78. http://www.cdc.gov/idu/pubs/hiv_prev.htm

79. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/faq>

80. <http://www.unaids.org>



نسخه الکترونیکی





انسان سالم
محور توسعه پایدار

Healthy human
is the base for sustainable development

HIV/AIDS Prevention and control Trainer Instruction Book

SHEPmodel
is the
Pleasure of learning and teaching
Pleasure of Training
Pleasure of working
And
Making good sense of usefulness

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت
یعنی
لذت یادگرفتن و یاد دادن
لذت تربیت کردن
لذت کار کردن
و
احساس خوب مفید بودن

If you want 1 year of prosperity, grow grain.
If you want 10 years of prosperity, grow trees.
If you want 100 years of prosperity, grow people.

اگر نیت یک ساله دارید، گندم بکارید
اگر نیت ده ساله دارید، درخت بکارید
اگر نیت صد ساله دارید، انسان تربیت کنید.



www.shepmodel.com