**راهنمای تربیت مربی مشاوره مقدماتی**

**"توصیه به انجام تست "**

**پیشگفتار**

**بخش اول : کلیات اصول و مهارت های آموزشی**

**فصل اول : تکنولوژی آموزشی**

**فصل دوم : الگوی آموزش بهداشت با هدف تغییر رفتار**

**بخش دوم :کلیات و اصول مشاوره**

**بخش سوم :آشنایی با جنبه های خاص اچ آی وی**

**فصل اول : کلیات اچ آی وی**

**فصل دوم : اصول و کلیات روش های تشخیصی اچ آی وی**

**بخش چهارم : توصیه به انجام تست**

**فصل اول : کلیات و اصول توصیه به انجام تست**

**فصل دوم : استاندارد فرآیندهای اجرایی توصیه به انجام تستس**

# پیشگفتار

امروزه مهمترین استراتژای کنترل اپیدمی اچ آی وی مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری است . درصورتی که افراد مبتلا به اچ آی وی تحت درمان استاندارد ضد رتروویروسی قرار گیرند ، با کاهش تعداد ویروس در خون و ترشحاتشان (کاهش بار ویروسی) ضمن آنکه با کاهش چشمگیر عوارض بیماری می توانند زندگی سالم تری داشته باشند ، احتمال انتقال بیماری به سایرین نیز به حداقل ممکن می رسد . لذا تخمین زده می شود که برای کنترل اپیدمی در جامعه باید:

* **90% افراد مبتلا شناسائی شوند**
* **90% افراد شناسائی شده تحت درمان ضد رترویرسی قرار گیرند**
* **در90% افراد تحت درمان ، بار ویروسی انقدر کاهش یابد که غیر قابل اندازه گیری شود .**

بدیهی است این مهم تنها در صورتی میسر می گردد ، که این افراد از بیماری خود مطلع بوده، برای دریافت خدمات مراقبت و درمان تمایل داشته و به این خدمات دسترسی داشته باشند و خدمات را به صورت مستمر دریافت دارند .

چالش هایی که در حال حاضر کشور مارا در دستیابی به اهداف فوق با مشکل مواجه کرده است ، عبارتند از :

1. درصد بالایی از موارد مبتلا از بیماری خود مطلع نیستند .
2. درصد بالایی از افراد شناخته شده برای دریافت خدمات مراقبت و درمان تمایل نداشته و مراجعه نمی کنند .
3. درصدی از افراد ی که تحت درمان ضد رتروویرسی قرار گرفته اند درمان را به شکل مستمر ادامه نمی دهند.

بدیهی است یکی از مداخله های موثر برای رفع چالش های فوق عبارت است از :

1. ایجاد انگیزه برای اقدام به انجام تست تشخیصی اچ آی وی
2. فراهم کردن امکان دسترسی به تست تشخیصی
3. ایجاد انگیزه و نیاز در افراد مبتلا برای اقدام به تحت پوشش قرار گرفتن خدمات مراقبت و درمان
4. فراهم آوردن امکان دسترسی به خدمات مراقبت و درمان برای آنها
5. ایجاد انگیزه ونیاز در مبتلایان به اچ آی وی برای باقی ماندن بر خدمات مراقبت و درمان

ایجاد انگیزه و نیاز در مردم به گونه ای که منجر به اقدام برای دریافت خدمت مورد نظر شود در برنامه های سلامت محور ، مستلزم ارائه اموزش و مشاوره های تخصصی است . کانون توجه اصلي در این آموزش ها ، اصلاح رفتار افراد، است و در اين ميان،موانع و پيچيدگي های وجود دارد که علت اصلي دشواري دستيابي به اين هدف است. مانند بسیاری از مداخلات دیگر در نظام سلامت ، تغییر رفتار مد نظر ( اقدام برای تشخیص ، مراقبت و درمان ) تحت تاثير عواملي است که شناخت و تحليل اين عوامل، در کسب موفقيت اين مداخلات، نقشي کليدي دارد.توانایی شناخت این عوامل و پيشگويي نتايج حاصل از تغيير در آنها نیازمند داشتن دانش و مهارت لازم در حیطه برنامه های " **آموزش سلامت** " و " **مشاوره** " و استفاده صحیح از نظريه ها و الگو هایی است که از حوزه ساير علوم اجتماعی مانند روان شناسي و جامعه شناسي به عرصه سلامت راه پيدا کرده اند و در ساليان اخير استفاده از آنها براي کسب، حفظ و ارتقاي سلامت جامعه مورد اقبال قرار گرفته است. از طرف دیگر با توجه به گستردگی بیماری و لزوم فراهم آوردن دسترسی به خدمات در همه سطوح ، امکان مهارت آموزی برای ارائه خدمات کاملا تخصصی برای همه ارائه دهندگان خدمات وجود ندارد

لذا فرآیند های ارائه خدمات تشخیص و مراقبت و درمان را به زنجیره های ساده تر شکسته و برای هر فرآیند متناسب با اهداف مرتبط همان فرآیند اقدام به مهارت آموزی ارائه دهندگان خدمت نماییم .

به عنوان مثال **فرآیند تشخیص اچ آی وی** به دو زنجیره به شکل زیر شکسته شد:

1. توصیه به انجام تست (PIT) و انجام تست سریع اولیه در فیلد
2. مشاوره قبل و بعد از تست(VCT) و انجام تست تاییدی در پایگاه های مشاوره

در ادامه انتظار می رود موارد تشخیص داده شده به نظام مراقبت ودرمان اچ آی وی متصل شوند .مسلما زنجیره نهم از فرآیند دوم تشخیصی از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا اگر موارد تشخیص داده نشده به خدمات مراقبت و درمان متصل نشوند عملا تشخیص بی فایده بوده است . پس از ورود افراد شناسائی شده به چرخه خدمات مراقبت و درمان با مشاوره و ارائه خدمات شرایط ماندگاری بر نظام مراقبت فراهم می آید :

تعریف سطوح ارائه خدمات مشاوره در اچ آی وی :

مشاوره مقدماتی (PIT) :

بر مبنای سیاست های منطبق با چهارمین برنامه ملی استراتزیک ایدز کشور توصیه به انجام تست برای گروه های جمعیتی زیر انجام می شود

**الف گروه هایی که اپیدمی متمرکز در آنها وجود دارد و یا بالقوه با خطر بالاتر ی برای ابتلا مواجه هستند** :

* + - 1. مصرف کنندگان تزریقی مواد
      2. مصرف کنندگان مواد محرک
      3. شریک جنسی مصرف کنندگان مواد
      4. زنان در معرض بیشترین آسیب
      5. مردان در معرض بیشترین آسیب
      6. زندانیان
      7. کودکان خیابانی
      8. مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
      9. شرکا جنسی مبتلایان به اچ آی وی

**ب-گروه هایی که تشخیص به هنگام و درمان اچ آی وی در انان از اهمیت ویژه ای برخوردار است**

1. مادران باردار
2. مبتلایان به بیماری سل

**ج-جوانان (جمعیت عمومی ) فقط در غالب کمپین های اطلاع رسانی و آموزش**

درصورتی که زیرساخت ارائه خدمات به هریک از گروه های فوق موجود باشد ؛ به منظور بهره وری بیشتر خدمت توصیه به انجام تست در خدمات زیر ساخت مذکور ادغام خواهد شد .لذا لازم است ارائه دهندگان خدمت به گروه های مذکور مهارت لازم برای ارائه این خدمت را نیز دارا باشند . در این سطح ارائه دهندگان خدمات که ممکن است حتی از گروه های همسان باشند ، خدمات مختلفی از جمله مراقبت زنان باردار ، ارائه داروهای سل ، خدمات کاهش آسیب و .... را ارائه می دهند . این افراد لزوما با مفاهیم مشاوره و برقراری ارتباط آشنایی ندارند و برای ادغام ارائه خدمت انجام تست سریع لازم است این افراد مهارت های زیر را دریافت کنند :

1. دانش و مهارت بر قراری ارتباط وایجاد انگیزه و تمایل برای انجام تست
2. دانش و مهارت " توصیه به انجام تست " در گروه هدف
3. دانش و مهارت انجام و قرائت تست سریع اچ آی وی
4. دانش و مهارت اعلام نتیجه تست سریع
5. دانش و مهارت مشاوره انگیزشی برای برقراری ارتیاط فرد با سطوح تخصصی

این افراد بعد از گذراندن دوره استاندارد مشاوره و کسب مهارت لازم " **مشاورین با مهارت در سطح مقدماتی**  " خوانده می شوند .

2.مشاوره میانی(VCT) :

مراکز ارائه مشاوره سطح دوم در اصل همان پایگاه های مشاوره هستند که علاوه بر امکان ارائه کلیه خدمات سطح اول ؛ قابلیت ارائه خدمات تخصصی تر مشاوره VCTوانجام تست های تاییدی تشخیصی برای موارد دارای نتیجه مثبت تست سریع را دارند.در این سطح ارائه دهندگان خدمات علاوه بر مهارت های پیشگفت در سطح اول؛ لازم است با اصول و کلیات مشاوره کاملا آشنا بوده و توان ارائه VCT را داشته باشند . مشاورین و مراقبین در صورت گذراندن دوره " مشاوره سطح دوم " و کسب مهارت های زیر به عنوان " **مشاورین با مهارت انجام VCT** " نامیده می شوند :

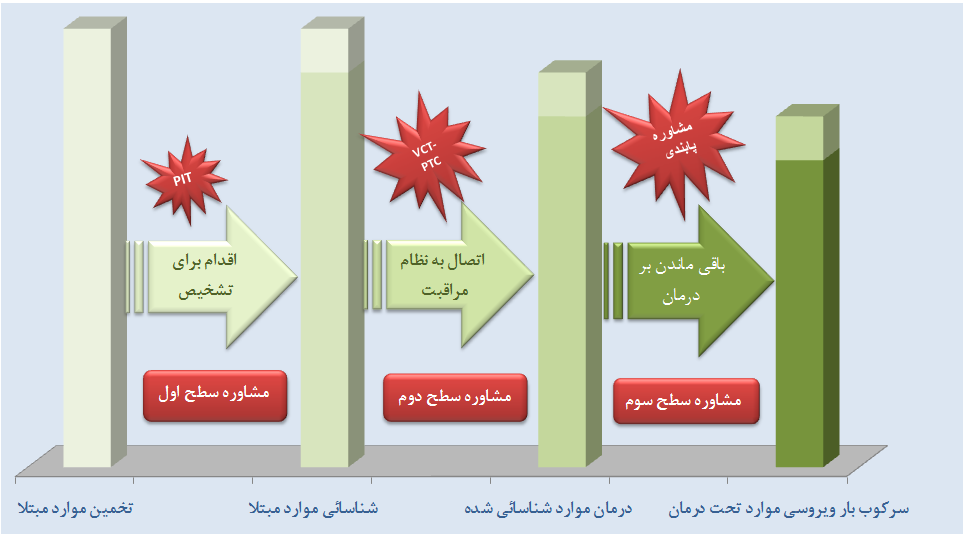
1. مهارت بر قراری ارتباط و انجام مشاوره پیش از آزمون در گروه هدف با نتیجه مثبت تست سریع
2. امکان انجام تست های تاییدی تشخیص
3. مهارت انجام مشاوره پس از آزمون و مهارت اعلام نتیجه تست تنهایی
4. مهارت انجام مشاوره در بحران
5. مهارت انجام مشاوره تصیم گیری
6. مشاوره انگیزشی برای برقراری ارتباط افراد با تست مثبت به سطح تخصصی مراقبت و درمان

3.مشاوره پیشرفته ( مشاوره برای مراقبت و درمان) :

این خدمت در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارائه می شوند این مراکز علاوه بر مشاوره سطح سوم امکان ارائه خدمات مشاوره سطح اول و دوم ،امکان ارائه خدمات تخصصی مشاوره و مراقبت و درمان به افراد مبتلا به اچ آی وی را نیز دارا هستند و موارد تایید شده از سطوح دوم به این مراکز ارجاع شده ،خدمات تخصصی مشاوره ومراقبت و درمان اچ آی وی را دریافت می کنند. مشاورین و مراقبین که مسئولیت ارائه خدمات مراقبت و درمان را دارند در صورت گذراندن دوره " مشاوره سطح سوم " و کسب مهارت های زیر به عنوان " **مشاورین سطح سوم** " نامیده می شوند :

1. مهارت بر قراری ارتباط با افراد مبتلا به اچ آی وی
2. مهارت انجام مشاوره **" حل مشکل** "
3. مهارت انجام آموزش و مشاوره"**انگیزشی** "
4. مهارت انجام مشاوره " **افشا**  " و Partner notification
5. مهارت انجام مشاوره **" پایبندی به درمان** "

**تعیین نقش سطوح مشاوره در نیل به اهداف 90-90-90**



معرفی بسته های جامع راهنمای عمل مشاوره اچ آی وی :

با هدف توانمند سازی ارائه دهندگان خدمات در سطوح پیشگفت ، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر اقدام به تهیه بسته های جامع راهنمای عمل برای هر یک از سطوح فوق نموده است:

* **بسته جامع راهنمای عمل مشاوره مقدماتی :**

**الف - بسته ویژه مربیان تربیت مشاور :**

1. **راهنمای عمل مربیان تربیت مشاور مقدماتی . \**مجموعه حاضر***
2. راهنمای تدریس "راهنمای عمل مشاوره مقدماتی "

**ب- بسته ویژه مشاورین مقدماتی**

1. راهنمای عمل مشاوره سطح اول : بامحوریت نحوه " توصیه به انجام تست"
2. راهنمای تدریس "راهنمای عمل مشاوره مقدماتی "

**ج- کتابچه ویژه گیرندگان خدمت**

1. ازمجموعه کتابچه های " **چرا و چگونه** " ویژه گیرندگان خدمت

* " **چرا و چگونه برای تشخیص اچ آی وی اقدام کنیم** ؟"
* **بسته جامع راهنمای عمل مشاوره میانی** :

**الف - بسته ویژه مربیان تربیت مشاور :**

1. راهنمای عمل مربیان تربیت مشاور میانی :
2. راهنمای تدریس "راهنمای عمل مشاوره میانی "

**ب- بسته ویژه مشاورین میانی**

1. راهنمای عمل مشاوره میانی : بامحوریت نحوه " VCT"
2. راهنمای تدریس "کتابچه چرا و چگونه " ویژه گیرندگان خدمت در میانی

**ج- کتابچه ویژه گیرندگان خدمت**

1. ازمجموعه کتابچه های " **چرا و چگونه** " ویژه گیرندگان خدمت در سطح دوم

* " **چرا و چگونه به خدمات مراقبت اچ آی وی دسترسی پیدا کنیم ؟ "**
* **بسته جامع راهنمای عمل مشاوره پیشرفته** :

**الف - بسته ویژه مربیان تربیت مشاورین پیشرفته :**

1. راهنمای عمل مربیان تربیت مشاور پیشرفته :
2. راهنمای تدریس "راهنمای عمل مشاوره پیشرفته "

**ب- بسته ویژه مشاورین پیشرفته**

1. راهنمای عمل مشاوره پیشرفته : بامحوریت مراقبت و درمان"
2. راهنمای تدریس "کتابچه های چرا و چگونه " ویژه گیرندگان خدمت در سطح سوم

**ج- کتابچه ویژه گیرندگان خدمت**

1. مجموعه کتابچه های " **چرا و چگونه** " ویژه گیرندگان خدمت در پیشرفته

* " **چرا و چگونه سل را در اچ آی وی تشخیص داده و درمان میکنند"**
* " **چرا و چگونه مراقبت های سه ماه یکبار در اچ آی وی انجام می شود** "
* **" چرا و چگونه شریک جنسی را از وضعیت ابتلا خود مطلع کنیم** "
* "**چرا و چگونه داروهای تجویز شده توسط پزشکان را مصرف کنیم** "

لازم به ذکر است دستورالعمل مشاوره تخصصی با رویکرد مراقبت و درمان اختلال ها و بیماریهای روانپزشکی سطح چهارم این موجموعه است که ویژه روانپزشکان نیز تدوین خواهد شد

مجموعه پیش رو **" راهنمای عمل تربیت مربی مشاوره مقدماتی - ویژه مربیان تربیت مشاور سطح اول از بسته جامع راهنمای عمل مشاوره مقدماتی "** است.

## اهداف آموزشی :

انتظار می رود مربیان آموزش مشاوره در پایان این دوره آموزشی دانش و مهارت های لازم حداقل در 5 حیطه زیر را دارا باشند :

**حیطه اول** : توانایی طراحی و ارائه برنامه آموزشی مطابق استاندارد

**حیطه دوم** : آشنایی با ایدز و کلیات آن

**حیطه سوم** : آشنایی با اصول و کلیات مشاوره

**حیطه چهارم** :آشنایی با کلیات و اصول " توصیه به انجام تست "

**حیطه پنجم** : آشنایی با گیرندگان خدمت و ویژگیهای خاص توصیه به انجام تست در هر گروه

**حیطه اول : توانایی طراحی و ارائه برنامه آموزشی مطابق استاندارد**

1. با مفاهیم و اجزا اصلی تکنولوژی آشنا باشد .
2. قادر به طراحی یک برنامه آموزشی متناسب با گروه هدف مشخص باشد ( شامل تعیین اهداف در سه حیطه شناختی ، عاطفی و رفتاری -تعیین روش تدریس و فضای آموزشی متناسب با گروه هدف و اهداف تعیین شده –تعیین منابع مورد نیاز برای برنامه آموزشی –تعیین ابزارهای اندازه گیری برای نتیجه برنامه آموزشی )
3. روش های مختلف آموزشی را بشناسد و تاثیر هر روش بر حیطه های یادگیری بداند
   * *محتوای آموزشی اهداف 1و 2 در بخش اول – فصل 1 این کتاب قابل دستیابی است .*
   * *تمرین های مرتبط با اهداف 1و2 در فصل اول " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است .*
4. با روش های آموزش انگیزشی آشنا باشد و الگوهای آموزش بهداشت را بشناسد .
5. قادر به برقراری ارتباط موثر با مخاطبین خود برای آموزش انگیزشی باشد .
6. توانایی آموزش نحوه برقراری ارتباط موثر و آموزش انگیزشی بند های 3و4 را به گروه مخاطب خود داشته باشد .
   * *محتوای آموزشی اهداف 5-3 در بخش اول – فصل2 این کتاب قابل دستیابی است .*
   * *تمرین های مرتبط با اهداف 5-3 در فصل اول " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است .*

**حیطه دوم : آشنایی با اصول و کلیات مشاوره**

1. با مفاهیم کلی و اصول مشاوره آشنا باشد
2. مهارت ها و خطاهای شایع مشاوره را بشناسد
3. قادر به برقراری ارتباط و انجام مشاوره مقدماتی باشد.
4. جنبه های خاص در مشاوره ایدز را بشناسد .
5. توانایی آموزش کلیه مفاهیم مرتبط با بندهای 7 تا 11 را به گروه مخاطب خود داشته باشد .
   * *محتوای آموزشی اهداف 11-7 در بخش دوم –این کتاب قابل دستیابی است .*
   * *تمرین های مرتبط با اهداف 11-7 در فصل دوم " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است .*

**حیطه سوم** : **آشنایی با ایدز و کلیات آن**

1. با مفاهیم و کلیات بیماری ایدز آشنایی کامل داشته باشد .
2. باورهای درست و غلط در خصوص ایدز را بشناسد .
3. با نظام مراقبت ایدز و خدمات مراقبتی و رمانی ایدز آشنا باشد .
4. توانایی آموزش کلیه مفاهیم مرتبط با بند های 15 تا 12 را به گروه مخاطب خودداشته باشد .
   * *محتوای آموزشی اهداف 15-12در فصل اول بخش سوم –این کتاب قابل دستیابی است .*
   * *تمرین های مرتبط با اهداف 15-12در فصل سوم " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است*
5. روش های تشخیصی ونحوه تفسیر پاسخ منفی و مثبت را بشناسد
6. سیاست های کلان شناسایی مبتلایان به ایدز را بشناسد
7. توانایی آموزش کلیه مفاهیم مرتبط با بندهای 16 و17 را به گروه مخاطب خود داشته باشد .

* *محتوای آموزشی اهداف 18- 16در فصل دوم بخش سوم –این کتاب قابل دستیابی است .*
* *تمرین های مرتبط با اهداف 18-16 در -فصل سوم " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است*

**حیطه چهارم :آشنایی با کلیات و اصول " توصیه به انجام تست "**

1. با مفاهیم کلی و اصول توصیه به انجام تست آشنا باشد .
2. دانش کافی در خصوص نحوه انجام و قرائت تست و عوامل موثر و مداخله کننده بر نتیجه تست داشته باشد .
3. دانش ومهارت لازم برای اعلام نتیجه تست سریع اولیه را به مراجع داشته باشد .
4. با چگونگی و نحوه ارجاع موارد مثبت به مراکز مشاوره سطح دوم آشنا باشد .
5. توانایی آموزش کلیه مفاهیم مرتبط با بندهای 19 تا 23 را به گروه مخاطب خود داشته باشد .

* *محتوای آموزشی اهداف23-19 در بخش چهارم –این کتاب قابل دستیابی است .*
* *تمرین های مرتبط با اهداف 23-19 در فصل چهارم " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است*

**حیطه پنجم : آشنایی با گیرندگان خدمت و ویژگیهای خاص توصیه به انجام تست در هر گروه**

1. با خصوصیات گروه های هدف گیرنده خدمت آشنا باشد .
2. قادر به برقراری ارتباط و انجام مشاوره مقدماتی با گیرندگان نهایی خدمت باشد.
3. باویژگیهای خاص توصیه به انجام تست به تفکیک گیرندگان خدمت آشنا باشد
4. توانایی آموزش کلیه مفاهیم مرتبط با بندهای 27-24 را به گروه مخاطب خود داشته باشد.

* *محتوای آموزشی اهداف 27-24 در بخش پنجم –فصل های 5-1 این کتاب قابل دستیابی است .*
* *تمرین های مرتبط با اهداف 27-24 در فصل پنجم " دفترچه تمرین " این مجموعه موجود است .*

بخش اول: کلیات نحوه آموزش

فصل ا-تکنولوژى آموزشى

Instructional Technology

تکنولوژى آموزشى

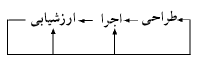
چند دهه‌اى بيش نيست که اصطلاح تکنولوژى آموزشى (Instructional Technology) جايى براى خود در فرهنگ تعليم و تربيت جهان اختصاص داده است. قبل از آن اصطلاح " تکنولوژى آموزشى "به مواد و وسايل آموزشى با مفهوم سمعى و بصرى (Audiovisual) اطلاق می شد که مدرسین برای انتقال مفاهیم آموزشی از آن بهره می گرفتند.

تكنولوژی آموزشی با مفهوم جدید آن ، درواقع یك روش اصولی و منطقی **برای حل مشكلات آموزشی و برنامه ریزی درسی** است كه با نوعی تفكر سیستماتیك ( منظم و علمی) همراه است لذا این مفهوم مجموعه ای را در برمی گیرد که در آن اجزا متعددی مانند **طراحی** و **ارزشیابی برنامه های درسی**، **تجارب آموزشی**، **اجرا و اصلاح مجدد** آنها وجود دارد . لذا با توجه به این مفهوم، اطلاق عنوان تكنولوژی آموزشی به وسایل سمعی و بصری یا سایر ابزارهای آموزشی و كمك آموزشی، صحیح به نظر نمی رسد. البته این بدان معنی نیست كه در روش تكنولوژی آموزشی، از وسایل سمعی و بصری یا رسانه های آموزشی استفاده نمی شود؛ بلكه بر عكس ، استفاده از وسایل سمعی و بصری و  كاربرد رسانه ها در همة مفاهیم و تعاریف تكنولوژی آموزشی مستتر است. اما هیچ یك از سیستمهای پذیرفته شدة تكنولوژی آموزشی، وسایل و رسانه ها را هدف نمی داند و آنها را وسیله ای برای عمومیت دادن و زودتر به نتیجه رسیدن تلقی می كند.

اگرچه تعاریف متعددی از تکنولوژی آموزشی مطرح شده است اما شاید تعریف زیر یکی از ساده ترین تعاریف باشد :

**"تكنولوژی آموزشی عبارت است از روش سیستماتیك طراحی، اجرا و ارزشیابی كل فرایند تدریس و یادگیری كه براساس هدفهای معین و یا بهره گیری از یافته های روان شناسی یادگیری و علم ارتباطات و به كارگیری منابع مختلف- اعم از انسانی وغیر انسانی- به منظور آموزش مؤثرتر تنظیم واجرا می شود."**

تکنولوژى آموزشى را مى‌توان به مهندسى آموزش تشبيه نمود که از طريق آن يک تکنولوژيست آموزشى (Instructional Technologist) مى‌تواند با استفاده از تکنيک‌هايى که مى‌داند براى آموزش طرحى ارائه دهد که کمک کند یادگیری تسهيل شده نتایج سريع‌تر، مؤثرتر و پايدارترى را به‌ همراه داشته باشد. يک تکنولوژيست مى‌تواند مربیان را يارى کند تا طرح موردنظر را به‌دقت اجرا کرده و سرانجام ارزيابى لازم را از تدريس مربی و نيز يادگيرى فراگيران بعمل آورد.

تکنولوژى آموزشى ار علوم مختلف از جمله علم روان‌شناسى بهره زيادى مى‌گيرد. امروزه ثابت شده است که آموزش موفق آموزشى است که مبتنى بر خط زنجيره‌اى زير باشد:

مسلماً با استفاده از اين خط زنجيره‌اي، ديگر اختلافى ميان آنچه که بايد تدريس شود و آنچه تدريس مى‌شود ايجاد نخواهد شد. از طرف ديگر، چيزى مورد ارزيابى قرار مى‌گيرد که با طرح و پيش‌بينى قبلى مورد تدريس قرار گرفته است. و بالاخره آنچه که بايد به اين مقدمه اضافه شود استفاده از نتايج ارزشيابى در بهبود اصلاح طرح‌ها، و سرانجام بهبود امر آموزش و بالابردن کيفيت يادگيرى در مراحل بعدى است.

چهار جز اصلی تکنولوژی آموزشی :

جز اول -سیستم :

تکنولوژی آموزشی شامل اجزا مختلفی است که به شکل یک سیستم بهم وابسته هستند اصولا سيستم‌هاى انسان‌ساخته معمولاً براى رسيدن به هدف معينى به‌وجود مى‌آيند، پس مى‌توان آنها را مجموعه سازمان‌يافته‌اى از اجزاى متعامل و مرتبط که عمداً به‌وجود آمده تا به‌شکل وحدت هدف‌هاى معينى را متحقق سازد دانست. مطابق اين تعريف در هر سيستم اجزايى وجود دارند که به‌هم مربوط هستند و به‌طور دائم با يکديگر درحال کنش متقابل يا تعامل هستند. اين اجزا محتواى سيستم هستند. اجزا کارهايى را انجام مى‌دهند که به هرکدام از آن کارها يا فعاليت‌ها فرآيند گفته مى‌شود.در هر سيستم هدف فرآيندهاى لازم يا کارهايى را که بايد انجام شوند تعيين مى‌کند و فرآيندها نوع اجزا يا محتوايى را که بايد براى رسيدن به هدف به‌کار گرفته شوند معين مى‌سازند. سيستم‌ها در سطح وسيع‌ترى از محيط خود عمل مى‌کنند براى اينکه به يک سيستم با حداکثر کفايت خود کار کند بايد کليه اجزاى موردنياز خود، يا اجزاى جايگزين را در اختيار داشته باشد و به جنبه‌ها يا ابعاد مختلف اين اجزا توجه کند

جز دوم-آموزش:

واژه آموزش واژه‌اى است که به‌نظر مى‌رسد درمورد مفهوم آن ابهام چندانى وجود نداشته باشد. آموزش فعاليت‌هاى هدفمند مدرس براى ايجاد يادگيرى در فراگیر است که بصورت **کنش متقابل بين او و يک يا چند يادگيرنده جريان مى‌يابد** اين تعريف از آموزش بيشتر آموزش کلاسى يا به‌کارگيرى ارتباط رو-در-رو در آموزش را درنظر مجسم مى‌کند. درصورتى که آموزش که در تعريف براون موردنظر است، کليه فعاليت‌هاى هدفمندى است که براى ايجاد يادگيرى صورت مى‌گيرد. اين فعاليت‌ها مى‌تواند بصورت رو-در-رو باشد و کنش متقابل به‌طريق رو-در-رو انجام گيرد. فعاليت‌ها مى‌توانند از راه دور انجام گيرند و کنش متقابل ازطريق ارتباط با مرکز به‌وسيله تلفن يا پست يا کانال تلويزيونى يا هر طريق ديگر صورت گيرد. **مهم اين است که فعاليت‌ها داراى هدف مشخص هستند و براى ايجاد تغيير در رفتار يادگيرنده انجام مى‌گيرند.** کسى که اين فعاليت‌ها را انجام مى‌دهد مى‌تواند برنامه‌ريزى باشد که کليه جريان آموزش را به‌طور سيستماتيک طراحى مى‌کند و طرح برنامه را براى اجراى يک آموزش کلاسى ازطريق مدرس، يا آموزش ازطريق تلويزيون براى گروه کثيرى از افراد، يا آموزش ازطريق ماشين به‌يک فرد، يا آموزش ازطريق کامپيوتر مى‌ريزد. گاه نيز خود مدرس طراح برنامه آموزشى است. او برنامه‌اى مى‌ريزد براى آموزش مطالب به کليه دانش‌آموزان يک کلاس، يا براى آموزش ترميمى به دانش‌آموزانى که مطالب موردنياز براى شروع درس تازه را نمى‌دانند، يعنى پيش‌نياز يا رفتار ورودى موردنياز براى يادگيرى مطالب تازه را ندارند.

جز سوم -ارتباط:

واژه ديگرى که براى روشن‌شدن تعريف تکنولوژى آموزشى نياز به بررسى دارد ارتباط است. ارتباط (Communication) ازنظر لغوى به‌معنى انتقال، سرايت و انتشار است. ريشه آن واژه لاتينى communes است که آن را تفاهيم و اشتراک فکر هم ترجمه کرده‌اند . ارتباط مهمترین جز در امر تکنولوژی اموزشی است لذا در اینجا بیش از سه جز دیگر به آن پرداخته خواهد شد **:**

در علوم ارتباطات کلمه ارتباط مفاهيم گوناگونى نظير انتقال و انتشار آگاهى و انديشه‌ها، ايجاد پيوستگى اجتماعى و اشتراک فکرى و همکارى عمومى را دربرمى‌گيرد. وقتى مى‌گوييم با کسى ارتباط برقرار کرده‌ايم منظور يک عمل فيزيکى و ارتباط جسمى نيست بلکه بيشتر ارتباط فکرى است.

مى‌توانيم ارتباط را :" **فرايند انتقال پيام از فرستنده به گيرنده پيام به شرط اينکه ذهنيات موردنظر فرستنده به گيرنده انتقال يابد يا بالعکس**" تعريف کنيم. اگر هر موقعيت آموزشى را يک موقعيت ارتباطى بدانيم فرستنده پيام مدرس و فراگیر گيرنده پيام است. هنگامى مى‌گوييم ارتباط برقرار شده است که ذهنيات موردنظر مدرس به گيرنده پيام يا فراگیر منتقل شده باشد و ذهنيات موردنظر فراگیر نیز به مدرس منتقل شده باشد. با سنجش عملکرد فراگیر متوجه مى‌شويم که آيا ارتباط برقرار شده است يا خير.

در حيطه کار تکنولوژى آموزشى ، **هر موقعيت آموزشى را يک موقعيت ارتباطى مى‌دانيم** و سعى مى‌کنيم که کليه اجزاى آن را شناسايى کنيم و عواملى را که ممکن است بر اجزا اثر داشته باشند در نظر مى‌گيريم. سپس براى رسيدن به هدف‌هاى آموزشى‌، با در نظر گرفتن اجزا و فرآيندها، طرحى سيستماتيک تهيه مى‌کنيم. اين طرح را اجرا مى‌کنيم و سپس از آن ارزشيابى به‌عمل مى‌آوريم. نتيجه ارزشيابى‌ که مقايسه عملکرد يادگيرندگان با عملکرد معيار يا هدف‌ها مى‌باشد را در موقعيت‌هاى بعد به‌کار مى‌گيريم.

اجزاى فرايند ارتباط:

1.مدل سه جزیی ( مدل ارسطویی):

طرح سه‌عنصرى فرايند ارتباط
    اولين کسى که ارتباط را بصورت يک مدل ارائه داد ارسطو بود. ارسطو هر ارتباطى را داراى سه جزء مى‌دانست: گوينده، گفتار و مخاطب. بايد توجه داشت که ارسطو براى ايجاد يا برقرارى ارتباط وجود هر سه جزء را لازم مى‌دانست. ارسطو در مدل خود فقط به ارتباط‌هاى رودررو به‌صورت گفتارى توجه داشت.براى برقرارى ساده‌ترين نوع ارتباط حضور سه عنصر فرستنده پيام، پيام و گيرنده پيام ضرورى است.

طرح پنج‌عنصرى فرايند ارتباط
    2.مدل پنج جزیی( مدل هارولدلسول):

ولى هميشه، بخصوص درجريان تدريس مطالب آموزشى نمى‌توان انتظار داشت که محتواى پيام به‌راحتى و به‌طور کامل از فرستنده به گيرنده منتقل شود، بنابراين در چنين مواقعى حضور عنصر چهارمى به‌عنوان کانال و يا وسيله ارتباطى لازم به‌نظر مى‌رسد و چون معمولاً تنها فرستنده پيام از وسيله استفاده مى‌کند بنابراين بازخورد به‌شکل مستقيم، عنصر پنجم را تشکيل مى‌دهد. این مدل که توسط مدل ا توسط هارولد لسول (Harold Lasswell) ارائه شده است مدلى است که اجزاى آن در موقعيت‌هاى آموزشى بيشتر قابل مشاهده است و داراى پنج عنصر مى‌باشد:

**۱. گوينده پيام**: چه کسى (گوينده پيام: نويسنده، سخنران، کارگردان فيلم)

۲**. پيام**: چه مى‌گويد (پيام: نوشته، گفتار، نماها و موسيقى زمينه و صدا)

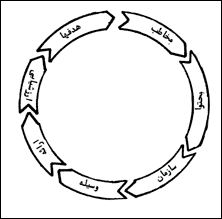
۳. **حامل ارتباطي**: از چه راهى (حاملان ارتباطي: کتاب، امواج هوا، فيلم)

۴**. مخاطب**: به چه کسى (مخاطب: خوانندگان، شنوندگان، بينندگان فيلم)

۵. **اثر پيام بر گيرنده**: با چه تأثيرى (اثر پيام ‌بر گيرنده: بسته به محتواى پيام تأثير بر گيرندگان متفاوت است)

3.مدل حلقوی ( مدل ایندیانا ):

مدل ديگرى به‌عنوان مدل اينديانا معرفى شده است ارتباط را به‌شکل دايره معرفى مى‌کند. در اين مدل ارتباط دارای 7 به شرح ذیل است :

**1. هدف‌ها 2. مخاطب 3.محتوا 4.سازمان5. وسيله6.ارائه 7. ارزشيابي**

اين مدل از شيوه سيستم‌ها و روانشناسى تربيتى بهره مى‌گيرد و به اصول سازماندهى نيز توجه دارد. نکته مهم در رابطه با هدف‌ها در اين مدل اين است که هدف‌ها بايد عينى و قابل اندازه‌گيرى باشند. زيرا ارزشيابى از هدف‌هاى کلى و مبهم مشکل است، افراد مختلف تفسيرهاى گوناگونى از آنها خواهند داشت، و هرکدام رسيدن به هدف را به‌گونه‌اى متفاوت با ديگرى امتحان خواهد کرد.براساس اين مدل مخاطب يا گيرنده پيام را بايد به‌دقت شناخت. توانايى‌ها و دانسته‌هاى او را سنجيد و مناسب با آنها براى او برنامه‌ريزى کرد. فضاى يادگيري، تعداد يادگيرندگان، و زمان يادگيرى بايد با توجه به يادگيرندگان و نيازهاى آنها سازماندهى شود.وسيله مناسب براى برقرارى ارتباط بايد با توجه به هدف‌ها و پيام‌گيران انتخاب شود. در اين مدل موقعيت آموزشى يک موقعيت ارتباطى است که با ديد سيستماتيک به آن مى‌نگرند.اگر به اين مدل شکل زير به‌عنوان يک مدل ارتباطى بنگريم که بايد در آن به‌ کليه اجزا توجه شود، در اين مدل فرستنده پيام دقيقاً مشخص نشده است. به‌نظر مى‌رسد فرستنده پيام و تعيين‌کننده هدف‌ها همان طراح موقعيت آموزشى باشد. با وجود اين مدل اينديانا بهترين مدلى است که در موقعيت‌هاى ارتباطى آموزشى مى‌تواند مورد استفاده قرار گيرد. البته در طرح اصلى مدل تصوير يک دختر و پسر در وسط طرح ديده مى‌شود که دليل مرکز توجه بودن يادگيرندگان در اين مدل است.

پارازيت‌هاى ارتباطى

فرستنده پيام بايستى از محدوديت‌هايى که در جريان انتقال پيام با آن روبرو مى‌شود آگاه بوده و در صورت امکان در جهت از ميان بردن آنها تلاش کند. پارازيت‌ها يا عوامل مخل از اين‌گونه محدوديت‌ها به‌شمار مى‌روند. پارازيت به هر عامل مخلى اطلاق مى‌شود که مانع از برقرارى کامل ارتباط گردد. از يک ديدگاه اين‌گونه عوامل را به دو نوع به شرح زير تقسيم مى‌کنند:

1. پارازيت‌هاى استنباطى

پارازيت‌هاى استنباطى زمانى رخ مى‌دهند که سوء تعبير درمورد پيام پيش بيايد ولو اينکه پيام همان‌گونه که فرستاده شده دريافت شده باشد، نظير زمانى که فرستنده پيام از کلماتى که درک آنها براى گيرنده پيام مشکل است براى انتقال پيام استفاده کرده باشد و يا کلمات بکار گرفته شده براى فرستنده و گيرنده پيام معانى متفاوتى داشته باشند. پارازيت‌هاى استنباطى را مى‌توان با تعريف لغات و اصطلاحات ناآشنا و کاربرد لغات و اصطلاحات آشنا و مطابق با علايق و توانايى‌هاى گيرندگان پيام کاهش داد. پارازيت‌هاى استنباطى ممکن است به‌خاطر مشکل و يا پيچيده بودن محتواى پيام نيز رخ دهند.

1. پارازيت‌هاى فيزيکى

پارازيت‌هاى فيزيکى همان‌گونه که از نام آنها پيدا است مانع از انتقال فيزيکى پيام مى‌شوند نظير سروصدا، گرما و سرماى بيش از حد، نور بسيار زياد و يا نور بسيار کم. متخصصان حرفه‌اى ارتباط کاهش تأثيرات پارازيت‌هاى فيزيکى را با استفاده از وسايل جلب توجه و تکرار مجدد مطالب و کاربرد مجدد مهارت‌ها توصيه مى‌کنند.

معيار کارايى ارتباط

چنانچه منظور از برقرارى ارتباط شفاهى به کسى چيزى گفتن باشد، ما مى‌توانيم کارايى ميزان موفقيت خود را در ارتباط ازطريق پاسخ اشخاصى که به آنها چيزى را گفته‌ايم مشخص کنيم. به‌عبارت ديگر مى‌توان گفت که يکى از معيارهاى قابل اعتيار سنجش ميزان موفقيت هر ارتباط رودررو پاسخ حضار است.

بنابراين پس از برقرارى ارتباط چنانچه شنوندگان ما چيزى را مى‌گويند و يا احساسى را دارند که موردنظر ما بوده است ما در کارمان موفق بوده‌ايم. اگرچه موفقيت کامل بسيار نادر به‌دست مى‌آيد، ولى ضابطه نسبتاً عملى پاسخ حضار مى‌تواند يکى از معيارهاى کارايى در سخنورى باشد. بنابراين يکى از مسؤوليت‌هاى مهم شخص فرستنده پيام تعيين اهداف ارزشمندى براى برقرارى ارتباط مى‌باشد. بدون چنين احساس مسؤوليتي، امکان برقرارى ارتباط مؤثر تقريباً مشکل و گاهى غيرممکن خواهد بود.

چنانچه ما به پاسخ حضار به‌عنوان يکى از معيارهاى کارايى ارتباط رودررو اعتقاد داشته باشيم، مى‌توانيم جنبه‌هاى مختلف سخنرانى خود را در اينکه آيا پاسخ مطلوب را ايجاد کرده است يا نه، اندازه‌گيرى کنيم. بنابراين چنانچه شکلى از گفتار، حضار را به عکس‌العمل مطلوبى وامى‌دارد، خوب است که آن را ازياد نبريم. برعکس چنانچه شکل موردنظر کمکى به بروز عکس‌العمل مطلوب نکرده بلکه مثلاً مانع از بروز آن مى‌شود بايستى آن را فراموش کرده و از آن اجتناب کنيم.

مسلماً، درنظر گرفتن چنين معيارى درباره ارتباط‌هاى ديدارى نيز صادق است. هرجنبه از شکل ظاهرى و يا رفتار غيرکلامى که کمک به بروز پاسخ حضار آن‌طور که موردنظر ما است مى‌نمايد، مطلوب خواهد بود. برعکس، هرنوع رفتارى که به بروز پاسخ حضار آن‌طور که موردنظر است نمى‌نمايد نظير حالت چهره، حرکات و اشارات، وضعيت بدن، راه‌رفتن و حتى نوع پوشيدن لباس نامطلوب بوده و مى‌تواند به‌عنوان يکى از جنبه‌هاى منفى ديدارى موردنظر قرارگيرد. اين اقلام مى‌تواند شامل رفتارهايى که توجه را از افکار و احساس موردنظر دور مى‌کند، نيز بشود.

درحقيقت، از لحظه‌اى که گيرندگان پيام آماده گرفتن پيام مى‌شوند اين‌گونه حرکات نامطلوب موجب انحراف از هدف و مقصود فرستنده پيام خواهند شد. تکنيک‌هاى سخنورى و ارتباط هنوز نبايستى توجه را به خودشان جلب نمايد. چنانچه چنين حالتى پيش بيايد، اصطلاحاً گفته مى‌شود که: تکنيک‌ها بصورت بدهى جلوه خواهند کرد، نه موجودي.

خصوصيات و ويژگى‌هاى فرستنده و گيرنده پيام

به‌طور کلى درجريان برقرارى ارتباط بايستى به عوامل متعدد توجه نمود که يکى از آنها خصوصيات و ويژگى‌هاى فرستنده و گيرنده پيام است. برلو (Berlo) چهار خصوصيت را براى اين دو در نظر مى‌گيرد که عبارتند از:

1. مهارت لغوى

مهارت‌هاى لغوى که در برقرارى ارتباط مورد استفاده قرار مى‌گيرند عبارتند از نوشتن، صحبت کردن، خواندن و گوش دادن و تعقل که دو مهارت اول بيشتر مورد استفاده فرستنده پيام و دو مهارت بعدى مورد استفاده گيرنده پيام و مهارت تعلق مورد استفاده هردو قرارمى‌گيرد. وقتى گيرندگان پيام در برقرارى ارتباط‌هاى کلامى فاقد مهارت و قدرت کافى براى خواندن و دريافت مفاهيم موجود در پيام باشند، نمى‌توان انتظار برقرارى يک ارتباط موفق را داشت.متأسفانه، در موارد بسيارى اين هدف فراموش‌شده *و برعکس از لغاتى بيشتر استفاده مى‌شود که حاکى از وسعت و معلومات لغوى فرستنده پيام است.* مهارت فرستنده در ارسال پيام و مهارت گيرنده در دريافت آن در برقرارى يک ارتباط موفق بيش از اندازه حائز اهميت است و بعيد نيست که شکست ناشى از برقرارى ارتباط ناشى از عدم توجه به اين فاکتور مهم باشد.

1. طرز فکر و گرايش

نقش و تأثير طرز فکر و گرايش در شکل‌دادن رفتارهاى فردى و اجتماعى از ديرباز مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. طرز فکر و گرايش هر فرد مى‌تواند در نوع و نحوه ارسال پيامى که قصد انتقال آن را دارد تأثير فراوان بگذارد. از طرف ديگر طرز فکر و گرايش گيرنده پيام نيز در دريافت پيام مؤثر است. وقتى فرستنده پيام به خود و مهارتش و به تأثير پيام خود اعتماد نداشته باشد و يا گيرنده پيام، پيام را درخور توجه نبيند، برقرارى ارتباط موفقى را نمى‌توان انتظار داشت.

1. معلومات و اطلاعات

مسلماً مقدار اطلاعاتى که شخص فرستنده پيام درباره پيام موردنظر دارد مى‌تواند در نحوه برقرارى ارتباط و تأثير و نتيجه آن بسيار مؤثر باشد. طبيعى است که شخص فرستنده پيام نمى‌تواند درباره چيزى که راجع به آن نمى‌داند پيام مؤثرى را منتقل کند.در عين حال دراينجا تذکر اين نکته ضرورى است که نه دانستن اطلاعات و معلومات وسيع و نه داشتن قدرت کامل برقرارى ارتباط به‌تنهايى نمى‌تواند يک ارتباط خوب و مؤثر را تضمين نمايد. با اندکى دقت مى‌توان افرادى را يافت که عليرغم داشتن اطلاعات تخصصى قابل توجه افراد موفقى در ارسال پيام خويش نيستند و برعکس. ازطرف ديگر ميزان اطلاعات و پيش‌دانسته‌هاى گيرندگان پيام نيز در ثمربخشى فرايند ارتباط مؤثر است.

1. خصوصيات اجتماعى و فرهنگى

نتيجه‌گيرى درباره تأثير خصوصيات اجتماعى و فرهنگى فرستنده و گيرنده پيام نياز به تجزيه و تحليل دقيق و مفصلى دارد که از حوصله اين بحث خارج است. همين‌قدر مى‌توان گفت که پاسخ به سؤالات مختلفى مى‌تواند ما را در تصميم‌گيرى يارى بخشد. پاره‌اى از اين سؤالات عبارتند از:

* فرستنده و گيرنده پيام جزو کدام‌يک از سيستم‌هاى اجتماعى هستند؟
* آنان به کدام‌يک از گروه‌هاى مختلف اجتماعى تعلق دارند؟
* آنان در گروهى که به آن تعلق دارند چه نقشى را بعهده دارند؟
* آنان با چه انتظاراتى ازطرف افراد گروه روبرو هستند؟
* آنان چه ارزشها و ضوابطى را از گروه و افراد گروه فراگرفته‌اند که در رفتار ارتباطى ايشان تأثير مى‌گذارد؟

روانشناسان اجتماعى و جامعه‌شناسان روشن ساخته‌اند که مردم با توجه به طبقات اجتماعى و زمينه‌هاى فرهنگى خود به‌ طرق گوناگون ارتباط برقرار مى‌سازند. طبيعى است که اعتقادات و ارزش‌هايى که هريک از افراد به‌دليل عضويت در گروه‌هاى خاصى دارا شده‌اند، رفتار ارتباطى آنان را به‌مقدار زيادى تحت تأثير قرار مى‌دهد. به‌عنوان مثال، تعلق به گروه خاصى باعث مى‌شود که فرد لغات، جملات و عبارات خاصى را در برقرارى ارتباط مورد استفاده قرار دهد که با گروه‌هاى ديگر کاملاً متفاوت است.

طبقه و موقعيت اجتماعى در انتخاب نوع حامل‌هاى ارتباطى نيز مؤثر است. به‌عنوان مثال، درحالى که تئاتر در ممالک درحال توسعه به‌عنوان يک وسيله ارتباطى خاص طبقه بالاى اجتماعى به‌شمار مى‌رود، سينما دراکثر ممالک مورد توجه و استفاده کليه طبقات اجتماعى است.

جز چهارم –يادگيرى:

انسان هميشه درحال يادگرفتن است. از لحظه تولد تا دم ‌مرگ، ما ياد مى‌گيريم لبخند بزنيم، لباس بپوشيم، راه ‌برويم، صحبت کنيم، احساس امنيت کنيم، عشق بورزيم، بخوانيم و بنويسيم. ما براساس تجربه‌ شخصي، آزمايش و خطا، سرمشق، مشاهده، تنبيه و تشويق، گوش دادن و ديدن و لمس‌کردن ياد مى‌گيريم. گاه يادگرفتن ما برحسب اتفاق است و براى آن هيچ‌نوع برنامه‌ريزى قبلى انجام نگرفته است. گاهى يادگيرى ما براساس آموزش است. دراينجا آن نوع يادگيرى مورد توجه است که براى آن برنامه‌ريزى شده باشد. تعريفى از يادگيرى که به حيطه کار تکنولوژى نزديکى بيشترى دارد عبارت از "يادگيرى يعنى تغيير کم و بيش دائمى در رفتار بالقوه يادگيرنده، مشروط براينکه اين تغيير براثر تجربه رخ داده باشد نه اينکه حاصل عواملى چون خستگي، استعمال داروهاى مخدر، و تغييرات ناشى از بلوغ باشد" در اين تعريف به تغييرات موقتى رفتار که ناشى از خستگي، انطباق حسى يا عوامل انگيزشى است اهميتى داده نمى‌شود.

الگوی طراحی منظم آموزشی :

وقتی در نظر داریم یک برنامه آموزشی را طراحی کنیم باید آموزش را بصورت يک نظام يا سيستم نگاه کنیم، وتعامل و يا کنش و واکنش و يا تأثير متقابل عناصر نظام تربيتى نظير فراگير، مدرس، برنامه، وسايل و غيره بر يکديگر را مدنظر قرار دهیم . .فرض کنید شما قصد دارید مراقبین مادران باردار را برای یادگرفتن و به کار گیری مهارت "توصیه به انجام تست تشخیصی اچ آی وی " و "انجام تست سریع " را آموزش دهید ، برای انجام این کار لازم است یک برنامه آموزشی را به گونه ای طراحی کنید که به کلیه اجزا ذکر شده فوق توجه کند .

برای طراحی برنامه های آموزشی با رویکرد توجه به همه اجزا تکنولوژی آموزشی ، الگوهای متعددی وجود دارد که همگی درست و قابل قبول هستند . در این جا به یکی از الگوهای رایج و ساده که توسط جيمز براون و همکاران او ارائه شده است اشاره می شود .

الگوی طراحی منظم آموزشی جیمز براون :

**تعیین اهداف آموزشی:**

حیطه شناختی

حیطه عاطفی

حیطه رفتاری

**شرایط:**

روش تدریس

تجارب یادگیری

گروه های تدریس

فضای اموزشی

**منابع:**

نیروی انسانی

رسانه و ابزار آموزشی

منابع مالی بودجه

**بازده :**

ارزشیابی

اصلاح طرح

**فراگیر**

در این الگو برخلاف روش‌هاى منسوخ، فراگير هسته اصلى توجه و فعاليت مدرس را تشکيل مى‌دهد که همان شناخت کامل فراگير يا فراگيران از نقطه‌نظر استعداد، علايق، توانايى‌ها و نظاير آنها است. این الگو داراى چهار مرحله قابل تفکيک و مشخص است که در زير به‌ بررسى جزئيات هريک از آنها مى‌پردازيم.

* **مرحله اول : تعیین اهداف**
* **مرحله دوم : تعیین شرایط**
* **مرحله سوم : تعیین منابع**
* **مرحله چهارم :تعیین بازده**

**مرحله اول**-**تعیین اهداف** : باید طراح برنامه آموزشی(مدرس) تعیین کند هدف نهایی از این برنامه آموزشی چیست . در این مرحله برای تعیین اهداف ، تجزیه و تحلیل و شناخت فراگیران بسیار حائز اهمیت است ، مثلا اگر گروه هدف شما مراقبین ماردان باردار که عمدتا ماماها و یا کاردانهای بهداشت خانواده هستند باشند ، در مرحله هدف گذاری نمی توانید انتظار داشته باشید این گروه توانایی ارائه مشاوره تخصصی روانپزشکی را کسب کند .در ادامه به جزییات چگونگی تعیین اهداف آموزشی مبتنی بر سطوح یادگیری بحث می شود .برای هر برنامه باید تعیین کنیم در سه حیطه زیر چه انتظاراتی داریم :

1. اهداف یادگیری در حیطه شناختی
2. اهداف یادگیری در حیطه عاطفی (نگرشی)
3. اهداف یادگیری در حیطه رفتاری

**مرحله دوم**-**تعیین شرایط**: باید طراح برنامه آموزشی(مدرس) تعیین کند برای رسیدن به اهداف تعیین شده برای گروه هدف مورد نظر ، چه شرایطی لازم است محقق شود این شرایط اشاره دارد به :

1. **روش تدریس** :اشاره دارد به فعالیتهایی که مدرس برای ارائه آموزش انجام میدهد .آموزش ها با چه شیوه ای باید ارائه شود که امکان رسیدن به هدف های تعیین شده را فراهم کند . به عنوان مثال اگر هدف آموزشی ما تغییر نگرش فراگیران( حیطه عاطفی ) مثلا در خصوص اعلام نتیجه تست اچ آی وی به شریک جنسی یک بیمار مبتلا به اچ آی وی است باید از روش های آموزشی استفاده شود که بتواند در آن حیطه اثرگذار باشد و به عنوان مثال استفاده از روشی مانند "حفظ و تکرار" و یا "سخنرانی " در این خصوص نمی تواند موثر باشد .وباید از روشی مانند بحث عمومی استفاده کرد و یا اگرهدف تعیین شده برای مراقبین ماردان باردار "مهارت توصیه به انجام تست " است باید از روشی مانند " ایفای نقش " استفاده شود .در ادامه به معرفی چند روش تدریس پرکاربرد با بیان ویژگیها و نقاط قوت و ضعفشان و اینکه کدام روش برای نیل به اهداف یادگیری بیشتر موثر است پرداخته خواهد شد .
2. **تجارب یادگیری** :اشاره دارد به فعالیتهایی که فراگیر برای کسب آموزش انجام میدهد .تمرین ها و فعالیت هایی که فراگیران برای تعمیق و ماندگاری یادگیری باید انجام دهند در این مقوله میگنجد .هر فراگیر حداقل جه مدت زمانی و چند بار باید تجارب آموزشی را داشته باشد .به عنوان مثال شما تعیین خواهید کرد یک فراگیر دوره آموزشی مشاوره برای یادگیری مهارت ها و خطا های مشاوره چه تمرینهایی را باید انجام دهد و به چه تجاربی نیاز دارد . یا برای اینکه فردی به عنوان مدرس مبحث آموزش مشاوره انتخاب شود حداقل باید چند کارگاه آموزشی زیر نظر مربی برگزار نماید .
3. **تعیین گروه های تدریس و یادگیری** :برای دست یافتن به اهداف فوق حداکثر تعداد و گروه های آموزشی در هر جلسه آموزشی باید چند نفر باشند . بدیهی است اگر روش تعیین شده بحث گروهی باشد تعداد شرکت کنندگان نمی توانند بیش از 20نفر باشد .
4. **تعیین فضای آموزشی** :برای دست یافتن به اهداف فوق و با توجه به روش آموزشی انتخاب شده حداقل امکانات لازم برای فضای آموزشی باید تعیین شود ، مثلا اگر روش آموزشی متناسب با هدف اموزشی " بحث گروهی " انتخاب شده است ، چیدمان فضای اموزشی باید امکان برقراری شبکه ارتباطی متناسب را داشته باشد.

**مرحله سوم**-**تعیین منابع** : باید طراح برنامه آموزشی(مدرس) تعیین کند برای رسیدن به اهداف تعیین شده برای گروه هدف مورد نظر ، چه منابعی لازم است :

1. **رسانه آموزشی** :اشاره دارد به منابع ومحتوای آموزشی که مدرس برای ارائه آموزش از آن استفاده میکند .
2. **ابزار آموزشی** :تعیین اینکه برای ارائه آموزش به چه ابزارهایی (ویدیوپروژکتور – فلیپ چارت و... نیاز دارید )
3. **زمان** :زمان یکی از منابع مهمی است که بدون توجه به آن رسیدن به اهداف ممکن نیست . رسیدن به یک هدف در حیطه رفتاری و یادگیری یک مهارت با صرف زمان یک یا دوساعت امکان پذیر نیست از طرف دیگر در مثال ذکر شده مراقبین مادران باردار را نمی توان مدت طولانی از کار منفک نمود .
4. **منابع مالی** :برای دست یافتن به اهداف فوق و با توجه به روش آموزشی انتخاب شده و شرایط مورد نیاز باید تعیین شود منابع مالی مورد نیاز چقدر است و محل تامین اعتیار کجاست .

**مرحله چهارم**-**تعیین بازده** باید تعیین کنیم چگونه نتیجه مورد انتظار را اندازه گیری میکنیم . بههمین علت بایداهداف به گونه ای تدوین شود که قابل اندازه گیری باشند و اندازه گیری اهداف در حیطه شناختی اغلب راحت است اما باید روش هایی برای سنجش رسیدن به اهداف عاطفی و رفتاری نیز تعیین شود .

متناسب با نتایج ارزیابی باید طراحی اهداف مورد بازبینی قرار گرفته و کلیه مراحل اصلاح شود .

در ادامه اجزا هر یک از جهار مرحله فوق به تفکیک شرح داده می شود .

مرحله اول - تعیین اهداف آموزشی مبتنی بر سطوح یادگیری :

براى اهداف آموزشى طبقه‌بندى‌هاى مختلفى ارائه شده است که يکى از معروفترين آنها طبقه‌بندى بنيامين بلوم (Benjamin S. Bloom) و همکاران او است. در اين طبقه‌بندى اهداف آموزشى در سه‌ حيطه زیر دسته بندی می شوند :

**الف -حیطه شناختى** (Cognitive domains)

**ب- حیطه عاطفى** (Affective domain)

**ج-حیطه روانى– حرکتى**( (Psychomotor domains یا **حیطه رفتاری**Behavioral domain

سه حيطه يادشده مستقل از يکديگر نبوده و با يکديگر مرزهاى مشترک دارند. به‌عبارت ديگر هنگام مطالعه رياضيات که اهداف آن در حيطه شناختى قرار مى‌گيرد، هيچ تضمينى وجود ندارد که نظر و نگرش شخص فراگير نسبت به رياضيات تغيير کند مثلاً از آن به بعد از رياضيات خوشش بيايد يا بدش بيايد که مسلماً مربوط به حيطه عاطفى مى‌شود.

همين‌طور هيچ ترديدى نمى‌توان داشت که به‌منظور ايجاد و يا تغيير نگرش و طرز تلقى و ساخت ارزشى افراد بايستى در هر حال از محتواهايى استفاده کرد که مطالعه و درک آنها نيازمند فعاليت‌هاى ذهنى و عقلانى است. اين امر درمورد اهداف حيطه روانى - حرکتى نيز صادق است. بنابراين مى‌توان اين‌طور نتيجه گرفت که با قبول مرزهاى مشترک اين سه حيطه در هر قسمتى از محتواهاى درسى يک حيطه اساسى فعاليت را تشکيل مى‌دهد.

نکته ديگرى که توجه به آن در مطالعه اين طبقه‌بندى ضرورى است اينست که حتى‌الامکان از نتايج آن در موقعيت‌هاى واقعى استفاده کرد. به‌عنوان مثال همان‌گونه که روشن خواهد شد، در حيطه شناختى سطوح و يا انواع مختلفى از يادگيرى قرارمى‌گيرند که به‌ترتيب از ساده به پيچيده قرار گرفته‌اند که چه در جريان تدريس و چه درهنگام ارزشيابى مى‌توان با عنايت به اين سطوح مختلف، يادگيرى‌هاى متعالى‌ترى را در فراگيران ايجاد نمود.

الف - حيطه شناختى

اين حيطه مربوط به اهدافى مى‌شود که محتواهاى مربوط به آنها کلاً جنبه تئورى داشته و دستيابى به آنها فعاليت‌هاى ذهنى و عقلانى قابل توجهى را ايجاب مى‌کند. و نيز يادآور مى‌شويم که در اين حيطه سطوح مختلفى از يادگيرى قراردارد که از ساده به پيچيده سازمان يافته‌اند

1. **آگاهى )دانش(**

يادگيرى در حد آگاهى مستلزم توانايى به‌خاطر سپردن مطالب و به‌ياد آوردن آنها است بدون هرگونه تغيير. بنابراين يادگيرى در اين سطح صرفاً جنبه حفظى داشته و شامل به‌خاطر سپردن و به‌يادآورى نام‌ها، آدرس‌ها، شماره‌تلفن‌ها، جداول و نظاير اينها مى‌شود.

1. **ادراک )فهميدن(**

يادگيرى در حد ادراک مستلزم توانايى به‌خاطر سپردن و درک مطالب و ارائه آنها با عبارات و جملاتى مى‌شود که شخص خودش مى‌سازد. بنابراين ملاحظه مى‌شود که يک نشانه بارز به‌منظور تمايز ميان دو سطح آگاهى و ادراک در اين است که در آگاهى ارائه مطالب با جمله‌بندى ساخت خود فرد نيست ولى در ادراک هست.

1. **کاربرد )به کار بستن )**

يادگيرى در حد کاربرد مستلزم توانايى بکار بستن مفاهيم کلي، اصول، فرمول‌ها، روش‌ها و دستورالعمل‌ها است، در شرايط خاص و معين نظير حل مسائل رياضي. نکته‌اى که در اينجا اشاره به آن ضرورى است اينست که ما در سطح ترکيب از نوعى حل مسئله نيز ياد خواهيم کرد که کيفيت و مشخصات آن با حل مسائل در حد کاربرد تفاوت اساسى دارد. اين تفاوت در سطح ترکيب مدنظر قرار خواهد گرفت.

*مثال :مدرسى را درنظر بگيريد که شکل مربع را به فراگيران خود آموخته است و به آنان ياد داده که چطور با استفاده از فرمول مى‌توان مساحت مربع را محاسبه کرد. حال اگر او حل مساحت مربعى را که هر ضلع آن ۸ متر است از فراگيران خود بخواهد و آنان نيز قادر به محاسبه آن باشند در اين صورت چنانچه او فراگيران خود را بدون توجه به سطح ادراک از سطح آگاهى به سطح کاربرد رسانيده باشد، فراگيران او قادر به توجيه اينکه چرا براى مساحت واحد متر مربع را انتخاب کرده‌اند نبوده و نمى‌توانند درباره مفهوم مساحت توضيح دهند.*

1. **تجزيه و تحليل (Analysis)**

يادگيرى در سطح تجزيه و تحليل مستلزم توانايى تجزيه و خرد کردن مطالب به اجزاى تشکيل دهنده آنها و مشخص کردن روابط ميان اجزا.است به عبارت دیگر تجزیه و تحليل فعاليتى است عقلى که مستلزم تجزيه مطالب به اجزاى متشکله آن مى‌باشد، و فرد را قادر مى‌سازد که به مفاهيم و معانى نهفته در عبارات و عقايد پى‌ببرد.

1. **ترکيب (Composition)**

يادگيرى در حد ترکيب مستلزم توانايى اتصال و به‌هم گره‌ زدن اجزا و عناصر جداگانه است؛ همراه با نتيجه‌اى جديد و بديع. به عبارت دیگر ترکيب عبارت است از پيش هم قراردادن اجزا براى ايجاد محصولى نو که براى يادگيرنده تازگى داشته باشد. تفاوتى که حل مسئله يا مشکل در سطح ترکيب با حل مسئله در سطح کاربرد دارا است در اين است که در رابطه با حل مسئله در سطح کاربرد اولاً معمولاً يک راه حل وجود داشته و يا راه‌حل‌ها بسيار محدود و معدود هستند، ثانياً راه‌حل‌ها و پاسخ مسئله از قبل مشخص است؛ درست نظير حل مسائل رياضى که مثال زده شد. ولى در سطح ترکيب راه‌حل‌ها نه محدود و معدود هستند و نه ازقبل مشخص، نظير حل مسائل و مشکلات اجتماعي، حرفه‌اى و غيره.

1. **ارزشيابى و قضاوت**  **(Evaluation & Judgment)**

يادگيرى در حد ارزشيابى و قضاوت مستلزم توانايى نقد در آثار و نظريات است با استفاده از معيارهاى درونى (شخصي) و بيرونى (علمى و عيني). در مقام مقايسه مى‌توان اين‌طور نتيجه گرفت که اگر در سطح ترکيب کتابى توسط فردى نگاشته شود، در سطح ارزشيابى و قضاوت ممکن است توسط فرد ديگرى که دانش و اطلاعاتش بيشتر از نويسنده کتاب است مورد نقد و بررسى قرار گيرد. به اين کار اصطلاحاً حاشيه نويسي نيز گفته مى‌شود.

ب- حیطه عاطفی :

اهداف‌هاى حيطه عاطفى در ارتباط با ايجاد و يا تغيير نگرش، طرز فکر، طرز تلقى و يا ارزش‌ها بکار برده مى‌شود. بنابراين طبيعی است که ارزيابى حصول اين‌گونه هدف‌ها از هدف‌هاى دو حيطه ديگر مشکل‌تر باشد. به‌عنوان مثال چگونه مى‌توان اطمينان حاصل کرد که مثلاً فراگير نسبت به شخص و يا شرايط خاص عقيده اصلاح‌شده و يا مطلوبى پيدا کرده است ويا گروهى از افراد که تا زمان خاصى به قانون و رعايت آن بى‌توجه بوده‌اند نسبت به اين امر عقيده‌مند شده و نسبت به رعايت قوانين و مقررات پايبند خواهند بود. ولى مسلم است که اين امر هرگز مربيان و برنامه‌ريزان تربيتى را نسبت به گنجانيدن اهداف و محتوايى که جنبه ارزشى و نگرشى دارند بى‌توجه نخواهد ساخت.

به‌منظور ایجاد باور يک فرد نسبت به‌طرز فکر و يا ارزش خاص بايستى پنج مرحله زير را يکى پس از ديگرى پشت‌سر نهاد:

1. **مواجهه با موضوع (گرفتن يا دريافت کردن )**

در اين مرحله که اولين گام در راه عقيده‌مند کردن افراد به‌شمار مى‌رود، آنان را با موضوع و يا مسئله مورد نظر از طرق مختلف مواجه مى‌سازد. اين کار ممکن است به‌طور کتبي، شفاهي، نمايش فيلم، تئاتر و راه‌هاى ديگر انجام پذيرد. به‌عنوان مثال، مطرح کردن يک شعر و يا داستان اخلاقى در کتاب‌هاى درسى چنين حالتى را دارا است.

1. **پاسخ دادن**

در اين مرحله، فراگير نسبت به طرز فکر و ارزش موردنظر از خود عکس‌العمل‌هاى مختلف نشان مى‌دهد. به‌عنوان مثال، نه‌تنها نسبت به بروز رفتار موردنظر از خود بى‌ميلى و مخالفتى نشان نمى‌دهد، بلکه ممکن است نوعى خوشنودى و رضايت خاطر نسبت به بروز رفتار نيز در او مشاهده شود. در هر حال، آنچه تذکر آن در اينجا ضرورى است اينست که پس از اجراى مرحله مواجهه چنانچه پى‌گيرى تربيتى صورت نگيرد ممکن است فراگير بسيار دير به مرحله پاسخ دادن برسد و يا هرگز نرسد. بنابراين نه‌تنها تا رسيدن به اين مرحله بلکه تا آخرين مرحله ايجاد تغيير نبايستى کار و کنترل مداوم در اين راه را متوقف نمود.

1. **ارزش گذارى (Valuing)**

در مرحله ارزش‌گذاري، ارزش موردنظر ازطرف فراگير پذيرفته مى‌شود و سرانجام نسبت به آن نوعى تعهد در او ايجاد مى‌شود. بنابراين طبيعى است که بروز رفتار موردنظر در اين مرحله از مراحل پيش عميق‌تر، درونى‌تر و پايدارتر است.

1. **سازماندهى ارزش ها**

در اين مرحله، فراگير که در مرحله قبل به پذيرش ارزش موردنظر پرداخته است آن را در ساخت ارزشى خود، سازماندهى مى‌کند. به‌عبارت ديگر جاى مناسبى را درميان ارزش‌هاى قبلى خود براى ارزش جديد دست‌وپا مى‌کند. يک مثال عينى ولى بسيار سمبوليک براى روشن‌شدن مطلب مى‌تواند اين باشد که شخص داراى يک قفسه و يا کمد منحصربه‌فرد است که داراى طبقات مختلفى است. چنانچه از او خواسته شود که او مايملک منقول و کوچک جثه خود را به‌ترتيب از گرانبهاترين تا کم‌ارزش‌ترين از بالا به پائين در طبقات قفسه قرار دهد، طبيعى است که او مثلاً جواهرات خود را در بالاترين و خودنويس و يا خودکار خود را در پائين‌ترين طبقه قرار خواهد داد. جايگزينى ارزش‌ها در ساخت ارزشى افراد از چنين کيفيتى برخوردار است.

1. **تبلور شخصيت**

در اين مرحله که آخرين مرحله ايجاد و يا تغيير نگرش، طرزفکر و ارزش تلقى مى‌شود، فراگير به‌جايى رسيده است که ارزش موردنظر در رفتار او انعکاس دائمى دارد، در حالى که براى بروز رفتار مراقب و پليسى موردنياز نيست. يک دانشجو که به اين مرحله رسيده است هرگز در جلسه امتحان دست به تقلب نخواهد زد، خواه مراقبى حضور داشته باشد يا خير.

ج- حيطه رفتاری (روانی حرکتی )

همان‌گونه که از نام حيطه پيدا است، در آن اهدافى قرار مى‌گيرند که در جريان دستيابى به آنها هم فکر و هم فيزيک هردو مداخله دارند. به‌طور کلى آموزش مهارت‌ها در اين حيطه قرار مى‌گيرد. بنابراين قسمت‌هاى قابل توجهى از دروس و محتواهاى مربوط به رشته‌هاى مشاوره ر، فنى و مهندسي، حرفه‌اى و نظاير آنها براساس اهدافى تدوين مى‌شود که در حيطه رفتاری قرار مى‌گيرد.

1. **آمادگى و تقليد (Readiness & imitation)**

پس از ايجاد آمادگى‌هاى ياد شده، در همين مرحله خود مهارت را به آهستگى و چنانچه لازم باشد چندين‌بار انجام داده، سپس از فراگيران مى‌خواهيم تا آنان اجراى مهارت را تقليد کنند. نکته‌اى که تذکر آن در اين مرحله ضرورى مى‌باشد اين است که به‌خاطر بسيار مبتدى بودن فراگيران لازم است که مربى در اجراى مهارت ارتباط نزديک خود را با فراگير حفظ کرده و از مساعدت و يارى لحظه‌ به ‌لحظه فراگير دريغ نورزد که مسلماً رفته ‌رفته از ميزان اين وابستگى فراگير پس از تکرار و تمرين کافى کاسته خواهد شد.

1. **آمادگى ذهنى**

منظور از آمادگى ذهنى آن است که فراگيران را به‌طور نظرى در جريان مهارت موردنظر قرار دهيم. به‌عبارت ديگر قبل از اجراى عمل کليه مطالب مربوطه را به‌صورت نظرى به آنان آموزش دهيم. مثلاً در رابطه با آموزش رانندگي نام و کاربرد قسمت‌هاى مختلف اتومبيل را که با آنها سروکار داريم به‌طور نظرى براى آنان مطرح کرده و عملياتى را که آنان بايستى انجام دهند برايشان توضيح دهيم. یا در خصوص آموزش مشاوره کلیه مهارت های برقراری ارتباط و خطاهای مشاوره را بتواند بر شمارد

1. **آمادگى فيزيکى**

در آمادگى فيزيکي، نحوه استفاده از قسمت‌هاى مختلف بدن نظير دست‌ها، پاها، انگشتان و به‌طور کلى قرارگرفتن بدن را دراثناى اجراى مهارت برايشان توضيح مى‌دهيم.مثلا بتواند با زبان بدن به برقراری یک ارتباط موثر در مشاوره کمک کند .

1. **آمادگى عاطفى**

در آمادگى عاطفى ابعادى نظير فايده و کاربرد مهارت که منجر به بالارفتن ميزان انگيزش آنان مى‌شود، مواردى نظير رعايت حقوق ديگران در اجراى مهارت و گاهى مسائل قانونى مربوطه را مطرح مى‌کنيم.رعایت حقوق مراجع و مهارت قضاوت نکردن در حین مشاوره . تا اینجای کار فرد در تمرین مشاوره جملات را به کار می برد و لازم است مربی جملات وی را اصلاح کند .

1. **اجراى مستقل (Independent performance)**

طبيعى است که در اين مرحله بايستى ميزان وابستگى فراگير به مربى بسيار ناچيزتر از مرحله اول باشد. بنابراين با برنامه‌ريزى درست فراگير به اجراى مهارت مبادرت مى‌ورزد، درحالى که ديگر مساعدت و يارى مستقيم مربى ازميان رفته و اين نظارت او بر اجراى مهارت همچنان ادامه دارد. مثال خوبى براى اين مرحله، اجراى رانندگى توسط فراگيرى است که مربى او در کنارش نشسته ولى برايش پدال نمى‌گيردیا فراگیری که مشاوره را یاد گرفته بدون مداخله مستقیم مربی اش اقدام به مشاوره نماید .

1. **سرعت و دقت (Acceleration & Accuracy)**

در مرحله قبل يعنى اجراى مستقل، فراگير در اجراى مهارت از سرعت و دقت عمل کافى برخوردار نيست. به‌عنوان مثال در تعويض دنده‌هاى اتومبيل او تاحدود زيادى به‌درستى عمل مى‌کند، ولى اين تعويق اولاً به‌سرعت صورت نگرفته، ثانياً، ممکن است دقيق نباشد. به همين منظور در اين مرحله، فراگير را با راهنمايي، تکرار و تمرين کافى به‌جايى مى‌رسانيم که اجراى او سرعت و دقت کافى را دارا باشد. یا در مثال دوم مشاور برای پیدا کردن کلمات مناسب در مرحله قبل نیاز به زمان و تفکر است اما در این مرحله به سرعت کلمات مناسب را به خاطر می رود .

1. **هماهنگى حرکات (Coordination of Actions)**

در مرحله سرعت و دقت، فراگير قادر به اجراى پاره‌مهارت‌هاى معدود و محدودى است و معمولاً قادر به اجراى چند پاره‌مهارت مختلف به‌طور همزمان نيست؛ به‌عنوان مثال، در اجراى مهارت رانندگى او قادر است با سرعت و دقت کافى تعويق دنده‌ها را انجام دهد ولى همزمان با آن به‌راحتى نمى‌تواند در آينه نگاه کند، راهنما بزند و غيره. بنابراين بازهم با راهنمايى و تمرين و تکرار او را به مرحله‌اى مى‌رسانيم که بتواند چند پاره‌مهارت مختلف را همزمان انجام دهد. اين مرحله، هماهنگى حرکات نام دارد. یا در مثال دوم فراگیر مشاوره همزمان می تواند ضمن برقرای ارتباط مناسب از به دام افتادن و به بن رسیدن روند مشاوره جلوگیری کند این حالت خصوصا در زمان مشاوره در بحران که مراجع در شرایط بحرانی است از اهمیت زیادی برخوردار است

1. **عادى شدن (Normality)**

در اين مرحله، اجراى مهارت براى فراگيران بسيار عادى مى‌شود و يکى از نشانه‌هاى بارز آن اجراى مهارت است بدون اينکه فراگير درجريان اجرا به فرآيند اجرا فکر کند؛ به‌عنوان مثال، فراگير مسافت قابل توجهى را رانندگى مى‌کند، درحالى که دراثناى رانندگى ممکن است به همه چيز فکر کند به‌استثناى فرآيند اجراى رانندگي. طرح زير مراحل مختلف آموزش مهارت را نشان مى‌دهد. در این مرحله مشاور بدون فکر کردن کلیه مراحل مشاوره را به تنهایی طی می کند .

**چه عواملی در تعیین اهداف آموزش موثر هستند ؟**

براىمدرسین بسيار مهم است که از منشاء اهداف آموزشى و عوامل مؤثر در انتخاب و تدوين آنها حداکثر اطلاع را داشته باشند. به عبارت دیگر بهتر است مدرسین خود طراح و برنامه ریز آموزش باشند و در تعیین اهداف آموزشی نقش داشته باشند

به‌عنوان منشاء تعیین اهداف آموزشي، برنامه‌ريز ابتدا توجه داشته باشد که:

ا**ولاً** ويژگى‌هاى فراگيران موردنظر، نظير احتياجات علايق و توانايى‌هاى آنان چيست،

**ثانياً** سیستم انتظار دارد که چه انسانها و با چه ويژگى‌هايى بازده برنامه را تشکيل دهند

**ثالثاً**، متخصصان موضوع مورد آموزش از این آموزش چه نتیجه ایی را مدنظر دارند.

مثال : فرض کنید می خواهید افرادی را برای انجام فرآیند توصیه به انجام تست تشخیصی اچ آی وی آموزش دهید مسلما اگر این فرد مهارت های مشاوره تخصصی ایدز را داشته باشد در این کار موفق خواهد بود و انتظارات سیستم را نیز بر آورد می کند اما اگر فراگیر مد نظر شما یک فرد همسان در گروه مصرف کنندگان تزریقی مواد باشد ، در آنصورت با توجه به توان و احتیاجات او ممکن است بسیاری از اهداف آموزشی تغییر کند و کافی است در حیطه شناختی ایدز را بشناسد و در حیطه عاطفی به اینکه تست اچ آی وی مفید است باور داشته باشد و مهارت انتقال این مفاهیم را به افراد همسان خود داشته باشد .

مرحله دوم – تعیین شرایط

در طراحی یک طرح آموزشی دومین قدم تعیین شرایط است . این شرایط باید مانند همه اجزا متناسب فراگیران و همچنین متناسب با اهدافی باشد در جز اول تعیین کرده ایم .در این مرحله به این سوال پاسخ داده می شود :" برای نیل به اهداف تعیین شده چه شرایطی باید فراهم شود ."

**الف – شیوه های تدریس**

**ب-تجارب یادگیری در فراگیران**

**ج- گروه های تدریس و یادگیری**

**د-فضای آموزشی**

الف -  شيوه‌هاى تدريس

شيوه‌هاى تدريس را مى‌توان آن‌دسته از فعاليت‌هاى مدرسین دانست که در راه هدايت فراگيران به‌سوى اهداف آموزشى در کوچکترين واحد زمان قابل اجرا است. شيوه‌هاى تدريس ممکن است در يک جلسه تدريس چندين‌بار تغيير يابد.  
با اين وجود، آنچه که در اينجا بايستى مدنظر قرار گيرد آن است که مطابق اصل يادشده شيوه‌هاى مدرس بايستى باتوجه به عناصر قبلى طرح يعنى اهداف - بخصوص اهداف رفتارى - تعيين شوند. بنابراين مسلم است که مجموعه‌اى از شيوه‌هاى تدريس که در ارتباط با اهداف مربوط به حيطه شناختى مورد استفاده قرار مى‌گيرند، نمى‌توانند بدون هيچ‌گونه تغييرى در ارتباط با اهداف حيطه روانى - حرکتى نيز بکار گرفته شوند. در هر حال مناسب‌ترين محل انتخاب شيوه‌هاى تدريس در قسمت شرايط طراحى منظم آموزشى است.

روش هاي آموزش مجموعـه تــدابیري کـه بـا اسـتفاده از امکانـات موجـود بـراي رسـیدن بـه هـدفی مـورد اسـتفاده قــرار میگیـرد، روش گفتـه مـی شــود کــه نهایتــا بــه یــادگیري در فراگیـران منجــر مـی شــود . هـر روش آموزشـی و تــدریس داراي معیارهــا و شــرایط خاصــی اســت کــه در زیــر بــه برخــی از ایــن معیارهــا اشــاره مــی شــود .

اولا و قبل از هـر چیـز بایـد بـا پایـه هـاي بیولـوژیکی و روانـی رفتـار انسـانها همـاهنگی داشـته باشـد

ثانیــا داراي اعتبــار و ارزش منطقــی و همســو و هــم جهــت بــا روشــهاي معتبــر کســب دانــش باشــد ،

ثالثــا بــا اصول و ایده ال هاي انسانی همدم وسازگار باشند و بالاخره داراي ارزش و اعتبار تربیتی باشد.

هـدف ایـن قسـمت ، معرفـی روش هـاي متـداول آمـوزش اسـت . ممکـن شـما مربیـان در مـورد سـلامت مطالـب زیـادي بدانیـد ولـی روش آموزشـی مناسـب بـراي دسـتیابی بـه اهـداف آموزشـی و انتقـال مطالـب و دانـش بـه فراگیــران را بخــوبی ندانیــد .غالبــاً روش آمــوزش بــر اســاس میــزان دســتیابی فراگیــران بــه مطالــب و بهــره گیـري آنهـا از دوره تعیـین مـی شـود فراگیـران بـا گـوش کـردن ، دیـدن ، پرسـش و پاسـخ و اجـراي آموختـه هـا مطالـب را یـاد مـی گیرنـد و بـر همـین اسـاس هـم روش آموزشـی مناسـب انتخـاب مـی شـود . روش هـاي تـدریس فـراوان و متعـدد هسـتند کـه هـر کـدام شـرح مفصـل و طـولانی دارد هـر یـک از روش هـاي آموزشـی بــه تنهــایی مزایــا و معــایبی دارد و از اینروســت کــه غالبــاً بکــارگیري مجموعــه اي از روش هــاي تــدریس و آموزش توصیه می شود تا کارآیی و اثربخشی بیشتري به همراه داشته باشد. همیشه به خاطر داشته باشید

**هنگامی که گوش می کنید =فراموش می کنید**

**هنگامی که می بینید = به خاطر می آورید**

**هنگامی که انجام می دهید = یاد می گیرید**

نتايج تحقيقات نیز نشان داده‌اند که حواس مختلف نقش واحدى را در يادگيرى دارا نيستند.يافته‌هاى زير اين تفاوت را به‌خوبى نشان مى‌دهند. اين يافته‌ها مشخص مى‌کنند که در يک انسان متعارف حدوداً

* + %۷۴ يادگيرى ازطريق کاربرد **حس بينايي** صورت مى‌گيرد.
  + %۱۳ يادگيرى ازطريق کاربرد **حس شنوايي** صورت مى‌گيرد.
  + %۵ يادگيرى ازطريق کاربرد **حس لامسه** صورت مى‌گيرد.
  + %۳ يادگيرى ازطريق کاربرد **حس بويايي** صورت مى‌گيرد.
  + %۳ يادگيرى ازطريق کاربرد **حس چشايي** صورت مى‌گيرد.

ملاحظه مى‌شود که اگرچه قسمت اعظم يادگيرى انسان (۷۵%) ازطريق کاربرد حس بینایی است معهذا در بسيارى از موارد مدرسین بر کاربرد ۱۳% حس شنوايى تأکيد فراوان دارند، درحالى که نتايج تحقيقات و پژوهش‌هايى که در زمينه گوش‌دادن به‌عمل آمده است اطلاعات زير را دراختيار ما قرار مى‌دهند،پژوهش ها در زمینه “گوش دادن” نشان می دهد که : ۶۰% از وقت فراگیران در مدارس ابتدایی و 90% در دوره هاي بالاتر و دانشگاه ها صرف گوش دادن می شود.فراگیران تنها قسمت ناچیزي ازآنچه را که شنیده اند حدود 3/1 ( تا %5/1 ) به خاطر می سپارند . افراد بالغ به طور متوسط قادر به حفظ کردن 50% مطالب در ذهن خود هستند حدود دو ماه بعد ، این میزان به نصف نیز کاهش خواهد یافت. نتیجه اینکه با وجود صرف وقت زیاد در کاربرد حس شنوایی، این حس تاثیر ناچیزي در یادگیري انسان دارد.

آشـنایی بـا روش هـاي آمـوزش مـی توانـد در برنامـه ریـزي آمـوزش و نیـل بـه اهـداف آمـوزش کمـک بسـیار مؤثري نماید از اینرو سعی داریم شما را با تعدادي از روش هاي آموزش موجود آشنا سازیم

عوامل موثر در انتخاب روش آموزشی :

. قبل از آنکه روش خاصی را براي آموزش انتخاب کنید به چند سوال در ذهنتان پاسخ دهید : .1 تعداد فراگیران .2 مدت زمان اجراي آموزش .3 سطح آگاهی و دانش فراگیران .4 تجهیزات آموزشی مورد نیاز .5 انتظار شما از میزان مشارکت فراگیران در طول دوره آموزش و بـه خـاطر داشـته باشــید کـه روش آموزشـی مـورد اســتفاده بایـد بــا توجـه بـه اهـداف آمـوزش مــورد نظــر در انتقــال دانــش ، تغییــر نگــرش و مهــارت هــاي عملــی و علمــی رفتارهــاي فراگیــران انتخــاب شــود . چنانچــه روش آموزشــی ، مناســب بــا دوره مــورد نظــر انتخــاب شــود ، شــما بــه اهــداف آن دوره دسترســی پیــدا مــی کنیــد و تــدریس مــوفقی را احســاس مــی کنیــد . روش آموزشــی منتخــب شــما بایــد بــه فراگیــران اجــازه شــرکت فعــال در کــلاس و برنامــه را بدهد به مجموعه تدابیر منظمی که برای رسیدن به هدف، با توجه به شرایط و امکانات اتخاذ می شود "روش تدریس" گویند.

انواع روش های تدریس

1.روش حفظ و تکرار

طرح ارتباط معلم و شاگرد و محتوا 
     يکى از قديمى‌ترين روش‌هاى آموزشى است. در اين روش، به حافظه سپردن مطالب و تکرار و پس دادن آن مهم‌ترين کار به شمار مى‌رود. مدرسی که بر محتواى درس مسلط است، تمام يا قسمتى از آن را بيان مى‌کند و سپس انتظار دارد که فراگیران همان مطالب را بوسيله تمرين و تکرار به خاطر بسپارند تا در جلسه آينده و يا در هنگام امتحان به او پس بدهند. در واقع، در اين روش، تدريس عبارت است از ارائه مفاهيم بصورت شفاهى يا کتبى از طرف مدرس و تکرار و حفظ کردن و پس دادن آن توسط فراگیران. اغلب پاداش و تنبيه از عوامل ايجاد انگيزه در اين روش است، ارزشيابى در اين روش تنها به‌منظور سنجش حافظه و ميزان تسلط فراگیران بر محتوا صورت مى‌گيرد. در اين روش، انضباط بسيار سخت و آمرانه است. هدف اصلى در اين روش، پرورش نيروهاى مجرد ذهنى است. مفاهيم حفظ شده در اين روش، ارتباطى با دنياى کار و فعاليت ندارد و يادگيرى بيشتر بر اساس تمرين و تکرار صورت مى‌گيرد.

 محاسن روش حفظ و تکرار

۱. روش حفظ و تکرار براى به خاطر سپردن اصول، قواعد، و قوانين در علوم مختلف روش مناسبى است.  
۲. براى تعليم و تربيت جمعي، به‌منظور حفظ و نگهدارى معتقدات، تاريخ، فرهنگ و ادبيات يک ملت مفيد است.

۳. براى تقويت و پرورش صفاتى از قبيل اطاعت، احترام به گذشته و احترام به مسنترها روش خوبى است.

۴. کمتر به مدرسان باتجربه نياز دارد.

۵. ارزان‌ترين روش آموزشى است؛ زيرا در اين روش چندان نيازى به امکانات و تجهيزات آموزشى نيست.

 محدوديت‌هاى روش حفظ و تکرار

۱. در اين روش، ارتباط و همکارى متقابل بين مدرس و فراگیر وجود ندارد.

۲. به‌علت وجود انضباط خشک، اين روش باعث ايجاد و توسعه روابط نامناسب بين مدرس و فراگیر مى‌شود.

۳. وسيله مناسبى براى برانگيختن حس کنجکاوى فراگیران نيست و به‌همين دليل، فراگیران اغلب از محيط مدرسه بيزارند.

۴. اين روش افراد متفکر، تحليل‌گر و نقاد پرورش نمى‌دهد.

۵. فعاليت در اين روش يکنواخت است و به تفاوت‌هاى فردى توجه نمى‌شود.

۶. در فعاليت‌هاى آموزشي، علاقه، رغبت و استعداد فراگیران در نظر گرفته نمى‌شود.

۷. معلومات کسب شده رابطه‌اى با زندگى واقعى ندارد.

8.اين روش افراد فعال و شايسته براى زندگى اقتصادى و اجتماعى تربيت نمى‌کند.

2.روش سخنرانى

روش سخنرانى در نظام‌هاى آموزشي، سابقه‌اى طولانى دارد. ارائه مفاهيم به‌طور شفاهى از طرف مدرسین و يادگيرى آنها از طريق گوش‌کردن و يادداشت برداشتن از طرف فراگیران، اساس کار اين روش را تشکيل مى‌دهد. در اين روش، يک نوع انتقال يادگيرى و رابطه ذهنى بين مدرس و فراگیر ايجاد مى‌شود. از خصوصيات اين روش، فعال و متکلم‌وحده‌ بودن مدرس و پذيرنده و غيرفعال بودن فراگیر است. در فرايند تدريس، تمام عوامل تحت‌کنترل مدرس است. او مى‌تواند به هر ترتيبى که خود مى‌پسندد درباره موضوع موردنظر سخن بگويد و هر وقت لازم بداند آن را پايان دهد. انتقال پيام يک جريان فکرى يک‌طرفه از طرف مدرس به فراگیران است.

کميت و کيفيت يک سخنرانى تعيين‌کننده نوع آمادگى مدرس براى سخنرانى است. در سخنرانى‌هاى کوتاه، فورى و غيررسمى معمولاً کسب آمادگى چندان امکان‌پذير نيست، اما براى سخنرانى‌هاى طولانى و نسبتاً رسمي، همچون کلاس درس، مدرس بايد آمادگى کافى داشته باشد. براى فرد سخنران آمادگى بايد از سه نظر کسب شده باشد:

**آمادگى از نظر تجهيزات** **:**وسايل آموزشى بسيارى مانند فيلم، تلويزيون، اسلايد و نوارهاى ضبط شده وجود دارند که مى‌توانند مدرس را در يافتن مطالب مناسب و ايراد سخنرانى کمک کنند. مدرس بايد آنها را با توجه به هزينه‌هاى موجود، مورد بررسى قرار دهد و آنهايى را که مى‌توانند سخنرانى او را تقويت کنند انتخاب نمايد.

**آمادگى عاطفى:**بسيارى از مردم هنگام سخنرانى دچار نوعى ترس ناگهانى مى‌شوند. اين ترس به هنگام ارائه سخنرانى موجب کاهش توانايى ارتباط مى‌شود. ترس از سخنرانى را مى‌توان با روش‌هاى مختلف کاهش داد. يکى از روش‌هاى بسيار مؤثر کاهش ترس، روش از بين‌بردن منظم حساسيت است.

**آمادگى از نظر زمان:**سازماندهى خوب يک سخنرانى و طى مراحلى مانند جمع‌آورى اطلاعات، تنظيم مطالب، تعيين موارد تأکيد (مهم) و فراهم ساختن مثال‌هاى نافذ و ناب مستلزم وجود زمان مناسب است. سخنراني، در واقع، تجديد بنايى در مقياس کوچک از ساختمان دانش و اطلاعات سخنران است. چنين تجديد بنايى نياز به زمان مناسب دارد و اگر چنين فرصتى در اختيار سخنران نباشد، نمى‌توان از او انتظار داشت که سخنرانى مطلوبى ارائه دهد.

مقدمه سخنرانى

از مقدمه مى‌توان به‌منظور ايجاد رابطه بين مدرس و فراگیر، جلب توجه فراگیران، نشان دادن مندرجات و مضامين اساسى و به فعاليت و جنبش درآوردن اطلاعات و تجربيات فراگیران استفاده کرد. نقش ارتباطى مقدمه ممکن است هنگامى آشکار شود که مدرسی خود را به فراگیران معرفى مى‌کند، نام آنان را مى‌پرسد، صحبت‌هاى گرم و صميمانه‌اى درباره وقت کلاس به ميان مى‌آورد، لطيفه يا حکايت کوتاهى مى‌گويد يا قسمتى از مراحل کار را معين مى‌کند.

 جلب‌توجه فراگیران

شيوه‌هاى جلب‌توجه فراگیران به سخنرانى متعدد است. فعاليت‌هاى همچون طرح سؤال، بحث و گفتگو، استفاده از وسايل بصرى يا گفتن اين نکته که از درس امتحان گرفته مى‌شود ممکن است موجب جلب‌توجه فراگیران به محتواى سخنرانى بشود. شناخت علايق و خواسته‌هاى فراگیران**:**شناخت علايق و خواسته‌هاى **فراگیر**ان از عوامل مهم جلب‌توجه است. براى شناخت علايق و رغبت **فراگیر**ان، **مدرس** بايد به عوامل متعددى مانند سن، جنس، وضعيت اجتماعى - اقتصادي، سطح توانايى‌ها، موفقيت‌ها و سوابق آموزشى توجه کند و بر اساس شناخت آنها، سخنرانى خود را سازمان دهد.

**ايجاد انگيزش**:گفتن عبارت‌هايى مانند**"** *مسائلى که مطرح مى‌شوند مهم است***"**از موضوعاتى هستند که ايجاد انگيزه مى‌کنند. گيج در کتاب روانشناسى تربيتى مى‌گويد: گفتن اين مطلب که: "مضمون يک فيلم مهم و مشکل است"، يادگيرى را بهبود مى‌بخشد. اگر در هنگام سخنرانى يا موقعيت‌هاى آموزشى ديگر، به فراگيران گفته شود: مطالب مشکل اما قابل فهم است يا مسائل بيشتر از آنکه ساده باشند قابل حل هستند. در چنين حالتي، اگر آنان در درک مطلب يا حل مسأله موفقيت بدست آورند، اعتماد به‌نفس و خودساختگى‌شان بيشتر خواهد شد، در حالى که اگر در درک مطالبى که به آنان گفته شده آسان است موفق شوند، تقويت و خودساختگى‌شان کمتر خواهد بود و اگر موفق نشود، ميزان از دست دادن اعتمادبه‌نفسشان افزايش خواهد يافت؛ بنابراين، بهتر است در فرايند تدريس، به **فراگیر** گفته شود: موضوع مشکل ولى قابل فهم و حل است.

**بيان صريح هدف‌ها و نکات مهم سخنرانى**:**مدرس** بايد کليه هدف‌هاى اجرايى مورد نظر در سخنرانى را با جملاتى صريح و روشن بيان کند يا روى تخته‌گچى بنويسد. در دو مطالعه‌اى که بلگارد (Belgard)، روزنشاين (Rosenshine) و گيج انجام داده‌اند، ضريب همبستگى بين ميزان وضوح هدف‌ها براى **فراگیر**ان و ميزان يادگيرى آنان را ۳۹/۰ اعلام کرده‌اند.

 **پيش‌آزمون و فعال کردن آگاهى و اطلاعات فراگیران** :آزوبل بر لزوم پيش‌آزمون تأکيد مى‌کند و معتقد است که يادگرفته‌هاى قبلى فراگيران مهم‌ترين عامل در يادگيرى آنهاست. براى شناخت زمينه‌هاى قبلى فراگیران، مدرس مى‌تواند سؤالاتى را بصورت کتبى يا شفاهى مطرح کند. اين سؤالات اولاً، به فراگیران آگاهى مى‌دهد که چه موضوعاتى مهم است وثانياً، اطلاعات لازم را در مورد زمينه‌هاى علمى فراگیران در اختيار مدرس قرار مى‌دهد. اين اطلاعات مى‌تواند براى تنظيم سخنرانى بسيار مفيد باشد**.**

متن و محتواى سخنرانى :**بعد از اينکه مشخص شد سخنرانى از کجا بايد آغاز شود و بعد از اينکه محرک‌هاى لازم براى جلب توجه به سخنرانى بکار برده شد، مدرس بايد توجه خود را به متن سخنرانى معطوف کند. متن سخنرانى قسمت اصلى و بسيار مهم سخنرانى را تشکيل مى‌دهد. سخنران در اين مرحله نيز بايد به نکاتى توجه کند تا بتواند سخنرانى مؤثرى ارائه دهد. اين نکات عبارتند از:**[**جامع بودن محتوی**](http://www.aftabir.com/science/education/way_traditionalize_lecture_execute_text.php#executtive) **-** [**سازمان‌دهی منطقی محتوا**](http://www.aftabir.com/science/education/way_traditionalize_lecture_execute_text_organize.php) **-** [**استمرار توجه فراگیران در طول ارائه محتوا**](http://www.aftabir.com/science/education/way_traditionalize_lecture_execute_text_attention.php) **منظور از جامع بودن محتوا اين است که متن سخنرانى بايد تمام هدف‌هاى آموزشى را در بر داشته باشد؛ به‌عبارت ديگر، محتواى سخنرانى بايد تمام حقايق، مفاهيم و اصولى را که مدرس مى‌خواهد فراگیرانش بياموزند، در برداشته باشد. اين مسأله بويژه زمانى اهميت دارد که فراگیران به منابع ديگرى غير از سخنرانى دسترسى نداشته باشند. اگر محتواى سخنرانى در کتاب‌ها يا منابع ديگر موجود باشد، لزومى ندارد سخنرانى تمام عناصر و جوانب موضوع را در بر داشته باشد. آزمايش‌هاى بسيارى نشان داده است فراگیرانى که سخنرانى مدرسان آنها جامعيت بيشترى داشته است، بهتر ياد گرفته‌اند.**

**جمع‌بندى و نتيجه‌گيرى**:جمع‌بندى و نتيجه‌گيرى آخرين مرحله روش سخنران است. وقتى که سخنران تمام مى‌شود،درس مى‌تواند از فراگیران بخواهد که بعضى از نکات مهم درس را به خاطر بياورند يا نظر خود را درباره آنها بگويند یا به سؤال‌هاى فراگیران پاسخ دهدو یاج- نکات مهم و اساسى درس را گوشزد و مرور کند.براى مثال، مدرس مى‌تواند از اينکه به آن کلاس درس داده است ابزار خوشبختى کند و براى فراگیران آرزوى موفقيت نمايد؛ مى‌تواند براى آخرين بار سعى در افزايش درک مطلب کند و از فراگیران بخواهد که نکات خاصى را از درس به ياد بياورند يا بعضى از تعاريف، مثال‌ها يا کاربرد نکات را ابزار دارند؛ مى‌تواند ذهن فراگیران را با پاسخ دادن به سؤالات آنها و شرح بيشتر بعضى از مطالب يا مطرح کردن همان مطالب از زواياى ديگر يا خواهش کردن از بعضى فراگیران براى پاسخ به سؤالات ديگران و يا بحث کردن درباره کاربرد نکات درسى در مسائل و موقعيت‌هاى جديد، روشن‌تر نمايد؛ مى‌تواند دقيقاً نکاتى را که اهميت بيشترى دارند روشن سازد تا فراگیران بدانند که چه مواردى اهميت دارد. به‌منظور تقويت يادگيري، مدرس بر آن نکات تأکيد مى‌کند، آنها را تکرار مى‌کند و دوباره آنها را از فراگیران مى‌پرسد.

محاسن روش سخنرانى

روش سخنرانى روش مختص کلاس‌هاى پرجمعيت است. اين روش در بررسی زمينه‌اى از اطلاعات کلى از طريق شخصيت فرد، در پيوند دادن مجموعه اطلاعات با هدف‌هاى زندگي، برانگيختن علاقه که منجر به درک و فهم قسمتى از مطلب توسط فراگیر بشود، بطور ارز‌ش‌مندى مورد استفاده قرار گرفته است. فراگیرانى هستند که از طريق خواندن، بطور مؤثر ياد نمى‌گيرند. سخنرانى مى‌تواند آنان را با موضوع اصلى آشنا سازد. سخنران مى‌تواند در صورت لزوم، مطلب را با کلماتى متفاوت تکرار کند، در صورتى که کتاب‌ها معمولاً يک صورت از کلمات را ارائه مى‌دهند. مطالب پيچيده، مخصوصاً نظريه‌هاى جديد که هنوز چاپ نشده‌اند، مى‌توانند به ‌وسيله سخنرانى‌ها، بطور مؤثرى عرضه شوند. سخنرانى‌ها مى‌توانند چارچوب، ديد و نگرشى جداى از آنچه در مطالب چاپ شده آمده است، به‌دست دهند. سخنرانى‌ها قادرند بيش از کتاب‌ها ذوق و علاقه به‌وجود آورند و شور و حرارت ايجاد کنند، همان‌گونه که ديدين يا شنيدن يک نمايش‌نامه بر خواندن آن برترى دارد.

روش سخنرانى به علت اينکه نسبت تعداد فراگیر به مدرس ممکن است خيلى زياد باشد، روش بسيار ارزان است. روش سخنرانى تا حد زيادى مى‌تواند با برنامه مدرس تطبيق يابد، در حالى که مطالب چاپى و برنامه‌ريزى شده، چنين امکانى ندارند. مدرسان هميشه نمى‌توانند با برنامه‌ريزى قبلي، مطالب و محتواى مورد نظر را چاپ و تکثير کنند. هيچ روش تدريسى وجود ندارد که مانند روش سخنرانى بتواند در مقابل ساير روش‌ها که فقط با گروه‌ها و موضوعات خاصى در محدوده زمانى تعيين شده‌اى امکان‌پذيرند، قابليت تطبيق داشته باشد. با توجه به موقعيت‌هاى زمانى و مکانى و مجموعه تجهيزات، روش سخنرانى بسيار انعطاف‌پذير است و بعلاوه تقويتى را براى مدرس و فراگیر به‌وجود مى‌آورد که در ساير روش‌هاى آموزشى نيست. اگر همه عوامل دخيل در تدريس مساوى باشند، در صورتى که مدرسان بطور مؤثرى سخنرانى کنند، به واسطه توجهى که از فراگيران ايشان دريافت مى‌کنند، پاداش مى‌گيرند.

فراگیران نيز ممکن است از اطلاعات و مطالب به‌وسيله شور و حرارت، شوخى و مزاح، شور و شوق و توجهى که سخنران به آنان عطا مى‌کند، تقويت شوند. فراگیران ممکن است در سالن سخنرانى با اطمينان خاطر از اينکه توجه و حضورشان در سخنرانى مناسب و مؤثر است، يک نوع احساس محافظت و مواظبت پيدا مى‌کنند. موقعيت و وضعيت سخنرانى به فراگیران مى‌فهماند که بودن در سخنراني، توجه داشتن به مطالب، پاسخ خشنود يا ناخشنود دادن يا شايد يادداشت بردارى عملى پسنديده است و اين خود موجب رضايت و خشنودى آنان مى‌شود. همچنين ممکن است موقعيت سخنرانى سبب تقويت اجتماعي، ذوق زيبايي، علاقه، اعتماد به نفس و کاهش احساس تنهايى شود. همه اين موارد ممکن است جزء محاسن و قابليت‌هاى روشن سخنرانى به حساب آيد.تحقيقات تجربى زيادى نيز وجود دارد که مزيت روش سخنرانى را نسبت به روش‌هاى ديگر نشان مى‌دهد.

محدوديت‌هاى روش سخنرانى

در روش سخنراني، به علت اينکه مدرس متکلم‌وحده است، فراگیران چندان فعال نيستند، فقط از حس شنوايى استفاده مى‌شود، قدرت تکلم فراگیران چندان تقويت نمى‌شود، تفاوت‌هاى فردى در آن منظور نمى‌گردد و نسبت به بعضى روش‌ها از اعتبار کمترى برخوردار است؛ اما محدوديت روش سخنراني، بيشتر متعلق به عدم کاربرد صحيح آن است. روش سخنرانى اغلب بطور غلط مورد استفاده قرار مى‌گيرد؛ يعنى بيش از حد لازم از آن استفاده مى‌شود. اغلب سخنرانى‌ها طولانى و خسته‌کننده است؛ به عبارت ديگر، هدف‌هايى که با روش‌هاى ديگر تدريس بهتر برآورده مى‌شوند، با روش سخنرانى تدريس مى‌گردند.

روش سخنرانى مى‌تواند حالات انفعالى و وابستگى را در فراگیران افزايش دهد و نيز مى‌تواند وسيله‌اى براى ابراز عقايد شخصى و گرايش‌هاى فردى مدرس باشد. در کلاس‌هايى که استعدادها و ظرفيت‌هاى فکرى متفاوتند، روش سخنرانى مى‌تواند فقط مطلوب و منطبق بر خواسته‌هاى عده معدودى باشد و عده زيادى را که در بالا يا پايين آن محدوده قرار دارند شامل نشود. سرانجام اينکه روش سخنرانى براى هر مدرسى مناسب نيست. اين روش مستلزم وجود برخى خصوصيات شخصيتى مانند صدا، روش سخنگويي، روانى سخن، آرامش و نظم است که در همه مدرسان به يک نسبت يافت نمى‌شود. روش‌هاى تدريس بايد با وجوه ضعف و قوت مدرس تناسب داشته باشند. اگر شخصيت مدرس با روش سخنرانى مطابقت نداشته باشد، بهتر است به جاى آنکه سعى در ايجاد اين تطابق بنمايد، از روش‌هاى ديگر تدريس، مانند بحث گروهي، تدريس انفرادى و روش آزمايشى استفاده کند.

3.روش پرسش و پاسخ

هدف از روش پرسش و پاسخ، تشخيص و تحريک تفکر، توانايى‌ها و علايق، تقويت قدرت استدلال، سنجش و قضاوت، استفاده از تجارب و دانسته‌هاى گذشته و ايجاد اعتماد به‌نفس در فراگیر است

روشى است که مدرس به وسيله آن، فراگیر را به تفکر درباره مفهومى جديد يا بيان مطلبى تشويق مى‌کند. در اين روش، فراگیر تلاش مى‌کند با کوشش‌هاى ذهني، از مجهول به معلوم حرکت کند. اين روش را روش سقراطى نيز گفته‌اند. سقراط معتقد بود که دانش در طبيعت افراد وجود دارد، کافى است که مدرس زمينه را مساعد کند و به فراگیر کمک نمايد تا او خود به دانش مورد نظر برسد. او از اين جهت کار خود را به مامايى تشبيه مى‌کرد. سقراط در جلسات بحث با فراگیرانش، ابتدا به انتقال اطلاعات يا پاسخ به سؤال يا مسأله‌اى نمى‌پرداخت، بلکه از راه پرسش‌هاى متوالي، افراد را به تفکر وامى‌داشت و آنان را قدم به قدم هدايت مى‌کرد تا خود جواب درست را کشف کنند.

در روش پرسش و پاسخ نيز مدرس هنگام جلب‌توجه فراگیر به مطلب يا درس جديد و تدريس آن، مستقيماً به بيان مطلب نمى‌پردازد، بلکه با طرح سؤال‌هاى برنامه‌ريزى مى‌کند تا خودشان به کشف مفاهيم جديد توفيق يابند. اين روش براى مرور مطالبى که قبلاً آموخته شده يا ارزشيابى ميزان درکى که فراگیران از مفهوم درس دارند و براى پرورش قدرت تفکر و استدلال آنان، روش بسيار مؤثرى است. اما سؤالات بايد با توجه به زمينه‌هاى علمى فراگیران طرح گردند و به‌ گونه‌اى مطرح شوند که علاقه آنان را برانگيزد و ذهن آنان را به حرکت درآورد.

در کلاس‌هاى پرجمعيت، مدرس بايد ترتيبى اتخاذ کند که همه فراگیران در جريان فعاليت‌هاى آموزشى قرار گيرند و فعالانه به انديشه و پرسش و پاسخ بپردازند. از طرف ديگر، مدرس بايد به فراگیران فرصت کافى براى تفکر و تأمل و پاسخ دادن بدهد.

**روش پرسش و پاسخ بر سه اصل متکى است:**

۱. وجود سؤال يا مسأله‌اى که کنجکاوى فراگیران را برانگيزد و آنان را وادار به تلاش ذهنى کند؛

۲. طرح سؤال‌هاى متوالى براى تداوم فعاليت‌هاى ذهني؛

۳. هدايت تلاش ذهن براى کشف آگاهانه مسأله، به‌طورى که نتيجه آن به خلاقيت فکرى و کسب دانش منجر شود.

محاسن روش پرسش و پاسخ

۱. موجب تقويت اعتماد به‌نفس در فراگیران مى‌شود.

۲. منجر به ايجاد علاقه و تقويت تفکر خلاق در فراگیران مى‌شود.

۳. استدلال و قدرت اظهارنظر فراگیران را تقويت مى‌کند.

۴. فراگیران را به شرکت در بحث و فعاليت‌هاى آموزشى و در نتيجه يادگيرى مؤثر تشويق مى‌کند.

۵. انگيزه فعاليت، مطالعه و تحقيق را در فراگیران افزايش مى‌دهد.

محدوديت‌هاى روش پرسش و پاسخ

۱. اين روش براى کلاس‌هاى پرجمعيت مناسب نيست.

۲. اين روش مستلزم هدف‌هاى مشخص و صرف وقت بسيار است.

۳. در صورت عدم تسلط و مهارت مدرس، ممکن است به پراکندگى و انحراف بحث بينجامد.

4.در همه دروس قابل اجرا نيست.

4.روش نمايشى

روش نمايشى بر مشاهده و ديدن استوار است. در اين روش، افراد مهارت‌هاى خاصى را از طريق ديدن فرا مى‌گيرند و مدرس طرز کاربرد وسيله‌اى يا چگونگى ساختن يک شيء را نشان مى‌دهد. شايد اين اولين روشى باشد که بشر بکار برده است و در صورت نداشتن امکانات کافي، شايد مناسب‌ترين روش براى آموختن مهارت‌ها باشد؛ زيرا با استفاده از اين روش، مدرس مى‌تواند مهارتى را به تعداد زيادى از فراگیران و در طى زمانى کوتاه ارائه دهد. مهمترين حس اين روش به کار‌گيرى اشياء حقيقى و واقعى در آموزش است. البته اين روش به تنهايى بکار نمى‌رود و مدرس ضمن ارائه روش نمايشي، ناچار به استفاده از روش سخنرانى نيز هست. از روش نمايشى براى درس‌هايى که جنبه عملى و فنى دارند بيشتر مى‌توان استفاده کرد. روش نمايشى از چهار مرحله تشکيل شده است.روش نمايشى از چهار مرحله تشکيل شده است:

مرحله آمادگى**:در اين مرحله، مدرس بايد هدف از تدريس را دقيقاً مشخص کند و وسايل کار را قبل از اجراى نمايش در کلاس آماده نمايد. او بايد حداقل چندبار قبل از شروع تدريس، وسيله مورد نمايش را بازبينى و با آن تمرين کند تا مطمئن شود که وسيله موردنظر صحيح و سالم است و او آمادگى کار کردن با آن را دارد. بدترين ضربه روانى زمانى به مدرس وارد مى‌شود که وسيله مورد نمايش در کلاس کار نکند يا مدرس نتواند بدرستى آن را بکار گيرد.**

 مرحله توضيح:**قبل از تدريس، مدرس بايد هدف‌هاى تعيين شده را به روشنى براى فراگیران توضيح دهد و سپس دقيقاً به توضيح آنچه فراگیران بايد در حين يا پس از نمايش انجام دهند بپردازد، نحوه و علت انجام دادن عمل را توضيح دهد و وسايلى را که ممکن است در ضمن عمل با آن برخورد کند تشريح کند. البته نکات مهم و اساسى بيشتر بايد مورد تأکيد باشد و در ضمن، سؤالاتى که مدرس انتظار دارد فراگیران در پايان تدريس پاسخ دهند مطرح شود تا موجب جلب‌توجه فراگیران به نمايش گردد.**

 مرحله نمايش**:در اين مرحله، مدرس بايد عمليات ضرورى را که به کسب مهارت منجر مى‌شود به فراگیران نشان دهد. او همچنين بايد روش صحيح کار و مراحل آن را نمايش دهد، اگر چه عده‌اى از مدرسان و مربيان در هنگام اجرا، مرحله توضيح و مرحله نمايش دادن را در هم ادغام مى‌کنند؛ يعنى هنگام نمايش به توضيح و تشريح آن وسيله مى‌پردازند.**

 مرحله آزمايش و سنجش**:پس از اتمام تدريس، بايد چند تن از فراگيران و در صورت امکان، همه آنها عمل را تکرار کنند تا بدين‌ وسيله هم مدرس بازخورد تدريس خود را دريافت کند و هم براى فراگیران نکته ابهامى باقى نماند. اين عمل بايد در حضور مدرس انجام گيرد؛ زيرا در غياب مدرس ممکن است فراگیران اشتباه عمل کنند و در نتيجه، يادگيرى مجدد و صحيح با اشکال مواجه شود؛ زيرا در صورت ايجاد يادگيرى غلط، ابتدا بايد يادگيرى غلط را از بين برد و سپس يادگيرى صحيح را جايگزين آن کرد. بعد از انجام گرفتن عمل توسط فراگیران، مدرس بايد سؤالات کتبى يا شفاهى خود را مطرح کند؛ زيرا سؤالات موجب تقويت يادگيرى و تثبيت آن مى‌شود.**

محاسن و محدوديت‌هاى روش نمايشى

يکى از محاسن اين روش به کارگيرى اشياء حقيقى و واقعى است. اگر در هنگام تدريس، شيء يا وسيله مورد نظر در دسترس نباشد يا دسترسى به آن مشکل باشد، مى‌توان از نمونه آن استفاده کرد؛ مثلاً اگر بخواهيم جنس طبقات مختلف کوهى را از نزديک به فراگیران نشان دهيم، مى‌توانيم نمونه کوچکى از سنگ‌هاى طبقات مختلف آن کوه را به کلاس بياوريم و از نزديک به مطالعه آن بپردازيم. نمونه کوچک بايد داراى ويژگى کامل آن شيء حقيقى باشد. اگر شيء به گونه‌اى باشد که مطالعه مستقيم آن ميسر نشود، مثل ساختمان اتم يا کره زمين، براى تجسم و تفهيم آن مى‌توان از مدل يا ماکت استفاده کرد؛ مثلاً براى تفهيم چگونگى گردش زمين به دور خود و خورشيد و پيدايش شب و روز و چهار فصل مى‌توان از روى مدل ساخته شده با روش نمايشى به تدريس پرداخت يا حتى مى‌توان از فراگیران خواست که خود به ساختن چنين مدل‌هايى اقدام کنند. اين روش در مدارس فنى که اغلب با ماشين‌آلات سر و کار دارند و وسايل کار بسيار محدود است، روش مناسبى است، اما با توجه به اينکه فراگیران نمى‌توانند از راه تجارب مستقيم و از راه عمل و تمرين و تکرار، مهارت لازم را کسب کنند، يادگيرى از کيفيت چندان مطلوبى برخوردار نخواهد بود.

5.روش ايفاى نقش

روش ايفاى نقش را مى‌توان براى تجسم عينى موضوعات بکار گرفت. در اين روش، فرد يا افرادى از فراگیران موضوعى را به صورت نمايش‌نامه اجرا مى‌کنند.ايفاى نقش- به معنايى که در اينجا بکار مى‌رود- به مهارت‌هاى خاص هنرى مانند بازيگرى در تئاتر و سينما نيازى ندارد، بلکه مدرس بنا به موقعيت، هدف و موضوع مورد نظر، به عنوان يک روش از آن استفاده مى‌کند. از ويژگى‌هاى ممتاز روش ايفاى نقش اين است که مشاهده‌کنندگان (فراگیران) با عمليات نمايشى و ايفاگران نقش ارتباط عاطفى برقرار مى‌کنند و با هيجان مراحل نمايش را مى‌بينند و خود را در صحنه احساس مى‌کنند. چون تمرکز حواس و ارتباط عاطفى در اين روش زياد است، يادگيرى بهتر و مؤثرتر انجام مى‌گيرد. **برای آموزش مشاوره یکی از کلیدی ترین و بهترین روش هاست**

**افراد شرکت کننده در روش ايفاى نقش**

**۱. مدرس يا مسؤول اجرا**: برنامه‌ريزي، فراهم کردن امکانات، و مديريت اجرايى عمليات و برنامه نمايش به عهده مدرس است و اوست که در حقيقت، کارگردان نمايش است.

**۲. ايفاگران نقش**: ايفاگران نقش فراگیرانى هستند که بطور داوطلب يا انتخابى در برنامه شرکت مى‌کنند. اين افراد الزاماً نيازى به داشتن تجربه و ذوق هنرى در زمينه نمايش ندارند. در ایفای نقش مشاوره ، این یکی از روش های اصلی یادگیری در حیطه رفتاری است .

**۳. مشاهده‌کنندگان**: ساير فراگیران جزء مشاهده‌کنندگان به حساب مى‌آيند. اين افراد در جريان يا پايان نمايش مى‌توانند درباره عمليات نمايش اظهارنظر، سؤال يا بحث کنند.این افراد با مشاهده ایفای نقش و ارزیابی نقاط قوت و ضعف مشاوره ، مراحل مشاوره را بهتر فرا می گیرند . این روش برای مشاهده کنندگان یادگیری در حیطه شناختی را امکان پذیر ساخته و مشابه روش مشاهده به تحکیم و تعمیق این یادگیری کمک می کند .

 **فنون کلى اجراى نمايش**

در اين روش، فراگیرانى که در صحنه نمايش (جلو کلاس يا در سالن نمايش) به ايفاى نقش مى‌پردازند، معمولاً يکديگر را مخاطب قرار مى‌دهند و گفتگوها بين آنان مبادله مى‌شود. صحنه اجراى نمايش بايد طورى ترتيب داده شود که همه فراگیران بتوانند عمليات را ببينند و ايفاگران نقش بايد بلند صحبت کنند تا همه بينندگان گفتگوى آنان را بشنوند.در آموزش مشاوره بهتر است مدرس خود نقش یک مراجع را ایفا کند و شرکت کنندگان به ترتیب نقش مشاور را ایفا کنند .

**مراحل اجراى روش ايفاى نقش:**در اجراى روش ايفاى نقش، معمولاً بايد مراحل زير دنبال شود:

۱. تعيين موضوع و نوشتن آن بصورت نمايش‌نامه. در خصوص ایفای نقش برای آموزش مهارت های مشاوره مدرس باید Case مورد نظر را انتخاب کند .

۲. فراهم کردن شرايط و وسايل لازم براى اجراى نمايش

۳. تعيين نقش‌هايى که بايد ايفا شوندو در ایفای نقش برای آموزش مشاوره یک نفر ( ترجیحا مدرس) نقش case را بازی می کند و تک تک شرکت کنندگان باید نقش مشاور را بازی کنند .

۴. آماده کردن فراگيران براى ايفاى نقش و تمرين دادن

۵. توضيح مختصر در مورد موضوع و هدف نمايش براى فراگیران

۶. اجراى نمايش‌نامه

۷. بحث درباره محتوا و چگونگى اجراى نمايش‌نامه و ارزشيابى نتايج آن.

محاسن روش ايفاى نقش:

۱. روش ايفاى نقش فراگیران را بر مى‌انگيزد که با شور و شوق و هيجان، جريان نمايش را دنبال کنند.

۲. فراگيرانى که مشاهده کننده هستند، در احساس ايفاگران نقش سهيم مى‌شوند و خود را در صحنه نمايش احساس مى‌کنند. اين ارتباط عاطفي، در يادگيرى و القاى احساسات تأثير فراوان دارد.

۳. با اين روش، مى‌توان زمينه بحث گروهى را فراهم ساخت.

۴. اين روش براى رفع کمرويى فراگیران خجالتى روش مفيدى است؛ به همين دليل، مدرس بايد افراد کم‌رو را به شرکت در نمايش، بويژه ايفاى نقش تشويق کند. البته بايد به اين‌گونه افراد، ابتدا نقش‌هاى ساده محول شود؛ زيرا اگر نقش مشکل به آنان سپرده شود، و نتوانند بخوبى از عهده آن بر‌آيند، ممکن است کم‌رويى در آنان تشديد و تقويت شود.

۵. اين روش براى مباحثی مانند آموزش ایدز به زبان ساده ، مشاوره روش مناسبى است.

محدوديت‌هاى روش ايفاى نقش:

۱. روش ايفاى نقش براى تحقق هدف‌هاى پيچيده آموزشى مناسب نيست؛ زيرا پرداختن به مسائل مشکل، به تدارکات زياد و تخصص هنرى نياز دارد؛ بنابراين، از اين روش مى‌توان براى رسيدن به هدف‌هاى آسان و کلى استفاده کرد.

۲. اين روش به دليل اينکه در ظاهر جنبه نمايشى و هنرى دارد، يک روش آموزشى جدى تلقى نمى‌شود.

۳. روش ايفاى نقش به اجراى درست، صرف وقت کافى و تهيه تدارکات نياز دارد و اجراى آن وقت‌گير است.

6.روش بحث گروهى

روش بحث گروهى گفتگويى است سنجيده و منظم درباره موضوعى خاص که مورد علاقه مشترک شرکت‌کنندگان در بحث است. روش بحث گروهى براى کلاس‌هايى قابل اجرا است که جمعيتى بين ۶ تا ۲۰ نفر داشته باشند. در صورت بالا بودن جمعيت کلاس، بايد آنها را به گروه‌هاى کوچک‌تر تقسيم نمود يا از روش‌هاى ديگر استفاده کرد. در اين روش، معمولاً مدرس موضوع يا مسأله خاصى را مطرح مى‌کند و فراگیران درباره آن به مطالعه، انديشه، بحث و اظهارنظر مى‌پردازند و نتيجه مى‌گيرند؛ بنابراين - بر خلاف روش سخنرانى - در اين روش، فراگیران در فعاليت‌هاى آموزشى فعالانه شرکت مى‌کنند و مسؤوليت يادگيرى را به عهده مى‌گيرند. آنان در ضمن مباحثه، از انديشه و نگرش‌هاى خود با ذکر دلايل متکى بر حقايق، مفاهيم و اصول علمى دفاع مى‌کنند. در اجراى صحيح بحث گروهي، فراگیران بايد توانايى سازمان‌دهى عقايد و ديدگاه‌هاى خود، انتقادات ديگران - چه درست و چه نادرست - و ارزيابى نظرهاى مختلف را در ضمن بحث داشته باشند؛ به عبارت ديگر، روش بحث گروهى روشى است که به فراگیران فرصت مى‌دهد تا نظرها، عقايد و تجربيات خود را با ديگران در ميان بگذارند و انديشه‌هاى خود را با دلايل مستند بيان کنند.و با دیدگاه و نظرات مخالف نظر خود نیز آشنا شوند .این روش برای نیل به اهدافی که در حیطه عاطفی ( نگرش) تعیین شده اند بسیار موثر است .

ويژگى‌هاى محتوادر روش بحث گروهى

۱. مورد علاقه مشترک شرکت‌کنندگان در بحث باشد. روش بحث گروهي، مشخصاً متضمن حل مسائلى است که از طرف مدرس يا فراگیران انتخاب و طرح مى‌شود. روش بحث گروهى شبيه روش مکاشفه‌اى است. در اين روش، فراگیران بيش از استفاده از کتاب يا مدرس، خود موظف به يافتن نتايج، اصول و راه‌حل‌ها هستند. چنين امرى امکان ندارد، مگر اينکه فراگیران به موضوع يا مسأله و يافتن پاسخ و حل آن علاقه‌مند باشند.

۲. فراگیران درباره آن اطلاعات لازم را داشته باشند يا بتوانند کسب کنند. اگر بحث گروهى در زمينه‌اى تدارک شود که براى شرکت‌کنندگان آسان و درخور فهم نباشد يا زمينه لازم براى کسب اطلاعات وجود نداشته باشد، براى آنان فعاليت معنا و مفهومى نخواهد داشت و حتى قادر به چنين بحثى نخواهند بود.

3.درباره آن بتوان نظرهاى مختلف و متفاوتى اظهار داشت.بعضى از مباحث علمى آن‌چنان شکل گرفته‌اند که در درجه بالايى از توافق قرار دارند. ( مانند رياضيات، علوم‌طبيعى و مهندسي) برعکس، در علومى مانند علوم‌اجتماعي، تاريخ، اقتصاد، فلسفه، علوم‌سياسي، روانشناسى و جامعه‌شناسى چنين توافقى وجود ندارد. در زمينه اين دسته از علوم، از اينکه چه اصول و مفاهيمى خوب، مهم، واقعي، معتبر يا درست و زيبا است هرگز به توافق سطح بالا نخواهيم رسيد. بنابراين، دروسى مثل دروس گروه اول که هدف آگاهى و شناخت آنها است، بهتر است توسط مدرس تدريس شود. اين‌گونه دروس براى بحث گروهى مناسب نيستند، در حالى که دروس گروه دوم چون در مورد آنها توافق در حد بالا وجود ندارد و مى‌توان نظرهاى مختلف درباره آنها اظهار داشت، براى روش بحث گروهى مناسب هستند.

ادغام روش بحث گروهی در روش ایفای نقش برای آموزش مشاوره یکی از روش های بسیار کارآمد است . پس از ایفای نقش توسط هر یک از شرکت کنندگان، نقاط ضعف و قوت مشاره انجام شده در غالب بحث گروهی مورد ارزیابی قرار می گیرد.

اهداف روش بحث گروهى

1.ايجاد علاقه و آگاهى مشترک در زمينه‌اى خاص.

2.ايجاد و پرورش تفکر انتقادى.

3.ايجاد توانايى اظهارنظر در جمع.

4.تقويت توانايى انتقادپذيرى.

5. ايجاد و تقويت توانايى مديريت و رهبرى در گروه.

**6.**تقويت قدرت بيان و استدلال.

7.تقويت قدر تتحليل و تصمیم‌گيرى.

8. آشنايى با روش کسب اطلاعات و حل مسائل

9. ايجاد رابطه مطلوب اجتماعى.

آمادگى و برنامه‌ريزى

در اين روش نيز مدرس قبل از شروع بحث، نيازمند برنامه‌ريزى و طراحى است، ولى شکل برنامه‌ريزى در اين روش با روش‌هاى ديگر متفاوت است. او بايد نيازها، ميزان معلومات، علايق و تجارب قبلى فراگیران را که نقش اصلى در اين روش دارند، بطور دقيق بررسى کند، و سپس بر اساس آنها هدف‌هايى را که فراگيران پس از اجراى روش بايد به آنها برسند، مشخص کند. مدرس پس از انتخاب و مشخص کردن هدف، بايد چگونگى انتخاب موضوع، فراهم کردن زمينه‌هاى مشترک و نحوه آرايش و ساخت ارتباطى گروه را پيش‌بينى کند. اگر روش بحث گروهى به ‌طريق غيرعلمى اجرا شود، از نظر تمرين و مشخص شدن معيارها و اثبات موازين، فرضيات و ارتباط حقايق فاقد ارزش خواهد بود.

 فراهم‌کردن زمينه‌هاى مشترک

قبل از شروع بحث گروهي، لازم است سطح اطلاعات فراگیران در زمينه عمومى موضوع مورد بحث يکسان شود. چنين زمينه مشترکى معمولاً شکل اطلاعات و روش جمع‌آورى آنان را براى فهم و درک موضوع مشخص مى‌کند. کسب اطلاعات مى‌تواند از طريق فيلم، تلويزيون، کتابخانه، آزمايشگاه، مسافرت و بازديد از موزه‌ها و مزارع صورت گيرد. فراگیران براى آماده شدن بحث گروهى نه تنها نيازمند تجاربى همچون ديده‌ها و شنيده‌هاى خود هستند، بلکه به روش‌هاى صحيح کسب اطلاعات نيز نيازمندند. آنان بايد بدانند چگونه و با چه روشى اطلاعات لازم را از منابع مختلف استخراج کنند.

انتخاب موضوع

موضوعات و عناوين روش بحث گروهى و ارتباط آنها با هدف بايد در قالب کلمات و جملات صريح و روشن بيان شود. راه‌هاى انتخاب و تنظيم عناوين متفاوتند، ولى بحث گروهى داراى ابعاد و ويژگى‌هاى خاصى است که عناوين آن، خود مى‌تواند عاملى براى متفاوت بودن راه‌هاى يادگيرى باشد. موضوع بحث گروهى بايد به گونه‌اى باشد که بتوان در مورد آن، نظرهايى مختلف با روش‌هايى مختلف نظير مطالعه، سخنراني، فيلم يا کار انفرادي، ارائه داد. اين دسته از موضوعات بايد بتوانند:

الف- در فراگیران، انگيزه فعاليت ايجاد کنند؛

ب- ميزان بردبارى و تحمل آنان را در پذيرش منطق و آگاهى ديگران افزايش دهند؛

ج- آنان را نسبت به دانش و استدلالات منطقى خود آگاه کنند؛

د- به آنان در جلوگيرى از دادن پاسخ‌هاى نامطلوب و حرکت در جهت پاسخ‌گويى صحيح کمک کنند؛

هـ- منجر به حل مسأله شوند.

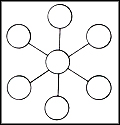
متأسفانه، اغلب مدرسان از درگير شدن با چنين موضوعاتى پرهيز مى‌کنند. تحقيقات نشان مى‌دهد که ۵۲ درصد مدرسان کمتر از ۱۰ درصد وقت کلاس خود را صرف بحث گروهى مى‌کنند

تعيين نحوه آرايش شبکه‌هاى ارتباطى

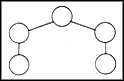
ترتيب قرار گرفتن و نشستن شرکت‌کنندگان بحث گروهى در نوع ارتباط مؤثر است. سامر در مقايسه‌اى که بين دو گروه مباحثاتى - يکى با آرايش حلقه‌اى و ديگرى با آرايش رديفى - انجام داد، نتيجه گرفت در گروهى که به شکل رديف نشسته بودند، فراگيران رديف جلو و وسط بيش از فراگیران رديف‌هاى عقب و طرفين در بحث مشارکت داشته‌اند. در اين آزمايش، همبستگى مثبت و مستقيمى بين برخورد چشمى و ارتباط مستقيم ديدارى بين افراد يک گروه و ميزان دخالت آنان در بحث بدست آمده است.نکته ديگر در آرايش شبکه‌هاى ارتباطى اين است که فراگیران در گروه‌هاى کوچک‌ بيشتر از گروه‌هاى بزرگ در بحث شرکت مى‌کنند. آزمايشى که در مورد ۲۴ کلاس در اين زمينه انجام گرفته مؤيد اين قضيه است. به علاوه، همين آزمايش ثابت کرده است که کيفيت و کميت ارتباط بين شرکت‌کنندگان در يک مباحثه، تحت‌تأثير نحوه آرايش شبکه ارتباطى است.

آرايش شبکه‌هاى ارتباطى معمولاً به دو صورت متمرکز و غيرمتمرکز صورت مى‌گيرد. در شبکه ارتباطى متمرکز، يک فرد محور و مرکز ارتباط است. اين شخص خواه مدرس باشد خواه فراگیر، براى حفظ موقعيت ارتباط بايد فردى مقتدر باشد، فردى که از تأثيرات متقابل گروه قوى‌تر است. در شبکه ارتباطى غيرمتمرکز، همه افراد فرصت و امکان مساوى ارتباطى دارند.

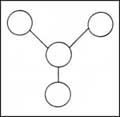
 شبکه ارتباطى چرخشى (wheel arrangement)

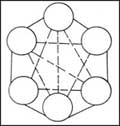
در اين شکل از ارتباط، شخصى که در مرکز شبکه ارتباطى واقع مى‌شود، مطالب را از بقيه افراد گروه که در اطراف قرار دارند مى‌گيرد و وقتى که به حل مسأله يا تصميم‌گيرى نهايى رسيد، نتيجه را به افراد باز مى‌گرداند. معمولاً مدرس در مرکزيت گروه قرار مى‌گيرد، نقش او در اين ارتباط نقش کليدى است. او از بحث متقابل فراگيران جلوگيرى به عمل مى‌آورد.

شبکه ارتباطى زنجيره‌اى (chain arrangement)

در اين شکل از ارتباط، معمولاً سلسله مراتب حاکم است؛ به عبارت ديگر، در مواردى که سلسله مراتب وجود دارد، اين نوع از شبکه ارتباطى ايجاد مى‌شود؛ به عنوان مثال، مى‌توان از يک گروه هنرى در مدرسه نام برد. در اين گروه مسؤول قسمت صحنه‌آرايى گزارش را به مسؤول قسمت اجراى نمايش‌نامه ارائه مى‌دهد و او موظف است گزارش را به مدرس هنر- در رأس زنجيره- منتقل کند.

 شبکه ارتباطىY- Y arrangement

در اين نوع از ارتباط، مدرس در حالتى که دو نظر متفاوت را هماهنگ و متعادل نموده، آن را به مراتب پايين شبکه انتقال مى‌دهد. در اين آرايش، مدرس بين دو اظهار نظر متفاوت اعتدال برقرار مى‌کند و آن را به صورت پيام به قسمت پايين شبکه ارتباطى انتقال مى‌دهد.

 شبکه ارتباطى دايره‌اى (circle arrangement)

در شبکه ارتباطى دايره‌اي، افراد گروه فرصت بيشترى براى ارتباط با يکديگر دارند. اين نوع شبکه ارتباطى در بحث گروهى قوى‌ترين و مؤثرترين نوع ارتباط است و انگيزه فراوانى براى بحث ايجاد مى‌کند.

انتخاب افراد و تعيين نقش آنان در بحث گروهى

در بحث گروهى افرادى حضور دارند که باعث مى‌شود بحث شکل بگيرد اين افراد عبارتند از:

**اداره کننده يا رهبر گروه:**براى رعايت نظم و ترتيب و بطور کلى به منظور سازمان دادن و اداره بحث گروهي، يک نفر بايد به عنوان رهبر گروه انتخاب شود. اين فرد مى‌تواند مدرس يا يکى از افراد مطلع و يا يکى از فراگیران باشد.

**فراگیران:**شرکت‌کنندگان اصلى بحث گروهى فراگیران هستند که قاعدتاً بايد به موضوع مورد بحث علاقه‌مند باشند و در بحث فعالانه شرکت کنند و مسؤوليت قبول نمايند.

**منشى گروه:**در بحث گروهي، بهتر است يک نفر به عنوان منشى گروه انتخاب شود تا تصميمات و نتايج مهم بحث را يادداشت کند. معمولاً منشى بايد موارد موافق و مخالف، پيشنهادها و توصيه‌ها را عيناً يادداشت کند و از اعمال نظر شخصى اجتناب ورزد. مدرس يا يکى از فراگیران مى‌توانند اين نقش را به عهده بگيرند.

 شخص مطلع (ميهمان):**اگر موضوع مورد بحث نياز به اطلاعات فنى و تخصصى داشته باشد، مى‌توان فرد مطلعى را با دعوت قبلى در بحث گروهى شرکت داد. چنين فردى مى‌تواند اطلاعات لازم را عرضه کند و به سؤالات پاسخ دهد يا نظر تخصصى بدهد.**

 ناظر يا ارزياب**:در بحث گروهي، بهتر است يک نفر به عنوان ناظر يا ارزياب تعيين شود تا جريان بحث را از بيرون مشاهده کند و نظرهاى خود را در مورد چگونگى اجراى بحث يادداشت و عرضه نمايد. معمولاً ناظر بايد در خارج از گروه و در محلى که بتواند جريان بحث را از نزديک پيگيرى کند، قرار گيرد. مدرس مى‌تواند در طول مباحثه نقش ناظر و ارزياب را به عهده داشته باشد. معمولاً در بحث‌هايى که هنوز فراگیران مهارت لازم را در اجراى بحث کسب نکرده‌اند، مدرس بايد نقش رهبر، منشى و ارزياب را شخصاً به عهده بگيرد.**

روش اجراى بحث گروهى

مهم‌ترين مسأله در اجراى روش بحث گروهى مشخص کردن وظايف اعضاى شرکت‌کننده در بحث است. لازمه اينکه اين روش با کيفيت مطلوب اجرا شود، آگاهى مدرس از وظايف خود و وظايف فراگیرانش است.

### وظايف مدرس در روش بحث گروهى:براى اينکه بحث گروهى با کيفيت مطلوب اجرا شود آگاهى مدرس از وظايف خود لازم و ضرورى است. وظايف مدرس را در جريان بحث گروهى مى‌توان به سه قسمت تقسيم کرد:

### 1. فراهم کردن امکانات:مدرس که معمولاً وظيفه رهبرى گروه را بر عهده دارد، بايد قبل از شروع بحث گروهي، فعاليت‌هاى زير را انجام دهد:

۱. تدارکات لازم، از قبيل محل تشکيل بحث گروهي، مواد و تجهيزات لازم و آرايش هندسى نشستن را فراهم و تعيين کرده، در صورت لزوم، فرد مطلعى را براى شرکت در بحث دعوت کند

۲. درباره موضوع مورد بحث، مطالعه و نکات اصلى مطالعات خود را يادداشت کند

۳. سؤالاتى را که براى شروع و ادامه بحث لازم است، تهيه و تنظيم کند

۴. وظايف و مسؤوليت ساير اعضاى گروه را معين سازد

۵. منابع مورد لزوم در زمينه بحث را شناسايى کند

۶. از کليه اعضاى شرکت‌کننده در بحث بخواهد که درباره موضوع مورد بحث مطالعه کنند و با آمادگى قبلى در جلسه بحث گروهى حاضر شوند.

2.شرکت در بحث:مدرس موظف است در شروع بحث، تحت عنوان مقدمه، هدف و ضوابط بحث گروهى را شرح دهد و وظايف اعضا را مجدداً گوشزد کند، اما اگر مدرس در جريان بحث بيش از همه صحبت کند، تعداد کمترى از فراگیران امکان بحث پيدا خواهند کرد و در نتيجه، تعداد کمى از آنان از فوايد روش بحث گروهى استفاده خواهند کرد. مدرس بايد در صحبت کردن حداقل مشارکت را داشته باشد. او بايد نقش خود را تا حد يک شنونده و شايد ناظرى که تنها با صدا کردن نام افراد يا اشاره کردن يا تکان دادن سر کار افراد را تحت نظارت دارد، کاهش دهد. حالت مطلوب عملکرد او زمانى است که وظيفه خود را در جريان بحث تا حد يک شنونده کاهش دهد، تا فراگيران بتوانند در بحث شرکت فعال داشته باشند و در مورد مسائلى نظير تعاريف، فرضيات، سؤالات و ارتباط مثال‌ها با موضوع، توافق و نتيجه‌گيرى کنند. کار مدرس بايد بيشتر پيگيري، تحليل و ارزيابى بحث باشد، نه مشارکت در بحث؛ ارزيابى از اين نظر که آيا بحث منطقى و مرتبط با موضوع انجام مى‌شود يا نه؛ با حقيقت و واقعيت انطباق دارد يا نه و موارد لازم در بحث لحاظ شده است يا نه؛ البته چنين وظايفى نبايد منجر به انتقادهاى شخصى شود يا اينکه بيشتر وقت گروه را به خود اختصاص دهد.

3.کنترل و هدايت بحث**:**از ديگر وظايف مدرس در جريان بحث گروهي، کنترل و هدايت بحث است. او بايد مراقب باشد که بحث از موضوع خارج نشود و چنانچه انحراف، اغتشاش و بى‌نظمى در بحث مشاهده کرد، بايد بلافاصله مداخله کند و سعى کند با استفاده از کمترين کلمات، بحث را به مسير اصلى خود برگرداند. او بايد در اين زمينه دقت لازم را به عمل آورد؛ زيرا مداخله سريع و حساب ‌نشده او ممکن است سبب شود که فراگیران از به دست آوردن تجربه اصلاح مسير بحث محروم شوند. بدين‌سبب، اگر سؤالى از طرف فراگیران مطرح شود، بايد سريعاً تدبيرى اتخاذ کند تا فراگیران با کمک يکديگر پاسخ سؤال را پيدا کنند.

**وظايف فراگیران در روش بحث گروهى**:

يکى از راه‌هاى بهبود تأثير نقش مدرس تفهيم نقش فراگیران به آنان است. مدرس بايد نقش فراگیران را بدقت به آنان بياموزد. فراگیران بايد بتوانند به‌رغم مخالفت‌هاى ساير اعضاى گروه، پيشنهاد‌هاى خود را براى حل مسائل مطرح کنند و در مواقع لزوم، از نظرها و پيشنهادهاى خود دفاع کنند، يا در صورت روبه‌رو شدن با استدلال صحيح ساير افراد و راهنمايى مدرس، آنها را اصلاح نمايند.نظرهاى فراگیران حتى‌الامکان بايد توسط فراگیران ديگر مورد تحليل و ارزيابى واقع شود و به آنان نيز آموخته شود که فعالانه در تحليل و ارزيابى نظرهاى ديگران دخالت کنند. فراگیران بايد بپذيرند که يکى از وظايف آنان ايجاد سؤال است. اگر چنين باورى در آنان تقويت نشود، ممکن است از پذيرش مسؤوليت امتناع ورزند.اهم وظايف فراگیران در جريان بحث گروهى عبارت است از:

۱. درباره موضوع مورد بحث فکر و مطالعه کنند

۲. عقايد و تجربيات خود را در جلسه مطرح کنند

۳. با دقت به جريان بحث و گفتگو گوش دهند

۴. در صورت عدم توجه، از اعضا بخواهند که آن را دوباره توضيح دهند

۵. در جريان بحث گروهي، با يکديگر بطور خصوصى صحبت نکنند

۶. انتظار نداشته باشند که نظر آنان حتماً پذيرفته شود؛

۷. اگر نظر و پيشنهادى دارند بطور صريح بيان کنند؛

۸. پس از پايان بحث، در مورد برنامه آينده تصميم‌گيرى کنند.

محاسن روش بحث گروهى

۱. با بحث گروهي، افراد مى‌توانند در عقايد و تجربيان يکديگر سهيم شوند.

۲. با روش بحث گروهي، همکارى گروهى و احساس دوستى در بين اعضا تقويت مى‌شود.

۳. در جريان بحث گروهي، فرصتى فراهم مى‌شود که افراد، خود را مورد ارزيابى قرار دهند.

۴. در فرايند بحث گروهي، اعتماد به‌نفس در افراد تقويت مى‌شود و روحيه نقاد در آنان ايجاد مى‌شود.

۵. بحث گروهي، هراس افراد کم‌رو و خجالتى را براى صحبت کردن در جمع کاهش مى‌دهد.

۶. روش بحث گروهى قدرت مديريت و رهبرى فراگيران را تقويت مى‌کند.

۷. روش بحث گروهى در تقويت استدلال و قدرت انديشه منظم، بسيار مفيد است.

محدوديت‌هاى روش بحث گروهى

۱. اين روش براى کلاس‌هاى پرجمعيت قابل اجرا نيست.

۲. براى فراگیران با دانش کم چندان مناسب نيست.

3.روش اجراى آن بسيار مشکل است و به مهارت احتياج دارد.

7.روش آزمايشى

اساس اين روش بر اصول يادگيرى اکتشافى استوار است؛ به اين معنى که در اين روش، مستقيماً چيزى آموزش داده نمى‌شود، بلکه موقعيت و شرايطى فراهم مى‌شود تا فراگیران خود از طريق آزمايش به پژوهش بپردازند و جواب مسأله را کشف کنند؛ به عبارت ديگر، روش آزمايشى فعاليتى است که در جريان آن، فراگیران عملاً با به کار بردن وسايل و تجهيزات و مواد خاصى درباره مفهومى خاص تجربه کسب مى‌کنند. آزمايش معمولاً در آزمايشگاه انجام مى‌شود، اما نداشتن آزمايشگاه مجهز يا وسايل مناسب در مدرسه نبايد دليلى بر عدم اجراى اين روش باشد. در بسيارى از موارد، براى انجام دادن آزمايش وسايل چندان پيچيده‌اى مورد نياز نيست و حتى اين‌گونه وسايل را مى‌توان با کمک فراگیران فراهم نمود. اين روش براى موضوعات علوم‌تجربى روش بسيار مناسبى است، ولى امروزه در روانشناسى و ساير علوم‌انسانى نيز از آن استفاده مى‌شود.

روش آزمايشى ممکن است به منظورهاى مختلفى بکار رود؛ مثلاً گاهى ممکن است اين روش به منظور آشنا کردن فراگیران با جنبه‌هاى عملى يک مفهوم و زمانى به منظور فراهم آوردن محيطى مناسب براى حل مسأله‌اى بکار گرفته شود. در هر صورت، مدرس بايد جهت کلى فعاليت را مشخص کند و اطلاعات و راهنمايى‌هاى لازم را در اختيار فراگیران قرار دهد. روش آزمايشى مى‌تواند کيفيت يادگيرى را افزايش دهد و يک عامل بسيار برانگيزنده در فعاليت آموزشى باشد. اين روش مى‌تواند براى ارضاى حس کنجکاوى و تقويت نيروى اکتشاف و اختراع و پرورش تفکر انتقادى فراگيران بسيار مفيد باشد و در فراگیران اعتماد به‌نفس و رضايت‌خاطر ايجاد کند. روش آزمايشى مى‌تواند فعاليت‌هاى آموزشى را براى فراگيران جالب‌توجه و شيرين نمايد و در نتيجه، کمتر آنان را خسته و بى‌حوصله کند.

محاسن روش آزمايشى

۱. چون يادگيرى از طريق تجارب مستقيم حاصل شده است، يادگيرى با ثبات‌تر و مؤثرتر خواهد بود.

۲. فراگیران علاوه بر دست يافتن به هدف‌هاى آموزشي، روش آزمايش کردن را نيز ياد مى‌گيرند.

۳. در فراگیران انگيزه مطالعه و تحقيق تقويت مى‌شود.

۴. حس کنجکاوى فراگیران ارضا مى‌شود و آنان اعتماد به‌نفس پيدا مى‌کنند.

۵. نيروى اکتشاف، اختراع، و تفکر علمى در فراگیران تقويت مى‌شود.

۶. اين روش فعاليت‌هاى آموزشى را براى فراگيران جالب و شيرين مى‌کند و در نتيجه، آنان را کمتر خسته و بى‌حوصله مى‌کند.

محدوديت روش آزمايشى

۱. احتياج به وسايل و امکانات فراوان دارد، لذا در مقايسه با ساير روش‌هاى تدريس از نظر اقتصادى گران تمام مى‌شود.

۲. به مدرسان آگاه و مجرب که خود با روش آزمايشى آشنايى داشته باشند، نياز دارد.

۳. نسبت به ساير روش‌ها ممکن است اطلاعات و معلومات کمترى در اختيار فراگیران قرار دهد و دامنه لغات و مفاهيم آنان تقويت نشود.

۴. در صورت عدم کنترل، ممکن است به صورت غلط اجرا شود و اين روش غلط در رفتار فراگیران تثبيت گردد.

8. الگوی حل مسأله (problem-solving model)

 در این الگو، فراگیران با بهره گیری از تجارب و دانسته های پیشین خود، درباره رویدادهای محیط خود می اندیشند تا مشکلی را که با آن مواجه شده اند به نحو قابل قبولی حل کنند.

**مراحل اجرا در الگوی مسأله:**

1.طرح مسأله یا بازنمایی مشکل: مسأله را از راههای مختلف می توان در ذهن فراگیران ایجاد کرد. قبل از طرح مسأله باید به خصوصیات فراگیران نظیر سن، میزان تحصیلات، رشد ذهنی و عاطفی، ویژگیهای فرهنگی، شرایط اجتماعی و اقتصادی و ... توجه کرد.   
2. جمع آوری اطلاعات: منابع گردآوری اطلاعات باید از نظر علمی معتبر باشند و اطلاعات جمع آوری شده باید با توجه به معیارهای صحیح وعلمی طبقه بندی شوند.   
3. ساختن فرضیه، منظور از فرضیه سازی، پیش بینی راه حلهای احتمالی و حدسی برای حل مسأله است. فراگیر برای ساختن فرضیه ناگزیر است به تفکر بپردازد و برای حل مسأله چندین راه را برمی گزیند.   
4.آزمایش فرضیه: فرضیه، حدسی است که براساس اطلاعات پیشین و شواهد موجود، در برخورد با دنیای خارج، در ذهن فراگیر شکل می گیرد.   
5. نتیجه گیری، تعمیم و کاربرد: فرآیند حل مسأله، باید به نتیجه منتهی شود. بدون نتیجه گیری مسأله حل نخواهد شد.

**چگونگی کنش و واکنش مدرس نسبت به فراگیران در الگوی حل مسأله:**

مدرس نقش راهنما را در فرآیند تدریس بازی می کند. روش کسب اطلاعات را به فراگیران می آموزد. در این الگو علاقه و رغبت و توانایی همواره مورد توجه است و محتوی آموزشی از پیش تعیین شده نیست. در آموزش از انگیزه های درونی استفاده می شود. فراگیران دائماً با مدرس در ارتباطند.  گاهی به صورت فردی و گاهی به صورت جمعی نقش مدرس، نقش مشاور و راهنماست. ارتباط اعضای کلاس براساس احترام و محبت متقابل است.

**منابع و موقعیت در الگوی حل مسأله:**

 عواملی چون مدرس، کتاب درسی، کتابخانه، فیلم، موزه و ... می توانند منبع دریافت اطلاعات باشند. فعالیتهای آموزشی منحصر به کلاس درس نیست.

محاسن و محدودیتهای الگوی حل مسأله:

در این الگو، فراگیر فعال است، احساس مسئولیت بیشتری می کند، هنگام موفقیت یا شکست، خود را مسئول می داند نه مدرس را، رشد فراگیر هدف اصلی است. روح پژوهش و انتقادگری را پرورش می دهد و فراگیر فردی خلاق و نوآور خواهد بود.   
در مورد محدودیتها این الگو به مدرسان قوی و باتجربه و پژوهشگر نیاز دارد. امکانات فراوانی را می طلبد. تعداد فراگیران در هر کلاس محدود است و بطورکلی تعداد فراگیران، در هر کلاس نباید از 20 نفر تجاوز کند.  
ضمیمه تعاریف چند اصطلاح آموزش    
   
  1- Education:   
 در گذشته به تعلیم و تربیت و آموزش و پرورش اطلاق می شد. امروز معادل فارسی پرورش را به کار می برند. پرورش یا تربیت جریانی است منظم و مستمر که هدف آن ، هدایت و رشد جسمانی، اجتماعی و اخلاقی یا بطور کلی رشد همه جانبه شخصیت فراگیر در جهت کسب و درک معارف بشری و هنجارهای اجتماعی مورد پذیرش و کمک به شکوفایی استعداد افراد است. پرورش یک نظام و سیستم است که مجموعه ای از عناصر در آن وجود دارد که این مجموعه عناصر برای رسیدن، به یک هدف که همانا رشد و شکوفایی استعدادها است فعالیت می کنند.    
   
  2-Instruction:   
 آموزش فعالیتی است هدف دار و از پیش تعیین شده که هدف آن فراهم نمودن فرصتها و موقعیت هایی است که امر یادگیری را تسریع می کند.    
   
  3- Teaching:   
 تدریس، سلسله فعالیتهای منظم و مرتبی است که از قبل طراحی شده است و هدف آن ایجاد شرایط مطلوب برای تغییر و تسهیل یادگیری توسط فراگیران است. تدریس بدون تعامل مدرس و فراگیر بی معنی است. تدریس آن فعالیتی است که با حضور مدرس در کلاس انجام می شود.    
   
  4- Training :   
 تعلیم به معنای کارآموزی است یعنی فراگیر حرفه یا مهارتی را یاد می گیرد. هدف از تعلیم، شکوفایی همه جانبه استعدادها نیست، بلکه نظم بخشی به فنون و مهارت هایی است که در حرفه ای معین به آن نیاز دارد.   
 

 انواع روش های تدریس

9. روش تدریس بارش افکار

بارش افکار "BRAIN STORMING" یکی از شناخته شده ترین شیوه های برگزاری جلسات هم فکری و مشاوره بوده و کاربرد جهانی دارد. این روش دارای مزایا و ویژگیهایی منحصر به فرد است. در واقع بسیاری از تکنیک های دیگر منشعب از این روش است. در اینجا ضمن معرفی کوتاهی از تاریخچه و تعریف بارش افکار به بررسی قواعد این روش می پردازیم. آنگاه ترکیب اعضا و گروه مشخص می شود و پس آن روند برگزاری یک جلسه بارش افکار ارایه می گردد. در نهایت مزایا و معایب این روش معرفی می شود تا دبیران و روسای جلسات بتوانند دامنه ی کاربرد آن را ارزیابی کرده و در جای خود از آن استفاده کنند.این روش توسط الکس اسبورن در سال 1988 معرفی گردید. در آن زمان بنیاد فرهنگی اسبورن این روش را در چندین شرکت تحقیقاتی، بازرگانی، علمی و فنی برای حل مشکلات و مسایل مدیریت به کار گرفت. موفقیت این روش در کمک به حل مسایل آن چنان بود که ظرف مدت کوتاهی به عنوان روشی کارآمد شناخته شد.فرهنگ لغت " وبستر" تعریف بارش افکار را چنین بیان می دارد : تکنیک برگزاری یک کنفرانس که در آن سعی گروه بر این است تا راه حل مشخصی را بیابد، در این روش همه ی نظرات در جمع بندی مورد استفاده قرار می گیرند. روش بارش افکار امروزه یکی از متداول ترین روشهای تصمیم گیری گروهی است و موجب گسترش و تحول بسیاری از روشهای مرتبط و مشابه گردیده است. دانشمندان زیادی از جمله : اسبورن، کال و همکاران، بوچارد، گچکا و همکاران، دلبگ و همکاران، لوئس، و نگاندی و سیج در کتابهای خود به این روش پرداخته اند و جهت ارتقا آن کوشیده اند.

قواعـد بارش افکار

اسبورن عنوان می دارد پیشنهاد ایجاد شده در ذهن یک فرد عادی در گروه، 2 برابر پیشنهاد ایجاد شده در حالت انفرادی است. در صورتی که قواعد و مقررات مشخصی برای جلسات بارش افکار در نظر گرفته و رعایت گردد، این روش بسیار کارآمدتر خواهد شد. بارش افکار بر دو اصل و چهار قاعده ی اساسی استوار است.:

**اصل اول مبتنی بر تنوع نظرات** است. تنواع نظرات، آن بخش از مغز را که به خلاقیت مربوط است فعال تر می کند تا بر تفکر قضاوتی THINKING JUDJMENTAL خود فایق آید. تفکر قضاوتی در واقع به معنی ارزیابیها و نظرات تکمیلی نسبت به مطلب مطرح شده است. به این منظور بعد از آنکه تمامی پیشنهادات جمع آوری گردید ؛ بررسی و ارزیابی پیشنهادات صورت می گیرد.

**اصل دوم کمیت، فزاینده کیفیت است**. یعنی هر چه تعداد پیشنهادات بیشتر شود، احتمال رسیدن به یک راه حل بهتر افزایش می یابد.

**چهار قاعــده اساسی بارش افکار**

1- **انتقال ممنوع**: این مهمترین قاعده است و لازم است تمام اعضا به آن توجه کرده و بررسی و ارزیابی پیشنهاد را به آخر جلسه موکول کنند. ضمن اینکه ملاحظه تبعیض آمیز پیشنهادات نیز ممنوع است.

2-. **اظهار نظر آزاد و بی واسطه**: این قاعده برای جرأت بخشیدن به شرکت کنندگان برای ارایه پیشنهاداتی است که به ذهن آنها خطور می کند، به عبارت دیگر در یک جلسه بارش افکار تمام اعضا باید جسارت و شهامت اظهار نظر را پیدا کرده باشند و بدون آنکه ترسی از ارزیابی و بعضاً انتقاد مستقیم داشته باشند ؛ بتوانند پیشنهاد و نظر خود را بیان کنند. هر چه پیشنهادات جسورانه تر باشد نشان دهنده ی اجرای موفق تر جلسه است.

**3-. تأکید بر کمیت**: هر چه تعداد نظرات بیشتر باشد، احتمال وجود پیشنهادات مفید و کارسازتر در بین آنها بیشتر می شود. موفقیت اجرای روش بارش افکار با تعداد پیشنهادات مطرح شده در جلسه رابطه مستقیم دارد. در این روش این گونه عنوان می شود که هر چه تعداد پیشنهاد بیشتر باشد احتمال وجود طرح پیشنهاد کیفی بیشتر است.

**4-. تلفیق و بهبود پیشنهادات :** اعضا می توانند علاوه بر ارایه پیشنهاد، نسبت به بهبود پیشنهاد خود اقدام کنند. روش بارش افکار این امکان را به اعضا می دهد که پس از شنیدن پیشنهادات دیگران پیشنهاد اولیه بهبود داده شود. آنها همچنین می توانند پیشنهاد خود را با چند پیشنهاد دیگر تلفیق کرده و پیشنهاد بهتر و کاملتری را به دست آورند.

**ترکیب اعضای گــروه بارش افکار**

در هر جلسه بارش افکار لازم است افراد ذیل حضور داشته باشند : رییس، دبیر جلسه و اعضای گروه، رییس جلسه، قواعد کاری و مسئله مورد بحث مشکل را مطرح می کند و ناظر بر حسن اجرای آنهاست. دبیر، کار ثبت صورتجلسه را انجام می دهد. بهتر است دبیر نزدیک رییس جلسه بنشیند، به طوری که بتواند نقش رابط غیر مستقیم بین رییس جلسه و اعضا را ایفا کند. بهتر است پیشنهادات به طور گزارشی، نه کلمه به کلمه، یادداشت شوند. اسبورن پیشنهاد می کند که از افرادی که دارای موقعیتهای شغلی یکسان هستند برای هم فکری، دعوت به عمل آید. ضمناً باید در نظر داشت چنانچه رییس و مرئوس با هم در یک گروه باشند اصل اظهار نظر آزاد و بیواسطه خدشه خواهد یافت مگر آنکه برای آن قبلاً تدابیری اندیشیده شده باشد.

**رویه برگـــزاری جلسات بارش افکار**

یک گروه 6 تا 12 نفری از اعضا انتخاب می شوند حتی الامکان از لحاظ رتبه ی اداری همسان باشند. مشکل به روشنی تعریف شده و برای شرکت کنندگان توضیح کافی داده می شود. حداقل یک هفته از طرح صورت مسئله گذشته باشد یعنی دستور کار هر جلسه قبلاً اعلام شده باشد. بلافاصله پیش از جلسه اصلی بارش افکار، برای اعضا، جلسه ای توجیهی برگزار می شود. با نوشتن صورت مسئله بر روی تخته سیاه به طوری که برای همه قابل خواندن باشد، جلسه بارش افکار شروع می شود.رئیس جلسه 4 قاعده جلسه بارش افکار را متذکر می شود. هر یک از اعضا که مایل به ارایه پیشنهاد باشد دست خود را بالا می برد و در هر نوبت یک پیشنهاد را ارایه می دهد. رییس جلسه طی یادداشتی 2 کلمه ای و کوتاه، هر یک از پیشنهادات را روی تخته سیاه می نویسد و در همین حال دبیر جلسه پیشنهاد را با جزئیات بیشتری ثبت می کند. در صورت لزوم رییس جلسه می تواند برای برانگیختن اذهان در ارایه پیشنهادات جدید صورت مسئله با پیشنهادات ارایه شده، را مجدداً طرح کند. مدت زمان جلسه نباید از حد مجاز، که معمولاً 60 دقیقه است تجاوز کند.

مــزایا :

باوجودی که روش بارش افکار بسیار متداول است، لیکن تاکنون به طور خاص، در جهت روشن نمودن بهترین شرایط اجرای این روش، تحقیقات کافی صورت نگرفته است. مزایای این روش عبارتنداز :

.با توجه به اصل هم افزایی باعث می شود خلاقیت گروهی مؤثرتر از خلاقیت فردی عمل کند.

.با این روش، در مدت زمان نسبتاً کوتاهی، شمار زیادی پیشنهاد حاصل می شود.

با نوشتن صورت مسئله بر روی تخته سیاه به طوریکه برای همه قابل خواندن باشد، جلسه  بارش افکار شروع می شود.

معایب ::

ممکن است ایجاد شرایط جهت اظهار نظر آزاد و بیواسطه دشوار باشد.

گروه معمولاً تحت فشار اکثریت قرار گرفته و موجب می شود فرد با نظر اکثریت موافقت کند، حتی اگر قویاً احساس کند که نظر اکثریت اشتباه است.

اکثر اوقات تمایل گروه بر حصول یک توافق است، تا دستیابی به پیشنهادات متنوعی که به خوبی مورد بررسی قرار گرفته باشند، در واقع این حرکت در حال حاضر بخاطر ساختار جلسات، به صورت عادت درآمده است.

هنگام بارش افکار، اغلب افراد مواردی بدیهی یا ایده آل را پیشنهاد می کنند و این از تلاش آنها برای بحث بیشتر و در نتیجه ارایه پیشنهادات خلاق می کاهد.

ماهیت تنوع گرای بارش افکار، خود به خود مسبب افزایش پیشنهادات می شود ولی اصلاح و پالایش ساختاری پیشنهادات را در بر ندارند.

اگر گروه از یک رییس جلسه خود برخوردار نباشد ممکن است برخی از افراد جلسه را، به طور کامل تحت الشعاع خود قرار دهند.

اجرای موفقیت آمیز این روش مستلزم شناخت قبلی افراد از مسأله است.

در این روش، بهبود مرحله به مرحله " تدریجی " پیشنهادات کمتر مشاهد می شود.

گاهی اوقات این روش، به مسایل نسبتاً ساده و پیش پا افتاده محدود گشته و باعث می شود که روش ارایه شده برای حل مسایل کلی پیچیده و کارآیی کافی را نداشته باشد.

برای بعضی افراد، پیروی از قواعد این روش، یا ارایه پیشنهادات متنوع مشکل است.

روشهــا و تکنیک هــای مشابــه

از بارش افکار روش های گوناگونی مشتق شده است. مثلاً یک روش می گوید بهتر است شرکت کنندگان پیش از ورد به جلسه پیشنهادات خود را کتباً در اختیار رییس جلسه قرار دهند، رییس جلسه پیشنهادات را بدون اعلام منبع برای همه شرکت کنندگان قرائت می کند. این روش که برای از بین بردن معایب بندهای 2 و 3 مورد استفاده قرار می گیرد، بارش افکار گمنام "Anonymous Brains " نام دارد. شیوه های دیگری نیز وجود دارد، به عنوان مثال از شرکت کنندگان خواسته می شود، تا نظرات خود را در مدتی کوتاه به رشته تحریر درآورند. این روش افکارنویسی "Brainwriting" خوانده می شود.

تلفیقی از افکار نویسی و بارش افکار نیز وجود دارد که به روش Trigger مشهور است. این روش را جورج مولر کارشناس شرکت فورد موتور ابداع کرد. در این روش شرکت کنندگان هر کدام شخصاً فهرستی از کلمات مرتبط به مسأله را تهیه می کنند. مزیت این روش بر روش بارش افکار در این است که قابلیت بسط و گسترش پیشنهادات را دارد. ویلیام گوردن به منظور غلبه بر برخی مشکلات بارش افکار شیوه جدیدی را ابداع کرد. رویه آن بدین گونه است که : رییس جلسه، از گروه می خواهد تا به مفهوم با اصول مسأله پرداخته و مسأله را ریشه ای مورد بررسی قرار دهند، رفته رفته، با مطرح شدن نظرات متفاوت، افراد اطلاعات بیشتری پیدا کرده و پیشنهادات جدیدی مطرح می کنند. مزیت عمده این روش امکان بررسی سایر پیشنهادات و عدم تمرکز بر یک پیشنهاد است. در نتیجه این روش مانع تصمیم گیری ناپخته در فرآیند حل مسأله می گردد.

اگر چه روش های تدریس متعدد دیگری نیز وجود دارند اما به معرفی همین تعداد اکتفا شده است .

ب- تجارب يادگيرى

تجارب يادگيرى يا فعاليت‌هاى آموزشى فعاليت‌هايى هستند که فراگيران در راه دستيابى به اهداف آموزشى انجام مى‌دهند. بنابراين فعاليت‌هاى مدرسان در اين گروه قرار نگرفته بلکه مى‌توان آنها را تحت عنوان روش‌ها، الگوها و شيوه‌هاى تدريس مورد توجه قرار داد.تعيين تجارب يادگيري، گروه‌هاى تدريس و يادگيرى و شيوه‌هاى تدريس قطعاً بايستى با توجه به اهداف، به‌خصوص اهداف رفتارى صورت گيرد. بنابراين پيشنهاد و يا واگذار کردن تجاربى که بدون توجه به اصل يادشده ازجانب مدرس صورت مى‌گيرد نمى‌تواند هميشه يادگيرى مؤثرى را تضمين نمايد.

در یک طرح درس باید تعیین کنیم که از طریقی می خواهیم فراگیر به تجارب یادگیری دست یابد .حال اين سؤال پيش مى‌آيد که ارائه تعريفى از تجارب يادگيرى چه مشکلى را حل خواهد کرد؟ پاسخ اين است که تعميم اين تعريف در شرايط واقعى مى‌تواند بسيار کارساز باشد. متأسفانه گاهى در شرايط واقعى آموزشى اولاً اين‌گونه تجارب تحت عنوان تکاليف درسي به تجاربى بسيار معدود نظير روخواني، رونويسي، حل مسئله، نوشتن انشاء و حفظ کردن مطالب درسى محدود مى‌شوند؛ ثانياً انتخاب و تعيين آنها با توجه به اصل يادشده صورت نمى‌گيرد.

 ج-گروه‌هاى تدريس و يادگيرى

هميشه دستيابى به اهداف آموزشى مختلف ازطريق گروه‌هاى يکسان ميسّر نيست. به‌عنوان مثال، درصورتى که مى‌توان تعداد پنجاه فراگير يک گروه را در درس تاريخ به‌سوى اهداف موردنظر هدايت کرد، آيا ممکن است همين تعداد فراگير را بدون تجزيه کردن به گروه‌هاى کوچک‌تر در يک کار عملى به مهارت کافى رسانيد؟ طبيعى است که آموزش يک مهارت مثلاً کار با تلويزيون مداربسته نيازمند تجربه گروه‌هاى نسبتاً بزرگ به گروه‌هاى بسيار کوچک است تا تسلط فرد فرد فراگيران را در مهارت موردنظر تضمين نمايد.

گروه‌هاى تدريس و يادگيرى عمدتاً به سه دسته به شرح زير تقسيم مى‌شوند:

 **گروه‌هاى بزرگ و بسيار بزرگ** :يک گروه بزرگ ممکن است از صد تا هزاران‌ نفر را شامل شود و يا کليه فراگیران يک مدرسه را دربر گيرد که يک برنامه تلويزيونى را در ۱۰ کلاس تماشا مى‌کنند.

 **گروه‌هاى متوسط:**يک گروه متوسط مى‌تواند حدود ۴۰ نفر فراگیران يک کلاس باشند که به سخنرانى مدرس گوش مى‌دهند.

 **گروه‌هاى کوچک و تک‌نفرى:**يک گروه کوچک مى‌تواند شامل حدود ۵ نفر از فراگيران باشد که به‌خاطر يادگيرى يک مهارت خاص دورهم جمع شده‌اند. مسلم است که ايده‌آل‌ترين گروه براى آموزش و حصول هدف‌هاى هرکدام از حيطه‌هاى سه‌گانه، گروه کوچک و تک‌نفرى است. زيرا برقرار ي ارتباط نزديک و چهره به چهره و گرفتن بازخورد (Feedback) امکان شناخت بيشتر فراگير و در نتيجه آموزش بهتر را فراهم مى‌سازد.

مسلماً، مشخص کردن تعداد دقيق فراگيران براى هريک از سه گروه يادشده کارى است بس دشوار که بستگى به موقعيت‌ها، هدف از گروه‌بندى و سليقه کسانى دارد که آنها را مشخص مى‌کنند. بى‌ترديد، با توجه به تنوع هدف‌ها و تجارب ادگيرى متنوع، مشکل اخذ تصميم منطقى کاملاً مشهود است.

**د-گروه‌هاى تدريس و يادگيرى**

هميشه دستيابى به اهداف آموزشى مختلف ازطريق گروه‌هاى يکسان ميسّر نيست. به‌عنوان مثال، درصورتى که مى‌توان تعداد پنجاه فراگير يک گروه را در درس تاريخ به‌سوى اهداف موردنظر هدايت کرد، آيا ممکن است همين تعداد فراگير را بدون تجزيه کردن به گروه‌هاى کوچک‌تر در يک کار عملى به مهارت کافى رسانيد؟ طبيعى است که آموزش يک مهارت مثلاً کار با تلويزيون مداربسته نيازمند تجربه گروه‌هاى نسبتاً بزرگ به گروه‌هاى بسيار کوچک است تا تسلط فرد فرد فراگيران را در مهارت موردنظر تضمين نمايد.

گروه‌هاى تدريس و يادگيرى عمدتاً به سه دسته به شرح زير تقسيم مى‌شوند:

**گروه‌هاى بزرگ و بسيار بزرگ** :يک گروه بزرگ ممکن است از صد تا هزاران‌ نفر را شامل شود و يا کليه فراگیران يک مدرسه را دربر گيرد که يک برنامه تلويزيونى را در ۱۰ کلاس تماشا مى‌کنند.

**گروه‌هاى متوسط:**يک گروه متوسط مى‌تواند حدود ۴۰ نفر فراگیران يک کلاس باشند که به سخنرانى مدرس گوش مى‌دهند.

**گروه‌هاى کوچک و تک‌نفرى:**يک گروه کوچک مى‌تواند شامل حدود ۵ نفر از فراگيران باشد که به‌خاطر يادگيرى يک مهارت خاص دورهم جمع شده‌اند. مسلم است که ايده‌آل‌ترين گروه براى آموزش و حصول هدف‌هاى هرکدام از حيطه‌هاى سه‌گانه، گروه کوچک و تک‌نفرى است. زيرا برقرار ي ارتباط نزديک و چهره به چهره و گرفتن بازخورد (Feedback) امکان شناخت بيشتر فراگير و در نتيجه آموزش بهتر را فراهم مى‌سازد.

مسلماً، مشخص کردن تعداد دقيق فراگيران براى هريک از سه گروه يادشده کارى است بس دشوار که بستگى به موقعيت‌ها، هدف از گروه‌بندى و سليقه کسانى دارد که آنها را مشخص مى‌کنند. بى‌ترديد، با توجه به تنوع هدف‌ها و تجارب ادگيرى متنوع، مشکل اخذ تصميم منطقى کاملاً مشهود است.

**تعيين فضاهاى آموزشى**

در فرم سنتي، تنها فضاى آموزشى کلاس درس است که گاهى کليه فعاليت‌ها در چهار ديوارى محصول آن صورت مى‌گيرد. درحالى که در نظام‌هاى مترقى آموزشي، کلاس درس تنها فضاى آموزشى تلقى‌ نشده بلکه همراه با برنامه‌ريزى و پيش‌بينى لازم از ديگر فضاهاى آموزشى نيز حداکثر استفاده به‌عمل مى‌آيد.دراينصورت، علاوه‌بر کلاس، آزمايشگاه‌هاى علوم تجربي، مراکز يادگيري، کتابخانه‌ها، زمين‌هاى ورزشي، استاديوم‌ها، کارگاه‌ها، نمايشگاه‌ها و نظاير اينها فضاهاى آموزشى محسوب مى‌شوند. بعلاوه، کليه اماکن نظير موزه‌ها، فرودگاه‌ها، ايستگاه‌هاى راه‌آهن، تئاترها، سينماها، استوديوهاى راديويى و تلويزيوني، حتى مغازه‌ها و فروشگاه‌ها مى‌توانند به‌عنوان فضاهاى آموزشى درنظر گرفته شوند.بنابراين به‌راحتى مى‌توان نتيجه گرفت که محبوس کردن فراگيران به‌طور پيوسته و هميشگى در فضاى خسته‌کننده و غيرقابل انعطافى نيز کلاس نمى‌تواند نه از حيث آموزشى و نه از نقطه‌نظر پرورشى ما را به اهداف موردنظر هدايت کند، بلکه انتخاب فضاهاى مناسب و مطلوبى که به ايجاد يادگيرى مؤثرى در فراگير کمک شايان توجهى مى‌نمايد مى‌توانند از نقطه‌نظرهاى پرورشى نيز مثمرثمر قرارگيرند.البته، هميشه فضاهاى مناسب آموزشى دراختيار ما قرار ندارند؛ درنتيجه بايستى ميان آنچه که مايليم داشته باشيم و آنچه که مى‌توانيم بدست آوريم سازش‌هايى را بوجود آوريم. فراموش نکنيد در اينجا صحبت از ايده‌آل است نه آنچه که در مدارس موجود است. چنين به‌نظر مى‌رسد که حداقل نتيجهٔ اين بحث‌ها مى‌تواند تأسيس يک کتابخانه و يا مرکز يادگيرى بسيار کوچکى باشد که شما مى‌توانيد با حداقل امکانات موجود براى آموزشگاه خود تدارک ببينيد

مرحله سوم-تعیین منابع

باید طراح برنامه آموزشی(مدرس) تعیین کند برای رسیدن به اهداف تعیین شده برای گروه هدف مورد نظر ، چه منابعی لازم است :

1. **رسانه آموزشی** :اشاره دارد به منابع ومحتوای آموزشی که مدرس برای ارائه آموزش از آن استفاده میکند .
2. **ابزار آموزشی** :تعیین اینکه برای ارائه آموزش به چه ابزارهایی (ویدیوپروژکتور – فلیپ چارت و... نیاز دارید )
3. **زمان** :زمان یکی از منابع مهمی است که بدون توجه به آن رسیدن به اهداف ممکن نیست . رسیدن به یک هدف در حیطه رفتاری و یادگیری یک مهارت با صرف زمان یک یا دوساعت امکان پذیر نیست از طرف دیگر در مثال ذکر شده مراقبین مادران باردار را نمی توان مدت طولانی از کار منفک نمود .
4. **منابع مالی** :برای دست یافتن به اهداف فوق و با توجه به روش آموزشی انتخاب شده و شرایط مورد نیاز باید تعیین شود منابع مالی مورد نیاز چقدر است و محل تامین اعتیار کجاست .

مرحله چهارم-تعیین بازده

باید تعیین کنیم چگونه نتیجه مورد انتظار را اندازه گیری میکنیم . بههمین علت بایداهداف به گونه ای تدوین شود که قابل اندازه گیری باشند و اندازه گیری اهداف در حیطه شناختی اغلب راحت است اما باید روش هایی برای سنجش رسیدن به اهداف عاطفی و رفتاری نیز تعیین شود .

متناسب با نتایج ارزیابی باید طراحی اهداف مورد بازبینی قرار گرفته و کلیه مراحل اصلاح شود .

.

بخش اول :کلیات نحوه آموزش

فصل دوم: آموزش بهداشت و ارتقا سلامت

**Health Education & Promotion**

مقدمه

ساليان درازی است که در حوزه سلامت، برنامه هاي آموزشي طراحي و اجرا مي شوند و موفقيت هاي دهه هاي اخير نظام بهداشت و درمان کشور را تا حدود زيادي می توان مرهون فعاليت آموزش دهندگان سلامت دانست. کانون توجه اصلي در آموزش سلامت، اصلاح رفتار افراد، گروه ها و جوامع است و در اين ميان، پيچيدگي های رفتار انسان علت اصلي دشواري دستيابي به اين هدف است. رفتار سلامت (Health Behavior) در بسياري از مداخلات آموزشي نظام سلامت، تحت تاثير عواملي است که شناخت و تحليل اين عوامل، در کسب موفقيت اين مداخلات، نقشي کليدي دارد. الگوها و نظريه هاي آموزش سلامت با هدف توضيح دقيق تر اين عوامل و پيشگويي نتايج حاصل از تغيير در آنها طراحي شده اند. اين نظريه ها و الگو ها از حوزه ساير علوم اجتماعی مانند روان شناسي و جامعه شناسي به عرصه سلامت راه پيدا کرده اند و در ساليان اخير استفاده از آنها براي کسب، حفظ و ارتقاي سلامت جامعه مورد اقبال قرار گرفته است. تعداد قابل توجه اين الگوها و نظريه ها و کاربرد آنها باعث شده تا "آموزش سلامت مبتني بر نظريه و الگو" جايگاه ويژه اي در آموزش سلامت پيدا کند. اين برنامه آموزشي با هدف انتقال مهارت هاي لازم براي استفاده از برخی نظريه ها و الگوها در طراحی و اجرای برنامه های آموزشی در حوزه سلامت طراحي شده است تا فراگيران بتوانند با كمك مطالب علمي و راهنماهاي عملي ارائه شده در اين كارگاه،‌ برنامه هاي آموزشي مبتنی بر اين چارچوب های علمی را طراحی کنند. در اين بخش، تلاش مي شود تا با کمک راهبردهاي يادگيري مشارکتي، گروه هدف براي رسيدن به اهداف آموزشي هدايت شوند.

**اصطلاحات و مفاهيم پايه در آموزش سلامت مبتنی بر نظريه و الگو**

**آموزش (Education)** را فرآيندی هدفمند براي تسهيل يادگيري می دانند که در طی آن تجربياتي که بر شيوه درک مردم در ارتباط با محيط هاي اجتماعي، فرهنگي و فيزيکي خود تاثير مي گذارد، منتقل می شود.

**آموزش سلامت (Health Education)** ترکيبی از تجربيات يادگيری است که طراحی می شوند تا از طريق تعامل بين آموزش دهندگان و فراگيران، فرصت هاي يادگيري درباره سلامت را فراهم مي کند تا عمل آگاهانه منجر به سلامت در افراد، گروه ها و جوامع تسهيل شود. اين فرآيند يادگيري مي تواند مردم را براي تصميم گيري آگاهانه و تغيير داوطلبانه شرايط يا اصلاح رفتار براي افزايش سلامت توانمند سازد.

**هدف آموزش سلامت** را می توان ارتقاي سواد سلامتي، اتخاذ رفتار سالم توسط افراد، گروه ها و جوامع و گسترش فرهنگ سلامت در سطح جامعه دانست.

**سواد سلامت (Health Literacy):** مجموعه مهارت ها و قابليت هايي که مردم در طول زندگی خود کسب می کنند تا بتوانند برای تصميم گيری های آگاهانه، کاستن از خطرات سلامت و افزايش کيفيت زندگی، اطلاعات سلامت را جستجو و دريافت کنند، درک نمايند، ارزيابی کنند و به کار بگيرند.

**ارتقای سلامت (Health Promotion):** ترکيب برنامه ريزی شده ای است از مکانيسم های آموزشی، سياستگزاری، محيطی، قانونی يا سازمانی حمايت کننده از عملکردها و وضعيت هايي که افراد، گروه ها و جوامع را به سوی سلامت هدايت می کند. در سال 1986 و در شهر اتاوا مکانيسم هايي برای عملياتی کردن ارتقای سلامت در سطح جهان پيشنهاد شد که به **منشور اتاوا** **(Ottawa Charter)** معروف شد. محورهای اصلی اين منشور را سياست هاي عمومي مرتبط با سلامت، ايجاد محيط هاي حامي سلامت، تقويت اقدامات جامعه در زمينه سلامت، توسعه مهارت هاي فردي و بازنگري در نظام ارائه خدمات سلامت تشکيل می دهد.

**آموزش دهنده سلامت (Health Educator):** فردي است که مهارت های تخصصي را برای استفاده از راهبردها و روش هاي مناسب آموزشي در جهت تسهيل تدوين سياست ها، مداخلات و نظام های هدايت کننده به سمت سلامت افراد، گروه ها و جوامع، کسب کرده است. اهم وظايف آموزش دهندگان سلامت عبارتست از:

1. برقراري ارتباط بين سلامت و نيازهاي سلامت جامعه با مفاهيم و منابع آموزش سلامت
2. ايفاي نقش به عنوان فرد مرجع فرآيندهاي آموزش سلامت
3. سنجش نياز هاي افراد و جامعه براي آموزش سلامت
4. طراحي برنامه هاي آموزش سلامت موثر
5. شرکت در اجراي برنامه هاي آموزش سلامت
6. ارزيابي اثربخشي برنامه هاي آموزش سلامت
7. هماهنگي براي تهيه خدمات و محصولات آموزش سلامت

**رفتارهای مخاطره آميز** **(Risk Behaviors):** رفتارها، عادات يا اعمالي که افراد را در معرض خطر بيماري يا مشکلات مرتبط با سلامت قرار مي دهند. از نمونه هاي اطن رفتارها می توان به کشيدن سيگار، رفتار جنسي غير ايمن، تغذيه نامناسب، رفتارهاي خطرناک رانندگي، خشونت خانگي، کمبود تحرک بدنی و استفاده از مواد مخدر، اشاره کرد. برای مطالعه رفتار در حوزه سلامت با هدف اصلاح رفتارهای مخاطره آميز و تقويت رفتارهای سالم، نياز به چارچوب های علمی تجربه شده داريم که با عنوان عنوان نظريه و الگوها شناخته می شوند.

**نظريه (Theory):** مجموعه اي از مفاهيم، تعاريف و فرضيه ها که با مشخص کردن ارتباط بين متغيرها، نگاهي نظام مند به وقايع و موقعيت ها دارد تا وقايع را توضيح دهد و پيشگويي کند. درواقع نقش نظريه بازکردن کلاف پيچيده پديده ها و ساده کردن آنهاست تا درک پيچيدگي هاي طبيعت براي انسان ساده شود. نظريه ها، فرآيندها با هدف يادگيري اصولي توضيح می دهند.

**الگو (Model):** توصيف هاي کلي و فرضيه اي هستند که اغلب بر اساس يک شباهت در کنار هم قرار مي گيرند و براي تحليل يا توضيح پديده ای به کار مي روند. الگوها بيشتر به ارائه و معرفي فرآيندها می پردازند و معمولا به صورت گرافيکي نمايش داده مي شوند.

در الگوها و نظريه ها سه محور اصلی مورد توجه قرار می گيرد: عوامل اصلي که پديده مورد نظر را تحت تاثير قرار می دهند، ارتباط بين اين عوامل و موقعيت هايي که در آنها چنين ارتباطاتي رخ مي دهد.

**دلايل استفاده از نظريه ها و الگوهای مطالعه رفتار در حوزه سلامت:**

1. اثبات اثر بخشي برنامه و ارائه مستندات برای آن
2. امکان درك بهتر و عميق تر رفتار با کمک آنها و ترسيم چارچوب مفهومي علمي براي مطالعه تغيير رفتار
3. جلوگيري از بروز انحراف در طراحي و اجراي برنامه آموزشي
4. تدوين و ترسيم اهداف پژوهشي/ آموزشي دقيق و كاربردي
5. مکان انتشار دستاوردهاي مطالعه در مجلات و منابع معتبر

**يک نکته مهم:** بسياری از پژوهش های طراحی و اجرا شده در حوزه آموزش سلامت براساس الگوی دانش/ نگرش/ عملکرد (Knowledge, Attitude, Practice: KAP) است.اين الگو به دلايلی نمی تواند ابزار خوبی برای مطالعه رفتار در حوزه سلامت باشد. از طرفی رفتار پديده اي است پيچيده که به نظر نمی رسد اين چارچوب برای توضيح و پيشگويي آن کافی باشد. به عبارت ديگر، تغيير در دانش، الزاما و به سادگي اصلاح نگرش و رفتار را به دنبال نخواهد داشت.از طرف ديگر، عوامل مياني و واسطه اي در فرآيند تغيير رفتار مؤثر هستند که در اين الگو مورد توجه قرار نمی گيرند.

**الگوی باور سلامتی (Health Belief Model)**

اين الگو در سال هاي دهه 1950 توسط گروهي از روان شناسان برای توضيح اين موضوع كه ”چرا برخي از مردم از خدمات بهداشتي استفاده مي كنند و گروهي ديگر استفاده نمي كنند؟“ مطرح شد. روزن استاك که به دنبال دلايل استقبال کم مردم از برنامه هاي تشخيصي و پيشگيري بود، در سال 1966 اين الگو را توسعه داد و

در سال 1974 بكر و ميمن در بررسي های خود در زمينه رفتار مردم در پاسخ به بيماري ها و رژيم هاي غذايي اين الگو را تكميل كردند.

فرضيه طراحان الگو اين بود که رفتار سلامتي مردم تحت تاثير اين عوامل قرار مي گيرد:

1. ميزان ترس آنها از موضوع (که به آن نام تهديد درک شده داده بودند)
2. کاهش ترس مورد نظر در اثر انجام رفتار هدف
3. موانع روان شناختي که بر سر راه انجام رفتار قرار دارد (منافع خالص)

اين الگو يكي ازكاربردي ترين الگوهايي است كه آموزش دهندگان سلامت ازآن استفاده مي كنند تا رفتارهاي سلامت را بر اساس الگوهاي ادراك و باور فردي توضيح دهند و پيش بيني کنند.

سازه های الگوی باور سلامت عبارتند از:

1. **حساسيت درك شده (Perceived Susceptibility) :** عقيده يک فرد نسبت به برخورداري از شانس کسب يک وضعيت که می توان آن را درک ذهني خطر توسط فرد دانست. شخص در اثر اين باور خود را در معرض خطر مورد نظر می داند.
2. **شدت درك شده (Perceived Severity)** : عقيده يک فرد نسبت به اين که وضعيت مورد نظر تا چه حد براي او جدي است. می توان آن را درک ذهني فرد از شدت خطر دانست. شخص در اثر اين باور، جدی بودن خطر را درک می کند.

به مجموع دو سازه حساسيت و شدت درک شده را تهيد درک شده **(Perceived Threat)** هم می گويند.

1. **موانع درك شده Barriers) (Perceived:** عقيده فرد نسبت به هزينه هاي محسوس و نامحسوس (مانند موانع روان شناختي) رفتار توصيه شده. شخص در اثر اين باور درک می کند که برای انجام رفتار هدف با چه موانعی روبرو خواهد بود.
2. **منافع درك شده(Perceived Benefits) :** عقيده فرد نسبت به تاثير رفتار توصيه شده براي کاهش خطر يا شدت اثر آن. اين باور در فرد او را به فوايد انجام رفتار هدف معتقد می کند.
3. **راهنماها براي عمل(Cues to Action) :** برخی از رويدادها که می توانند درونی (در درون خود فرد) يا بيرونی (ناشی از محيط خارج از وجود فرد) باشند و فرد را به انجام رفتار هدف وادارد يا در او آمادگي براي رفتار را ايجاد کند. مشاهده علائم مرتبط با يک بيماری در بدن و يا توصيه پزشک معالج يا کادر بهداشتی درمانی برای انجام يک رفتار سالم يا پرهيز از يک رفتار مخاطره آميز، راهنماهايي برای عمل به شمار می روند.
4. **خود کارآمدي (Self-Efficacy):** اطمينانی که فرد به توانايي هاي خود براي انجام موفقيت آميز يک رفتار دارد و حاصل باور فرد به توانايي خود براي انجام آن رفتار خاص است. اين سازه به وضعيت دروني فرد مانند استعداد يا توانايي انجام يک وظيفه يا رفتار مطلوب، برمی گردد.
5. **متغيرهای زمينه ای:** علاوه بر سازه های فوق، متغيرهاي دموگرافيک، روان شناختي، اجتماعي و ساختاري نيز وجود دارند که ممکن است بر روي درک فرد و به صورت غير مستقيم بر روي رفتار او تاثير بگذارد. سن، جنس، سطح درآمد، تحصيلات، آموزش هاي ديده شده، محل سکونت، فرهنگ جامعه و ... به طور غيرمستقيم بر روي ساير سازه هاي الگو اثر مي گذارد.

مطالعاتی که قرار است با استفاده از الگوی باور سلامتی طراحی و اجرا شوند، می توانند در دو دسته مطالعات توصيفي (اندازه گيری سازه های الگو) و مداخله اي (طراحی و اجرای مداخله رفتاری براساس نتايج حاصل از تحليل سازه های اندازه گيری شده) قرار بگيرند. اندازه گيري سازه های الگو در مداخلات آموزش سلامت مبتنی بر نظريه و الگو، يکي از مشکل ترين و البته مهمترين بخش هاست. برای اين کار لازم است از پرسشنامه های استاندارد .و آزمون شده که روايي و پايايي آنها اثبات شده است استفاده کنيم و در صورت فقدان چنين نوع ابزارهايي، بايد اين پرسشنامه ها را طراحی کرد.

با استفاده از ابزارهای سنجش سازه های الگو، و بررسی ارتباط هر يک با رفتار مورد نظر به عنوان متغير وابسته و تعيين قدرت پيشگويي کنندگی هر سازه، مداخله طراحی و اجرا خواهد شد و نتايج بعد از مداخله استخراج و تحليل می شوند و نتيجه گيری نهايي درباره تاثير مداخله انجام خواهد شد.

در طی بررسی های مختلف مشخص شده است که:

1. در موقعيت هايي که ميزان تهديد درک شده بالا است، تاثير راهنماها براي عمل بيشتر خواهد بود.
2. وقتي ميزان تهديد درک شده بالاست، در مقايسه با وقتي که تهديد درک شده پايين باشد، منافع و موانع درک شده پيشگويي کننده هاي قوي تري خواهند بود.
3. در يک وضعيت شدت درک شده بالا، حساسيت درک شده مي تواند پيشگويي کننده قوی باشد.

با وجود کاربرد زياد الگوی باور سلامت و قدمت آن در مقايسه با ساير الگوها و نظريه ها دو نقطه ضعف عمده در آن وجود دارد که در زمان استفاده از آن بايد مدنظر قرار گيرد:

1. با وجود پژوهش های بسيار در حوزه روانشناسي اجتماعي، اين که ايجاد باور هميشه قبل از تغيير رفتار بروز می کند، اثبات نشده است و ممکن است شکل گيري يک باور بعد از يک تغيير رفتار رخ دهد.
2. باورهاي سلامت ممکن است با ساير باورها و نگرش های که مي توانند بر روي رفتار تاثير بگذارند، رقابت مي کند.

**نظريه عمل استدلالی/ رفتار برنامه ريزی شده**

**(Theory of Reasoned Action/ Theory of Planned Behavior: TRA/TPB)**

اين دو نظريه به خاطر وجود ارتباط نزديک با هم، در منابع علمی تحت يک عنوان مورد بحث قرار می گيرند.

**الف)** **نظريه عمل استدلالي** **(Theory of Reasoned Action)**

اين نظريه در سال 1967 توسط فيش بين و با هدف تعيين رابطه بين باورها، نگرش ها، قصد رفتاري و رفتار معرفی شد و در آن عوامل شناختي تعيين کننده انگيزه براي انجام رفتار مورد بررسی قرار گرفت.

**قصد رفتاری (Behavior Intention):** از ديدگاه طراحان اين نظريه، مهمترين عامل تعيين کننده رفتار در يک فرد، قصد رفتاري اوست و قصد رفتاری چنين تعريف می شود: . **احتمال آن که شخصي تصميم بگيرد که رفتار مشخصی را انجام دهد.** براي تعيين اين که آيا فرد تصميم دارد که رفتاری را انجام دهد، مي توان به آساني از او سئوال کرد. از ديدگاه فيش بين و همکارانش ميزان اين احتمال، به دو عامل اصلی نگرش فرد به رفتار و هنجارهاي ذهني او بستگي دارد. به عبارت ديگر، اين نظريه فرض را وجود رابطه عليتي بين نگرش و هنجارهاي ذهني فرد با قصد رفتاری می دانند.

قصد رفتاري فرد به نگرش او نسبت به رفتار و هنجارهاي ذهني مرتبط با آن رفتار بستگي دارد.

**نگرش نسبت به رفتار (Attitude toward Behavior)** : نگرش را واکنش ها يا مواضع ارزيابي کننده موافق يا مخالف نسبت به يک موقعيت، يک فرد يا يک گروه می دانند که به شکل احساسات، باورها، و حتی رفتار فرد نشان داده مي شود. **بين نگرش نسبت به يک مشکل سلامتی و نگرش نسبت به رفتار مرتبط با آن تفاوت وجود دارد**. چه بسا فردی که نسبت به بيماري فشار خون بالا نگرش مطلوبی دارد ولی نگرش او نسبت به مصرف به موقع داروهای کنترل فشار خون چندان مطلوب نباشد.

**نگرش با باورهاي فرد در مورد پيامدهاي آن رفتار مرتبط است. به عبارت ديگر وقتي فردي باور دارد که رفتاري پيامدهاي ارزشمندي براي او خواهد داشت، نگرش مثبتي نسبت به آن رفتار خواهد داشت و برعکس.**

**هنجارهاي ذهني** **(Subjective Norms):** حاصل باورهاي هنجاري است که در آن تاييد يا رد رفتار مورد نظر توسط افراد مرجع جامعه مطرح است.

مطالعاتی که قرار است با استفاده از نظريه عمل استدلالی طراحی و اجرا شوند، می توانند در دو دسته مطالعات توصيفي (اندازه گيری سازه های الگو) و مداخله اي (طراحی و اجرای مداخله رفتاری براساس نتايج حاصل از تحليل سازه های اندازه گيری شده) قرار بگيرند. اندازه گيري سازه های الگو در مداخلات آموزش سلامت مبتنی بر نظريه و الگو، يکي از مشکل ترين و البته مهمترين بخش هاست. برای اين کار لازم است از پرسشنامه های استاندارد .و آزمون شده که روايي و پايايي آنها اثبات شده است استفاده کنيم و در صورت فقدان چنين نوع ابزارهايي، بايد اين پرسشنامه ها را طراحی کرد.

با استفاده از ابزارهای سنجش سازه های الگو، و بررسی ارتباط هر يک با رفتار مورد نظر به عنوان متغير وابسته و تعيين قدرت پيشگويي کنندگی هر سازه، مداخله طراحی و اجرا خواهد شد و نتايج بعد از مداخله استخراج و تحليل می شوند و نتيجه گيری نهايي درباره تاثير مداخله انجام خواهد شد.

در اين الگو اندازه گيري سازه ها، با دو روش امکان پذير است:

* **اندازه گيري مستقيم سازه ها:** پرسشنامه حاوی سئوالاتی است که با هدف ارزيابي کلي مخاطب از وضعيت دو سازه نگرش و هنجارهای ذهنی طرح شده اند. در اندازه گيری مستقيم سازه نگرش نسبت به رفتار، ارزيابي کلي رفتار از ديدگاه فرد با مقياس هاي معنايي مانند "خوب و بد" و استفاده از طيف امتيازدهی انجام مي شود و اندازه گيری سازه هنجارهای ذهنی، با تعيين باور افراد درباره اين موضوع که بيشتر مردم رفتار مورد نظر را تائيد يا رد مي کنند با استفاده از طيف دو قطبي "موافقم و مخالفم"، قابل انجام خواهد بود.
* **اندازه گيري غير مستقيم سازه ها:** در اين نوع اندازه گيری به ارزيابي اجزاي تشکيل دهنده هر سازه پرداخته می شود. در زير جزييات مربوط به اين نوع اندازه گيری بيان شده است.

در *اندازه گيری غيرمستقيم سازه نگرش نسبت به رفتار*، دو جزء مجزا سنجيده می شود:

1. رفتار به نتايج مورد نظر فرد منجر می شود: استفاده از طيف "احتمال دارد، احتمال ندارد" يا "موافقم، .مخالفم" و تعيين امتياز هفت درجه ای 3- تا 3+
2. ارزش نتايج فوق براي فرد: استفاده از طيف "خوب و.بد" و تعيين امتياز هفت درجه ای 3- تا 3+

در *اندازه گيری غيرمستقيم سازه هنجارهای ذهنی* نيز دو جزء مجزا سنجيده می شود:

1. تاييد رفتار توسط فرد مرجع: استفاده از طيف "موافقم و مخالفم" و امتياز هفت درجه ای 3- تا 3+
2. انگيزه براي اطاعت از فرد مرجع و انجام رفتار براساس نظر مرجع: استفاده از طيف "احتمال دارد، .احتمال ندارد و تعيين امتياز هفت درجه ای 1 تا 7

**ب) نظريه رفتار برنامه ريزی شده (Theory of Planned Behavior)**

در شرايطی که فرد کنترل ارادي کاملی روي رفتار خود داشته باشد و همه شرايط مربوط به رفتار در اختيار او باشد، نظريه عمل استدلالی کاربرد دارد ولی در مواردی که ميزان کنترل ارادي بر يک رفتار کم می شود و فرد با وجود داشتن قصد رفتار، نتواند آن رفتار را انجام دهد، کاربرد اين الگو چندان زياد نيست. در اينجاست که ميزان کنترل فرد بر شرايط انجام رفتار مهم خواهد بود. در اين موارد آساني يا مشکلي انجام يک رفتار بر روي قصد آن رفتار نيز تاثير خواهد گذاشت.

آيژن و همکارانش با مشاهده اين اختلاف الگوي جديدي را پايه گذاري کردند.”نظريه رفتار برنامه ريزي شده “ علاوه بر دو سازه نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی که در نظريه عمل استدلالی معرفی شد، عامل سومی به نام **کنترل درک شد**ه **(Perceived Control)** را با خوددارد. کنترل درک شده به دو عامل وجود يا فقدان تسهيل کننده ها يا موانع انجام يک رفتار، و ميزان تاثير هر وضعيت در سختی يا آسانی انجام رفتار بستگی دارد.

سازه کنترل درک شده مانند دو سازه نظريه عمل استدلالی، با دو روش قابل اندازه گيري است:

**اندازه گيری مستقيم سازه کنترل درک شده:** در اين روش، اندازه کلي کنترل درک شده بر روي رفتار، با مقياس هاي معنايي مانند "با خودم است و با خودم نيست" مشخص می شود.

**اندازه گيری غيرمستقيم سازه کنترل درک شده:** با اندازه گيری دو بخش مجزای اين سازه، مقدار آن مشخص خواهد شد:

1. احتمال وجود هر وضعيت کمکي يا تحميلي که با مقياس "احتمال دارد و احتمال ندارد" با استفاده از طيف "احتمال دارد، احتمال ندارد" و تعيين امتياز هفت درجه ای 3- تا 3+ يا 1 تا 7
2. اثر درک شده هر وضعيت در ايجاد آساني يا سختي انجام رفتار با استفاده از طيف "احتمال دارد و احتمال ندارد" و تعيين امتياز هفت درجه ای 3- تا 3+

پس نظريه رفتار برنامه ريزی شده، فرم تکميل شده ای از نظريه عمل استدلالی است. در اين الگو بايد سه سازه نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل درک شده را اندازه گيری کرد و با بررسی ارتباط اين سازه ها با قصد رفتار، مداخله مناسب طراحی کرد. بايد توجه داشت که وزن هاي نسبي اين سه سازه در جوامع مختلف و رفتارهاي مختلف ممکن است متفاوت باشد.

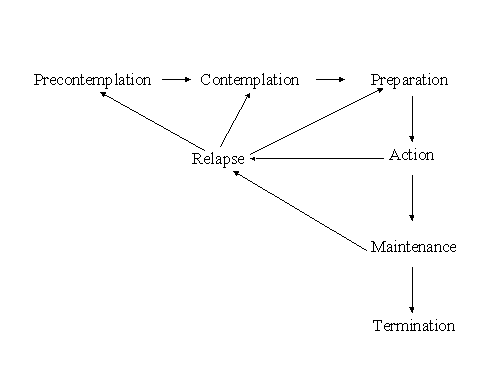
**الگوی فرانظريه ای (Transtheoretical Model)**

در الگوی فرانظريه ای، فرآيندها و اصولي که در نظريه هاي بزرگ روان شناختی ارائه شده اند با هم ترکيب شده و الگوي جديدي به دست آمده است. دليل نامگذاری آن به “فرانظريه اي” نيز همين امر است. براساس اين الگو که از گروه الگوهای مرحله ای (Stage of Change Models) به شمار می رود، تغيير رفتار يک فرايند مرحله ای است و قرد با گذر از مراحل متوالی در طول زمان تغيير رفتار می دهد. اين ويژگی، برخلاف الگوهای تغيير رفتار پيوسته (Continum Change Models) است که در آنها تغيير رفتار را پديده ای پيوسته و غيرمرحله ای توصيف می کنند. براساس اين الگو، بخش اعظم جمعيت در معرض خطر، آماده تغيير نيستند و در نتيجه به برنامه هاي سنتي تغيير رفتار پاسخ نمي دهند. براي پيشرفت در طول مراحل تغيير رفتار، بايد اصول مشخصی مورد استفاده قرار گيرد.

سازه های الگوی فرانظريه ای عبارتند از:

1. مراحل تغيير رفتار (Change Stages)
2. موازنه تصميم گيري(Decision Balance)
3. خود کارآمدي (Self-Efficacy)
4. فرآيندهاي تغيير (Processes of Change)

**مراحل تغيير رفتار (Change Stages)**

1. مرحله پيش انديشه(Precontemplation) : وقتی فرد فرد هيچ قصدي براي تغيير رفتار خود در طي شش ماه آينده نداشته باشد، او در اين مرحله است.
2. انديشه(Contemplation) : فردی که قصد دارد که در طي شش ماه آينده، رفتار خود را تغيير دهد و يا برای مدت 24 ساعت رفتار مورد نظر را در پيش گرفته است، در اين مرحله قرار دارد.
3. آمادگي(Preparation) : فردی که در اين مرحله است قصد دارد در طي يک ماه آينده رفتار خود را تغيير دهد و در جهت تغيير رفتار گام هايي نيز برداشته است.
4. عمل(Action) : فردی که رفتار خود را به صورت آشکار تغيير داده است ولی کمتر از شش ماه از اين تغيير گذشته است، در مرحله عمل است.
5. نگهداري(Maintenance) : وقتی بيش از شش ماه از تغيير رفتار آشکار فرد گذشته باشد، او در اين مرحله قرار دارد.

پرسش از گروه مخاطب می تواند مشخص کند که او در کدام مرحله تغيير رفتاری قرار دارد. شناسايي مرحله تغيير در طراحی مداخله مناسب و به کار گيری فرايند تغيير نقش اساسی دارد.

بعد از مرحله نگهدارنده دو اتفاق محتمل است. يا فرد وارد مرحله پايان (Termination) می شود که در آن شخص اطمينان صددرصد به خود دارد و وسوسه ای برای بازگشت ندارد، و يا به دليل تفوق وسوسه بر خودکارآمدی، عود (Relapse) رخ می دهد. عود در مراحل نگهدارنده يا عمل ممکن است فرد را به هر يک از مراحل آمادگی، انديشه يا پيش انديشه بازگرداند تا برای تغيير مجدد از همان مرحله شروع کند.

قصد رفتار (Behavior Intention) با عبور فرد از مرحله پيش انديشه به سمت انديشه و آمادگی حاصل می شود و رفتار (Behavior)از مرحله عمل به بعد وجود خواهد داشت.

**موازنه تصميم گيری (Decision Balance)**

تصميم برای تغيير يک رفتار را می توان نتيجه غلبه منافع حاصل از رفتار جديد (Pros) بر نگرانی های حاصل از تغيير (Cons) است. در فردی که تغيير رفتار نمی دهد و در مرحله قبل از تغيير می ماند، نگرانی های تغيير بيشتر از فوايد حاصل از آن است يا فوايد تغيير نکردن در نظر او بيشتر از نگرانی های آن خواهد بود.

اندازه گيری اين سازه با تحليل پاسخ های گروه هدف به پرسش های مرتبط با رفتار مورد نظر که در دو بخش نگرانی ها و منافع طرح شده اند، انجام خواهد شد. اهميت هر آيتم با مقياس پنج قسمتی (اصلا مهم نيست، خيلی مهم نيست، تاحدودی مهم است، خيلی مهم است، بسيار مهم است) سنجيده می شود.

**خودکارآمدی (Self- Efficacy)**

مفهوم خودکارآمدی توسط باندورا مطرح شد که به معنای اطمينان فرد به خود برای انجام موفقيت آميز يک رفتار خاص است. خودکارآمدی با مشخص کردن اطمينان افراد برای اجتناب از رفتار يا موقعيت های مخاطره آميز بدون بازگشت به مرحله غيرسالم يا رفتار مخاطره آميز، مشخص می شود.

در الگوی فرانظريه ای، در هر مرحله تغيير بين ميزان خودکارآمدی و **وسوسه (Temptation)** ارتباط مشخصی وجود دارد به طوری که در مرحله پيش انديشه، وسوسه در بالاترين سطح خود و خودکارآمدی در سطح پايينی است. به تدريج و با حرکت فرد در طول مراحل، بر ميزان خودکارآمدی افزوده و از ميزان وسوسه کاسته می شود. به اين ترتيب، در مرحله نگهدارنده ميزان خودکارآمدی بالا و ميزان وسوسه پايين خواهد بود.

**فرايندهاي تغيير (Processes of Change)**

فعاليت های آشکار و نهانی که افراد انجام می دهند تا در طی مراحل تغيير پيش بروند، فرايندهای تغيير نام دارند. اين فرايندها راهنماهای سودمندی برای طراحی مداخلات رفتاری در مخاطبان به شمار می روند.

مهمترين فرايندهای تغيير عبارتند از:

1. **افزايش هوشياری (Consciousness Raising):** يافتن و يادگيری حقايق، عقايد و نکات جديدي که از تغيير رفتار در فرد حمايت می کنند. افزايش آگاهی درباره علل، عواقب و راه چاره های يک مشکل رفتاری خاص از طريق بسيج های رسانه ای (Media Campaign) ، بازخورد دادن برای وقايع، ارائه تفسير برای رخدادها، مواجهه و يا کتاب درمانی (Bibliotherapy) ، ايجاد شود.
2. **تسکين اغراق آميز (Dramatic Relief):** در ابتدا با افزايش احساسات منفي (مانند ترس، اضطراب، نگراني) مرتبط با انجام رفتار غيرسالم همراه است ولی به دنبال آن، و در صورتی که اقدام مناسب انجام شود، کاهش اين احساسات يا تسکين رخ می دهد. از بين تکنيک هايي که می تواند به طور احساسی افراد را به حرکت در طی مراحل تغيير وادار کرد می توان به ايفای نقش (Role Playing)، اندهگين کردن (Grieving)، شهادت فردی (Personal Testimony) و بسيج های رسانه ای اشاره کرد.
3. **ارزيابی مجدد خود (Self Reevaluation)**: ارزيابی شناختی و عاطفی فرد از خود که در نتيجه انجام رفتار غيرسالم يا و اجتناب از آن ايجاد می شود. شفاف سازی ارزش ها (Values Clarification)، توجه به الگوهای سالم و تصويرسازی (Imagery)، از تکنيک هايي است که در اين فرايند کاربرد دارد.
4. **ارزيابی مجدد محيط (Environmental Reevaluation):** ارزيابی شناختی و عاطفی فرد از تاثيرات منفي رفتار غيرسالم يا اثرات مثبت رفتار سالم بر محيط اجتماعی و فيزيکی پيرامون يک فرد، مشخصه اين فرايند است. با کمک مهارت آموزی برای همدلی کردن (Empathy)، مستندسازی (Documentary)، شهادت دادن ها و مداخلات خانوادگی (Family Interventions) می توان اين فرايند را ايجاد کرد.
5. **آزادسازی خود (Self Liberation):** باور فرد به اين که می تواند تغيير کند و تعهد به خود برای تغيير رفتار. راه حل های سال نو (New Year’s Resolution)، شهادت در جمع (Public Testimony) و انتخاب های جمعی به جای انتخاب های انفرادی، از جمله تکنيک های تقويت اين فرايند است.
6. **روابط کمک کننده (Helping Relationships):** جستجو و دريافت حمايت هاي اجتماعي براي تغيير رفتار در فرد که می تواند شامل مراقبت، اعتماد، آزادی و پذيرش باشد. ايجاد ارتباط نزديک، ائتلاف های درمانی (Therapeutic Alliances) ، تلفن های مشاور، و نظام های رفاقتی(Buddy Systems) می توانند منبع اين حمايت ها باشند.
7. **شرطی شدن متقابل (Counter Conditioning):** جايگزين کردن شناخت ها و رفتارهای جايگزين سالم برای رفتارهای غيرسالم. آرام سازی (Relaxation)، تفکر مثبت، حساسيت زدايي، جايگزين های نيکوتين، بيان جملات مثبت از جمله تکنيک های مرتبط با اين فرايند است.
8. **مديريت تقويت (Reinforcement Management):** ايجاد پيامدهايي برای حرکت در مسير تغيير که می تواند پاداش برای تغيير رفتار مثبت يا جريمه براي رفتارهای غير سالم باشد. به نظر می رسد اثر پاداش بيشتر از جريمه باشد. تعهد برای انجام، تقويت کننده های آشکار و پنهان، و انگيزه بخش ها (Incentives)، را می توان روش هايي برای افزايش احتمال انجام رفتار مثبت به حساب آورد.
9. **کنترل محرک ها (Stimulus Control):** حذف يادآورها يا راهنماهاي انجام رفتار غيرسالم و افزودن راهنماها يا يادآورهاي انجام رفتار سلامت، مشخصه اين فرايند است. اجتناب (Avoidance)، بازسازی محيط (Environment Reengineering)، و تشکيل گروه های خوديار (Self-help Groups)، می توانند از روش های پيشبرد فرد در مسير تغيير رفتار به شمار رود.
10. **آزادسازی اجتماعی (Social Liberation):** اين فرايند نياز به افزايش فرصت ها يا جايگزين های اجتماعی برای رفتار غيرسالم دارد تا جامعه به اين درک برسد که هنجارهاي اجتماعي در جهت حمايت از اين تغيير رفتار تغيير کرده است. جلب حمايت همه جانبه (Advocacy)، روش های توانمندسازی (Empowerment)، سياستگزاری مناسب برای افزايش فرصت های ارتقای سلامت، به ويژه برای افرادی که محروم هستند يا تحت ظلم قرار می گيرند. از نمونه های آشنای اين روش ها می توان به ايجاد محل های سيگار آزاد (Smoke Free Zones) ، ارائه سالاد در ناهارخوری های مدارس، و دسترسی آسان به کاندوم، اشاره کرد.

نکته مهم ديگر در استفاده از الگوی فرانظريه ای، تعيين فرايند مناسب برای هر مرحله از تغيير است. به عبارت ديگر، عبور از هر مرحله به مرحله بعد که پيشرفت به سوی تغيير رفتار مورد نظر است، نيازمند استفاده از تکنيک های مناسب هر فرايند خواهد بود. راهنمای زير می تواند برای اين مساله کاربرد داشته باشد:

1. **از مرحله پيش انديشه به انديشه:** فرايندهای افزايش آگاهی، تسکين اغراق آميز، ارزيابی مجدد محيط
2. **از مرحله انديشه به آمادگی:** ارزيابی مجدد خود
3. **از مرحله آمادگی به عمل:** آزادسازی خود
4. **از مرحله عمل به نگهدارنده:** شرطی سازی متقابل، روابط کمک کننده، مديريت تقويت، کنترل محرک

توجه: آزادسازی خود به علت ارتباط هسته ای که با تمام مراحل دارد، در اين دسته بندی ذکر نشده است.



**الگوی پرسيد- پروسيد (PRECEDE- PROCEED Model)**

اين الگو از جمله الگوهای برنامه ريزی برای تغيير رفتار است که با نام پرسيد (PRECEDE) در سال 1970 به وسيله گرين و همکارانش معرفي شد. در سال 1991 بخش پروسيد(PROCEED) به ان اضافه شد و در سال 1999 فرم تکميل شده و نهايي با نام الگوی پرسيد- پروسيد ارائه گرديد.

قسمت پرسيد الگو که بيشتر جنبه های آموزشی را مورد توجه قرار می دهد، از حروف ابتدای کلمات مشخصی تشکيل شده است:

**PRECEDE: P**redisposing, **R**einforcing, **E**nabling **C**onstructs in **E**ducational **D**iagnosis and **E**valuation

عبارت فوق را می توان چنين ترجمه کرد: "**سازه های مساعدکننده، تقويت کننده و قادرکننده در ارزشيابی و تشخيص آموزشی**

در قسمت پروسيد، به جنبه های ارتقای سلامت شامل سياست ها، قوانين و سازمان توجه شده است که از حروف ابتدای کلمات زير ساخته شده است:

**PROCEED: P**olicy, **R**egulatory, and **O**rganizational **C**onstructs in **E**ducational and **E**nvironmental **D**evelopment

اين ترجمه را می توان برای عبارت فوق پيشنهاد کرد: **سازه های سياستی، مقرراتی و سازمانی در توسعه محيطی و آموزشی**

**ويژگی های الگوی پرسيد- پروسيد**: اين ويژگی ها را می توان در محورهای زير خلاصه کرد:

1. در اين الگو به بررسي رابطه عليتي در تحليل يک مشکل سلامت توجه شده است.
2. چارچوب مشخص براي برنامه ريزي با هدف تغيير رفتار ارائه می کند.
3. در اين الگو نگاه فرايندی وجود دارد و در آن علاوه بر تعيين وضعيت ورودي(Input) برنامه، تغييرات و نتايج مورد نظر(Outcome) و نيز تعيين مسيري كه به بروز اين نتايج منجر می شود، مورد توجه قرار گرفته است.
4. در اين الگو، بهبود کيفيت زندگی گروه هدف (Improving Quality of Life) به عنوان پيامد نهايي مداخله برنامه ريزی شده، مورد توجه ويژه قرار گرفته است.

الگوی پرسيد پروسيد مانند ساير الگوهای برنامه ريزی دارای مراحل مشخصی است که در طی گسترش دانش و تجربه استفاده از آن تغييراتی کرده است. در سال 2005 گرين و کروتر آخرين نسخه بازبينی شده پرسيد- پروسيد را ارائه کردند که در آن چهار مرحله برنامه ريزی، يک مرحله اجرا و سه مرحله ارزشيابی به ترتيب زير وجود دارد:

1. ارزيابی اجتماعي (Social Assessment)
2. ارزيابی اپيدميولوژيک، رفتاری و محيطی(Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment)
3. ارزيابی آموزشی و اکولوژيک(Educational and Ecological Assessment)
4. ارزيابی مديريتی و سياستی (Administrative and Policy Assessment)
5. اجرای برنامه (Implementation)
6. ارزشيابی فرايند (Process Evaluation)
7. ارزشيابی اثر (Impact Evaluation)
8. ارزشيابی پيامد (Outcome Evaluation)

**مرحله اول: ارزيابی اجتماعي**

در اين مرحله، برنامه ريزان به شناخت جامعه می پردازند و اين کار را با استفاده از روش های مختلف و متعدد جمع آوری داده ها از قبيل مصاحبه با افراد کليدی، بحث گروهی متمرکز با اعضای جامعه هدف، مشاهده و پيمايش (Survey)، انجام می دهند. برای اطلاع از نيازها، خواسته ها و مشکلات و نيز ظرفيت ها، نقاط قوت و منابع گروه هدف، بايد به سراغ اعضای آن جامعه رفت. فرايندی که در طی آن گروه های اجتماعی به شناسايي مشکلات شايع، اهداف، منابع و نيز راهبردهای اجرايي برای رسيدن به اهداف برنامه، به برنامه ريزان کمک می کنند، سازماندهی اجتماعی (Community Organization) نام دارد. در مرحله ارزيابی اجتماعی مشکلاتی که باعث می شود تا کيفيت زندگی اعضای جامعه هدف کاهش يابد، شناسايي می شود تا در مراحل ديگر ارزيابی مورد تحليل قرار گيرد.

**مرحله دوم: ارزيابی اپيدميولوژيک، رفتاری و محيطی**

در اين مرحله، ابتدا با استفاده از مستندات و اطلاعات موجود، مشکلات سلامت جمعيت هدف شناسايي می شوند. با بررسی عوامل موثر در بروز مشکلات سلامت، اين عوامل در دو گروه محيطی و رفتاری قرار می گيرند. عوامل رفتاری، عواملی هستند که با ماهيت رفتاری خود می توانند سبب افزايش رخداد يا شدت يک مشکل سلامت در فرد شوند. عوامل محيطی، عوامل فيزيکی و اجتماعی هستند که خارج از وجود فرد بوده و معمولا فرد بر روی آنها کنترلی ندارد. اين عوامل می توانند بر روی رفتار و پيامدهای آن تاثير بگذارند. به عنوان مثال، وقتی مشکل سلامت يک جامعه تغذيه نامناسب در دانش آموزان تعيين شده باشد، عادات غذايي ناسالم از عوامل رفتاری به شمار می رود ولی در دسترس نبودن غذای سالم در مدرسه يک عامل محيطی است.

با شناسايي کليه عوامل رفتاری و محيطی و اولويت بندی آنها، عوامل رفتاری و محيطی مورد نظر برای مداخله انتخاب می شوند.

**مرحله سوم: ارزيابی آموزشی و اکولوژيک**

در اين مرحله، با تحليل عوامل رفتاری و محيطی انتخاب شده، سه دسته عوامل مرتبط با آنها شامل عوامل مساعدکننده (Predisposing Factors) ، قادرکننده (Enabling Factors) و تقويت کننده (Reinforcing Factors) تعيين می شوند تا به اين ترتيب جهت گيری نهايي مداخله مشخص شود.

**عوامل مساعد کننده:** مقدمات يک رفتار که منطق و انگيزه انجام آن رفتار را فراهم می کنند. عواملی مانند دانش، نگرش و باورهاي فرد، ترجيحات فردي، مهارت هاي موجود و باورهای خودکارآمدي (Self-efficacy Believes) ، از اين دسته عوامل به شمار می روند.

**عوامل قادرکننده:** مقدمات يک رفتار يا تغيير محيطی که اجازه می دهد تا انگيزه يک رفتار يا تغيير محيطی تحقق پيدا کند. اين عوامل می توانند به طور مستقيم روی رفتار تاثير بگذارند يا به طور غيرمستقيم و از طريق يک عامل محيطي رفتار را تحت تاثير قرار دهند. مهارت هاي جديد براي تغيير رفتار، برنامه ها، خدمات و منابع مورد نياز براي تحقق پيامدهاي رفتاري و محيطي از اين دسته عوامل هستند.

**عوامل تقويت کننده:** بعد از انجام يک رفتار حضور دارند و باعث انگيزه مداوم برای تداوم يا تکرار رفتار می شوند. حمايت های اجتماعي، تاثير افراد همسان، افراد مهم و مرجع و تقويت کننده های جايگزين از دسته اين عوامل محسوب می شوند.

**مرحله چهارم: ارزيابی مديريتی و سياستی**

توجه در اين مرحله از مدل معطوف به ابعاد اجرايي و سياستگزاري برنامه خواهد بود و شامل شناسايي منابع در اختيار، موانع و تسهيل کننده های سازمانی، سياست هايي که برای اجرای برنامه و تداوم آن ضروری است، خواهد بود. توجه به سياست ها (مجموعه اهداف و قوانيني که فعاليت هاي يک سازمان را هدايت مي کند)، مقررات (که برای اجراي سياست ها و قوانين تدوين می شوند) و سازماندهی (به معنای گردآوری منابع مورد نياز و هماهنگي لازم برای اجرای برنامه)، اساس اقدامات اين مرحله را تشکيل می دهد.

ممکن است در زمان طراحی برنامه، مستندات مناسبی برای مرحله يا مراحلی از ارزيابی در اختيار برنامه ريزان قرار گرفته باشد. در اين صورت می توان از آن مرحله عبور کرد و وارد مرحله بعدی شد. به عنوان مثال، وجود فهرستی از مشکلات سلامت منطقه که در طی پژوهش های قبلی به دست آمده است و تعيين اولويت ها می تواند ما را از انجام ارزيابی های اجتماعی و اپيدميولوژيک بی نياز سازد.

**مرحله پنجم: اجرای برنامه**

به اين ترتيب، براساس نتايج ارزيابی های مرحله ای، جزييات برنامه مداخله مشخص می شود و برنامه آماده اجرا خواهد شد. با اجرای برنامه مطابق با پروتوکل تدوين شده، برنامه ارتقای سلامت عملياتی می شود.

**مرحله ششم تا هشتم: ارزشيابی فرايند، اثر و پيامد**

در ارزشيابی فرايند، هدف اطمينان از اجرای برنامه براساس طراحی انجام شده و پروتوکل تدوين شده است. در ارزشيابی اثر، تغييرات ايجاد شده در عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقويت کننده و نيز در عوامل رفتاری و محيطی بررسی می شود. در ارزشيابی پيامد، تغييرات مورد انتظار در شاخص های سلامت و کيفيت زندگی اندازه گيری و تحليل می شوند**.** طراحی و اجرای پژوهش های مناسب برای انجام اين ارزشيابی ها ضروری است.

منابع و مآخذ

1-احدیان، محمد و محرم آقازاده، ‹‹راهنمای روشهای نوین تدریس   آموزش و کارورزی››، تهران:  آییژ ، 1382.

2-بیان، حسام الدین و محمد شکیبا مقدم،‹‹ مدیریت شیوه‌های نو در آموزش››، تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی،1372.

3-پورنژاد، گلنوش، ‹‹زمامداری ساسانیان›› رشد مدرس، شماره 3، سال نهم آذرماه، 1369.

4-جویس،بروس ،مارشا ویل وبورلی شاورز<<الگو های تدریس>>مترجم:محمد رضا بهرنگی ،تهران:انتشارات مترجم،1372.

4-حمصی، فردوس و شهین دخت عالی،‹‹ تکنولوژی آموزشی››، اصفهان: انتشارات امیرکبیر، 1371.

5-سازمان آموزش و پرورش استان مرکزی: تجزیه‌های سبز، اراک: کتیبه، نوبت اول، 1382.

6-سلطانزاده، حسین، ‹‹ تاریخ مدارس ایران›› تهران: انتشارات نوبهار، 1364.

7-سوله ماری ژان، فلوهرتزکلیدشمن، ‹‹سرزمین جاوید›› ترجمه: ذبیح‌ا… منصوری، تهران: زرین، جلد اول، 1375.

8-شبلی، احمد، ‹‹ تاریخ آموزش پرورش در اسلام›› ترجمه: محمدحسین ساکت، تهران: انتشارات دفتر نشر فرهنگ اسلامی، 1361.

9-شریعتمداری، علی، ‹‹جامعه وتعلیم وتربیت›› تهران: انتشارات امیر کبیر، 1367.

10-صدیق، عیسی، ‹‹تاریخ فرهنگ ایران ›› تهران: انتشارات دانشگاه تهران، 1354.

11-کومز، آرتور رایت، ‹‹آموزش تخصصی مدرسان››، ترجمه: جواهر فروش زاده، تهران: رشد، 1370.

12-گانیه، آر. ام، لسلی‌جی،   والتردبلیو. ویگر، ‹‹اصول طراحی آموزشی››، ترجمه: خدیجه علی آبادی، تهران: نشر دانا، 1374.

13-گانیه، رابرت میلز، ‹‹ شرایط یادگیری و نظریه آموزشی›› ترجمه: جعفر نجفی زند، تهران: رشد، 1373.

14-هاشمی مقدم، سید شمس‌الدین، ‹‹ جزوه درسی مکاتب فلسفس و سیدآراء تربیتی›› دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، 1376.

بخش آخر از سایت فرهنگی و آموزشی قاین

15-بختیاری ،مهین –"انواع روش های تدریس "-1391

[انواع روش های تدریس](http://angizeh.persianblog.ir/post/8/) نویسنده: مهین بختیاری - سه‌شنبه ۳٠ آبان ،۱

1. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice, 2008. 4th Edition. Jossey-Bass, San Francisco.
2. McKenzi JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs, a primer, 2005. 4th Edition. Pearson Education, San Franciso.

Designing Instruction for Technology-Enhanced Learning-

Brown, J. (2010). Where have all the computers gone? *Technology Review*,

104(1), 86-87.

Bork, A. (2000). Learning technology. *EDUCAUSE Review*, 35(1), 74-81.

Burderi, R. (2001). Computing goes everywhere. *Technology Review*, 104(1),

53-59.

Edmonds, G. S., Branch, R. C. and Mukherjee, P. (1994). A conceptual

framework for comparing instructional design models. *Educational*

*Research and Technology*, 42(2), 55-72.

Fuchs, I. H. (2000). Multimedia is coming…Get ready! *EDUCAUSE Review*,

35(3), 58-59.

Hawley, M. (2001). Khmer kids link to the future. *Technology Review*,

104(1), 28-29.

Phillips, P. P. (2007). The ROI fieldbook: Strategies for implementing ROI in HR and training. Improving human performance series. Amsterdam: Butterworth-Heinemann

Instructional Design for Technology-Based Systems

Gary R. Morrison (Old Dominion University, USA) and Gary J. Anglin (University of Kentucky, USA)

What is the best Instructional Design textbook you know?

بخش دوم : مشاوره

فصل اول –کلیات و اصول مشاوره

**کلیات مشاوره**

* **وضعيت مشاوره**

در مشاوره ، دو فرد كه هيچگونه ارتباطي با يكديگر ندارد .براي حل يك بحران يك مشكل و يا تصميم گيري درمورد مسائل و يا رفتارهاي بسيار شخصي و خصوصي با هم ملاقات مي كنند .عدم وابستگي عاطفي مشاور در ارزيابي مراجعه كننده حائز اهميت بسزايي است .هرچند براي افرادي كه با اهميت مشاوره نا آشنا هستند اين موقعيت از ابتدا گهگاه غير دوستانه تلقي و به بي علاقگي سوءتعبير مي شود اما يك حركت پيوسته بين عدم وابستگي و نزديكي وجود دارد كه مشاور مي بايد در آن ميان توازن درستي را برقرار سازد. اين امر در برانگيختن احساس خوب و توانمندي و مهارتهاي حل مشكل در مراجعه كننده اهميت دارد .

فرد ممكن است در مورد مشاوره و آنچه شامل آن مي گردد هيچگونه اطلاعاتي نداشته باشد .گفتگو با اشخاص بيگانه در مورد مسائل شخصي گاه ممكن است هراس انگيز ، تهديد كننده و يا بر خلاف عرف و فرهنگ باشد .

بنابر اين مشاور بايد با بررسي ميزان دانسته هاي مراجع در مورد مشاوره و انتظارات وي از آن كار خود را آغاز نمايد .در صورت لزوم مشاور بايد جريان مشاوره را به اختصار توضيح داده و با استفاده ار مثال در مورد نگراني هاي مراجع بحث كرده ، سپس به برداشت فرد از مشكل خود بپردازد .اين برداشتهاي شخصي گاه يك جانبه وغير دقيق است .اما به هر حال مراجعه كننده بايد از اين امر كه مشاور به مشكل او توجه كامل دارد احساس رضايت نمايد .اين مسئله اساس اعتماد را پي ريزي خواهد نمود .

درك اين نكته بسيار مهم است كه هدف از مشاوره كمك به افراد بوده و به دليل ماهيت متفاوت آنها ، يك روش عمومي و يا از پيش تعيين شده در مورد مشاوره نمي تواند وجود داشته باشد .اما نياز به پيشگيري و پايبندي به ايجاد حمايت در انواع بافتها در تمام فرهنگها وجود دارد برخي جنبه هاي اساسي اين كاركرد ها ، سنگ بناي موثر ترين برنا مه هاي مشاوره اي را تشكيل مي دهند .

* **انواع مشاوره**

اساساً روش واحدي براي مشاوره كه مناسب براي همه موارد باشد وجود ندارد .نگرشهاي مشاوره اي از كشوري به كشور ديگر تفاوت داد و حتي در گروههاي مختلف اجتماعي نيز متفاوت مي باشد .انتخاب شيوه مشاوره به عوامل چندي از جمله دسترسي به امكانات محلي بستگي دارد .انتخاب انواع مشاوره بطور كلي بر اساس موارد زيرمي باشد :

1. نياز و شرايط فرد مراجعه كننده از جمله وضعيت روانشناختي وي
2. نوع مشكلات فرد
3. سطح ناراحتي و مشكل مراجع به هنگام شروع مشاوره

انواع مختلف مشاوره مانند مشاوره در بحران ، مشاوره تصمیم گیری و... وجود دارند

بر اساس نياز فرد ، گاه لازم است كه فرد به مشاور ، روان درمانگر و يا روانپزشك با تجربه تر ارجاع داده شود .مشاوران بايستي درمورد چگونگي تشخيص نياز به اينگونه ارجاع ها ، آموزش لازم راديده باشند در هر مرحله از مشاوره نيز بمنظور استفاده از خدمات جايگزين و يا تكميلي (مانند خدمات اجتماعي و گروههاي خودياري براي ايجاد حمايت هاي عاطفي ) ارجاع لازم انجام مي گردد.

* **ويژگيهاي مشاور ه**

تمامي انواع مشاوره داراي ويژگيهاي مشتركي هستند .

**زمان :**

از آغاز جلسه مشاوره برخورداري از زمان كافي براي مراجع مساله مهمي است .فرآيند مشاور ه نمي تواند با شتاب صورت پذيرد زیرا واكنشهاي روانشناختي پيچيده بوده و به سرعت دست يافتني نيستند .از طرفي زمان براي تكوين يك ارتباط ياري رساننده نيز ضرورت دارد .بعضي افراد گاهي به دوره هاي متعدد مشاوره نياز دارند تا به ضرورت دگرگوني در رفتارها و روش زندگي خود پي ببرند

**پذيرش :**

در افراد مبتلا به عفونت (HIV) يا ايدز همواره بايد اين احساس تقويت گردد كه بدون توجه به روش زندگي ، نوع روابط جنسي و يا زمينه اخلاقي ، اجتماعي اقتصادي فرد بعنوان يك مراجع توسط مشاور مورد پذيرش كامل قرار گيرد .مشاوران نبايد نسبت به مراجعين قضاوتگر باشند .

**قابليت دسترسي :**

فردي كه نياز به مشاوره دارد بايد احساس كند هر زمان كه بخواهد مي تواند يك ملاقات يا تماس تلفني با مشاور داشته با شد .اين موضوع مستلزم حضور منظم مشاور مي باشد. اين امر همچنين مي تواند با ياري دهندگان ديگري كه حمايتها ي مشاوره اي اضافي را فراهم مي آورند انجام پذيرد . بعلاوه محلي كه مشاوره در آن انجام مي گيرد نيز بايد براحتي قابل دسترسي باشد.

**تداوم و دقت :**

هر اطلاعاتي كه از طريق مشاوره فراهم مي آيد مانند اطلاعات راجع به عفونت (HIV) ، خطر عفونت و يا كاهش خطرات بايد از نظر محتوا ثابت بوده در طول زمان تداوم داشته باشد . از اين رو مشاور بايد درك روشني د رمورد عوامل اين عفونت و بيماري داشته باشد ، به اطلاعات روز در مورد بيماري و درمان آن دسترسي داشته باشد و اطلاعات جديد را نيز مرور نمايد.

**رازداري :**

اعتماد از مهمترين عوامل موثر در ارتباط بين مراجع و مشاور است ، موجب پيشرفت رابطه شده و احتمال آن را كه فرد يا گروه بر اساس اطلاعات داده شده عمل كند افزايش مي دهد . با توجه به احتمال روياروئي و برخورد تبعيض آميز ، محروميت از حقوق اجتماعي و يا اتهامات اجتماعي در مورد فرد مبتلا به عفونت (HIV) و ياايدز ، حفظ اسرار بيمار بسيار مهم بوده و بايد تضمين گردد.رازداري ، پرهيز از گفتگو در باره موضو عات طر ح شده با شخص ديگر و يا ارجاع با ستثناء روابط حرفه اي ، تا هنگام پذيرش مراجع و اخذ رضايتي از وي لازم است .حفظ اسرار بخصوص در موارد مشاوره گروهي اهميت داشته و لازم است رضايت كامل شركت كنندگان در مشاوره گروهي قبل از شركت در جلسه اخذ گردد.

* **فعاليتهاي يك جلسه مشاوره**

جلسات مشاوره معمولاً بين 15 دقيقه تا يكساعت به طول مي انجامد . برخي از فعاليتهائي كه در جلسه مشاوره اهميت دارد عبارتند از :

**روشن ساختن مسائل :**

در يك جلسه مشاوره ، مشاور بايد مهارتهاي گوش دادن و سؤال كردن خود را براي شناخت مشكلي كه براي مراجعه كننده حائز اهميت زياد است بكار بندد سپس اين مشكل بايد به روشني براي فرد بيان گردد .ادامه جلسه به سمت مشخص کردن مشكل پيش مي رود براي نمونه در جلسه مشاوره گاهي مشكل خاص ، چگونگي اطلاع وضع ويژه فرد به همسر وي مي باشد .

**تهيه اطلاعات از منابع جانشين :**

هنگامي كه مشكل مشخص گردد ، گفتگو در جهت مشخص كردن روشهاي مختلف و حل آن ادامه مي يابد ، نقش مشاور در فراهم نمودن اطلاعات در باره منابع كمكي است.مشاوران با تجربه بايد هميشه به راه حلهاي مختلف جهت حل مشكلات رايج مجهز باشند دانستن اين نوع امكانات براي مشاور مانند دانستن آناتومي براي جراح است .

**انتخاب امكانات واقعي :**

مشاور بايد براي انتخاب راههاي ممكن ديگر براي روشن ساختن مشكل به ياري فرد برخيزداين امكانات بايد در جهت تامين حمايت و رضايت شخصي فرد باشد . اين مهم گاهي با تشويق مراجع به پيوستن به گروهي از افراد كه تجارب مشابهي داشته اند ميسر مي گردد، بخصوص در مواردي كه اين افراد مايل به حمايت ديگران مي باشند ، از جمله گروههاي افراد هم جنس گرا ، استفاده كنندگان از مواد مخدر و يا افراد غير هم جنس گرا .

**بر انگيختن انگيزه و تصميم گيري :**

زماني كه افراداحساس مي كنند بر زندگي و تصميمات خود تسلط دارند و هنگامي كه مهارتهاي زندگي ، نگرش به خود و اعتماد افزايش مي يابد ، انگيزه آنها براي ايجاد تغييرات لازم قوي تر مي گردد .بنابراين در طي هر جلسه بايد تشويقهاي موثر براي برداشتن قدم هاي لازم انجام گيرد بعلاوه يك ارزيابي واقع بينانه تؤام با همدلي درباره علل موفقيت يا عدم موفقيت مورد انتظار انجام پذيرد. حفظ موقعيت فرد در اجتماع نيز خود مي تواند منبع انگيزه باشد .توانائي توضيح اين كه چه كارهائي را بايد اجرا كرد يا تا كنون براي اجراي آنها كوشش شده است مي تواند منبعي براي انگيزه او باشد .

* **مراحل رابطه در مشاوره**

رابطه بين يك مشاور و مراجع گاه محدود به جلسات معدودي مي گردد و گاه نيز براي سالها در طي تماسهاي منظم به طول مي انجامد .رابطه مشاور مي تواند به سه مرحله آغازين ، مياني ، و پاياني تقسيم گردد.

**مرحله آغازين**

مشاور با دريافتن آنچه فرد در مورد مشا وره مي داند ويا انتظار دارد ، كار خود را آغاز مي كند . در صورت لزوم مشاور بايد فر آيند مشاوره را به اختصار توضيح دهد و به ذكر مثالهايي بپردازد و در باره نگراني فرد از مشاوره به گفتگو بپردازد. در ابتدا مشاور ممكن است با مقاوت مراجع روبرو شود كه اين امر ناشي از عدم اعتماد اوليه است .

يكي از راههاي ايجاد اعتماد آن است كه به مراجع اجازه داده شود مطالب خود را به روش خود بازگو نمايد .گاه ممكن است مشاور اين مطالب را بي اساس و بي ربط بيابد اما مي بايد اجازه دهد تا ادامه يابد و ضمن توجه به نكات مهم ، به نكات كم اهميت نيز توجه داشته باشد . اينكه مشاور به مراجع فرصت مي دهد كه مطالب خود را آزادانه بازگونمايد نشانه احترام به فرد بوده و مشاور را قادر مي سازد كه احساسات مراجع را مشاهده نمايد اين فرصت همچنين بيانگر توانايي فرد براي تبادل و انتقال افكار و احساسات مي باشد .

پس از بازگو شدن مطالب مراجع به زبان خود ، مشاور به تهيه شرح حال و تاريخچه فرد مي پردازد .اين عمل به فرد مراجع كمك مي كند تا مطالب خود را با نظم بيشتري بيان نموده و به ايجاد يك رابطه ياري رساننده كمك نمايد . اين تاريخچه شامل اطلاعات شخصي پايه در مورد اعتقادات ، سطح آگاهي و نگراني ها ي مراجع درباره عفونت (HIV) خواهد بود .

در هنگام گرفتن تاريخچه ،مشاور بايستي به چگونگي صحبت كردن فرد(رك،خجالتي ، مردد) و رابطه اش با مشاور (عصباني بودن ، نگاه كردن ) و برقراري آسان و يا استوار رابطه توجه نمايد . مشاور همچنين بايد توجه كند كه آيا فرد در كل مطالب خود به موضو عهاي اصلي توجه دارد و آيا داستان او از پيوستگي و يكپارچگي برخوردار است ؟

با يك مراجعه كننده مضطرب ، مشاور مي تواند جلسه را با سؤالهاي واقعي آغاز كند و يا گرفتن تاريخچه را تا برقراري رابطه اعتماد آميز به تاخير اندازد .با افرادي كه راحت به نظر مي رسند و براي گفتگو آماده اند گرفتن تاريخچه مي تواند با دريافتن احساسات فرد در باره مشكل آغاز گردد.

با اطلاعات بدست آمده در مرحله آغازين ، مشاورمي تواند يك طرح عملي را با همياري مراجع تهيه نمايد.طرح عملي مشاوره در ارتباط با عفونت (HIV) ضروري بوده و با لزوم توجه به طبيعت مزمن پيشرفت و احتمال يك مرگ زودرس هدايت مي گردد .طرح عملي با توجه به اين ملاحظات و درارتباط با اقداماتي كه فرد بايد انجام دهد و يا آنچه از نظامهاي حمايتي انتظار مي رود تهيه مي شود .چنين طرح عملي تابعي از طبيعت مشكل خواهد بود .

در طي تهيه طرح عمل موارد زير بايد مورد توجه قرارگيرد :

* يافتن اينكه مراجع تمايل دارد چگونه مشكل حل شود .
* تعيين اين كه از نظر فرد مراجع براي حل مشكل چه بايدكرد
* روشن ساختن آنچه فرد از مشاوره انتظار دارد .
* توصيف آنچه مشاور مي تواند بعنوان كمك انجام دهد .اميد بخشي واقع بينانه براي مساعدت و گفتگو در مورد عواملي كه كمك را محدود مي سازد .
* ايجاد برنامه عمل دراز مدت و كوتاه مدت
* و بيان تعهد مشاور به ادامه كار با مراجع

**مرحله مياني**

هنگامي كه مراجع مطمئن شد كه مشاور قابل اعتماد است و اطلاعات و راهنمايي و حمايت را براي فرد فراهم مي كند مشاوره وارد مرحله مياني گشته است . در اين مرحله طرح عمليات به اجرا گذاشته مي شود در اغلب موارد دشوارترين كار تماس با خانواده و يا توضيح اين موضوع به آنها ست كه عفونت چگونه به وقوع پيوسته است .

در مرحله مياني مشاور مي بايد :

* از تداوم بحث و بيان احساسات حمايت كند
* مراجع را به منابع رسمي و غير رسمي قابل دسترسي ارجاع دهد
* پيشرفت را دنبال و تغييرات لازم را در طرح اوليه ايجاد نمايد
* ادامه تغييرات رفتاري را ترغيب كند
* و شخص را در جهت حركت بسمت تسلط بر شرايط و پذيرش مشكلات ياري رساند.

**مرحله پاياني**

پس از آن كه فرد تمايل به شركت در تدوين و هدايت طرح را از خود نشان داد مشاوره وارد مرحله پاياني مي گردد. براي فردي كه رابطه نزديكي با مشاور خود داشته اين مرحله بسيار دشوار است .از نظر مراجع مشاور شايد تنها كسي است كه واقعاً او و موقعيتش را درك مي كند عليرغم نياز به بي طرفي گاه مشاور نيز ممكن است ميزاني از وابستگي به فرد را تجربه نمايد .انديشيدن به پايان رابطه مشاوره گاه ممكن است براي هردوطرف ناراحت كننده باشد .

به همين دليل پايان اين رابطه بايد با دقت طرح ريزي گردد . فرد مراجع كه غالباًمتحمل رنج از دست دادن چيزهاي زيادي شده است با وجود كاركرد خوب ممكن است احساس كند كه بدون كمك مشاور قادر به ادامه كار نيست . مشاور مي تواند فواصل بين ملاقاتها را افزايش داده تا به مراجع با برخورداري از اين احساس كه مشاور هنوز در دسترس است كمك نمايد تا به تدريج به استقلال بيشتري دست پيدا كند .

مشاور تنها در صورتي كه مراجع شرايط زير را داشته با شد مي تواند رابطه مشاوره را قطع نمايد :

1. توان سازگاري و برنامه ريزي كافي براي عملكرد روزانه
2. وجود يك نظام حمايتي (خانواده ، دوستان و نزديكان ، گروههاي حمايتي )

سر انجام در مرحله پاياني مشاور بايد :

* فرد را آماده تغيير در روابط مشاوره نمايد .
* تداوم تغييرات رفتاري راحمايت كند
* به حل مشكلات ناشي از وضعيت مراجع در محيط خانواده يا محل كار كمك نمايد .
* در صورتي كه بيماري ايدز در فرد نمودا ر گرديد بازنگري طرحها براي مديريت بيماري و مراقبت از فرد بيمار را انجام دهد .
* اطمينان حاصل نمايد كه كليه منابع مورد نياز و قابل دسترسي شناسايي شده ومورد استفاده قرار گرفته اند .
* **نکات مهم در مشاوره**
* **تشكيل يك رابطه ياري بخش**

مشاوران غالباً در پي روشهايي هستند كه آنها را در رابطه با مراجعه كنندگان به صورتي موثر ياري دهند هر چند استفاده از روشهاي خاص ممكن است مفيد باشد اما تشكيل يك را بطه ياري بخش از آن مهم تر است بدين جهت نگرشها و ويژگيهاي مشاور بسيار اهميت دارد .

مهارتهاي مشاوره راتنها كساني كه صادقانه به ديگران علاقه وتوجه دارند مي توانندبياموزند و بطور موثر بكار گيرند .در صورتيكه مشاور قادر به همدلي با احساسات و موقعيت فرد مراجعه كننده نباشد مشاوره با شكست مواجه مي گردد . چرا كه فرد نيازمند در پي ياري است و مشاوربايستي آماده فراهم كردن اين ياري باشد .مشاور بايدضمن اين رابطه براي كمك به مراجعه كننده وي را از امكانات مختلفي كه در دسترس مي باشند نيز مطلع سازد .

همچنين رابطه ياري بخش و رشد شيوه هاي مشاوره. ،پايبندي مشاور رانيز مي طلبد. مشاوره در باره عفونت HIV بگونه اي خاص دشوار و فشرده است .مشاور مي بايد با مسئله فنا پذيري وازدست دادن روبرو شود و رفتارهايي را كه تاييد نمي كند بپذيرد .بدون تعهد ، يك مشاور قادر به فراهم كردن حمايت مورد لزوم نخواهد بود .

* **ارزشهاي مشاور**

مشاوره هم علم است و هم هنر :

((هنر ))از آن رو كه شخصيت و مهارتهاي مشاور بهم مي آميزدو ((علم )) به لحاظ اصول زير بنايي آن .علاوه بر دانش فني و مهارتهاي مشاوره ،مشاور مي بايد كه آگاه به خود ،مسلط به خويشتن و خويشتندار باشد .مشاور بايد قادر به تشخيص تاثير فرهنگ و سنن بر توانايي براي گفتگو در مورد موضوعات خاص يا پذيرش رفتار خاص باشند .مشاور لزوماً به تمام مراجعه كنندگان خود نبايد علاقه مند باشد ،اما مي بايد كاملاًمراقب تاثير منفي نگرشها ،تعصبات و تضادهاي خود بر رابطه مشاوره باشد .اگر احتمال بروز يك تعارض جدي وجود دارد ، در صورت امكان بايستي فرد به مشاور ديگري ارجاع گردد.مشاور به منظور ارزيابي نيازها و انگيزه هاي خود مي تواند سؤالهاي زير را از خود بپرسد:

* احساس شخصي من در مورد افرادي كه رفتارشان آنها رادر معرض عفونت قرارداده است چيست ؟در باره افرادي كه به عفونت HIV و يا ايدز مبتلا شده اند چطور ؟ آيا ترسيده ام ،از آنها انتقاد مي كنم و ياتحت تاثير شان قراردارم ...؟
* آيا افرادي و يا رفتارهايي وجود دارند كه چنان غير قابل قبول بدانم كه در نتيجه ، قادر به ارائه مشاوره بي طرفانه نباشم ؟
* آيا من سعي مي كنم ارزشهاي خود را به مراجعه كننده تحميل كنم ؟ به چه ميزان در پي تاثير گذاري و يا مهار آنها هستيم ؟
* تا چه ميزان به مراجعه كننده اجازه مي دهم هرچه مي خواهدانجام دهد و خود مسئوليتهاي مراقبت از خود را به عهده بگيرد ؟

مشاور براي حمايت عاطفي افراد و كمك به آنها براي تغيير رفتارشان مي بايد به ارزشها و نگرشهاي شخصي توجه كند و مشاوره را بصورت مستقيم و متمركز هدايت نمايد .مشاوران بايد مراجعه كنندگان رابه چشم انسانهايي درگير مشكلات نگريسته و بدون قضاوت ويامحكوم ساختن رفتار گذشته ، به آنان احترام گذارند.

* **مشاوره و ارتباط**

ارتباط ابزار اصلي مشاور است .مشاور با سؤالهاي مستقيم و بسيار باز و صريح خود در مورد فعاليتها و رفتارهاي افراد به دنياي خصوصي آنان وارد مي شود .بسياري گفتگو در مورد موضوعها راناخوشايند مي يابند بعنوان مثال : مشاوران تنظيم خانواده شايد گفتگو در باره روشهاي جلوگيري را آسان و گفتگو در مورد رفتارهاي جنسي رادشوار بدانند .با وجود اين حساسيت ، گفتگو درمورد اين مسائل بايد صريح و بي پرده باشد تا فرد وضعيت خود را دقيقاً درك كرده و تغيير درروشهاي زندگي و رفتار خود را مد نظر قرار دهد .

مشاور بايد از زبان قابل فهم براي مراجع استفاده نمايد تا ارتباطي كاملاً روشن برقرار شود . بر خلاف گفتگوها ي دوستانه ، اطلاعاتي كه درمشاوره مورد بحث قرار مي گيرد ، بايد داراي شرايط زير باشد :

* مشخص
* متمركز
* هدفدار

اطلاعات خاص و ويژه ،مشاور راجهت ارزيابي خطر يا تشخيص يك عمل وتمركز در خصوص واكنشهاي عاطفي و يا احتياجات آنان درجهت مراقبت بهداشتي و حمايت اجتماعي توانا مي سازد .

* **توجه به فرهنگ**

به منظور ارائه خدمات مشاوره اي موثر درك وپذيرش معيارهاي مختلف ،براي مشاوران ضروري است .

فرهنگ را مي توان عبارت از نگرشها ، ارزشها و باورهايي دانست كه بر ادراك خود ،ابراز خود و ادراك ديگران تاثير مي گذارد .مشاوران و مراجعان آنها ، اغلب از چگونگي تاثير فرهنگ بر مراجعان و همچنين از چگونگي تاثير فرهنگ بر تحليل و تفسير آنان از رفتار همديگر و پيامد مشاوره آگاهي ندارند .براي اجتناب از سوء تفاهمات فرهنگي ، بهتر است كه اين موضوعات با مراجع مورد بحث و بررسي قرارگيرد .

مشاوران بايد اطلاعات مراجعان رادر مورد ايدز مشخص كنند .بيشتر اطلاعات مربوط به ايدز ، براي فرهنگ مراجعان مناسب نيست ،لذا ارزيابي اطلاعات در دسترس در جامعه درمورد ايدز و اينكه آيا اين اطلاعات به شيوه قابل فهم و متناسب با فرهنگ ارائه مي شود ، چگونگي ارائه اطلاعات و درك و تفسير توسط مراجعان و ديگر افراد ، حائز اهميت مي باشد .

بسياري از مردم ، هنوز ايدز را يك بيماري هم جنس خواهي مي دانند و معتقدند صرفاً با ماندن در جامعه خود و اجتناب از پذيرش فرهنگ بيگانه ، مي توانند از ابتلا، به ايدز مصون بمانند وفقدان اطلاعات ، درمورد اينكه چگونه ايدز يك جامعه به خصوص را مبتلا كرده يا وجود تعداد محدود افرادمبتلا به ايدز در يك گروه خاص ، موجب انكار بيشتر بيماري ايدز به عنوان يك مشكل شايع مي گردد.

* معيار تعيين تفاوتهاي فرهنگي

مهم است كه مشاور رفتارهاي مخاطره آميز و عقايد مربوط به همجنس گرايي ، سوء مصرف دارو و داشتن روابط جنسي متعدد از ديدگاه فرهنگي مراجعان را بداند .اين باور ها و چگونگي (كيفيت ) مطرح شدن آنها ، بر ادارك از خود ،اعتماد به نفس ، تمايل مراجع به آشكار شدن و تشخيص ايدز و رفتارهاي بالقوه مخاطره آميز اثر مي گذارد و بعلاوه بر احساس مراجع و اينكه تا چه اندازه سزاوار كمك خانواده ، دوستان و ارائه دهندگان خدمات است ، موثر مي باشد .

باتوجه به اين كه ايدز تهديد كننده زندگی است ، ضروري است كه مشاور از عقايد فرهنگي افراد در مورد بيماري ، مرگ و درمان طبي آگاهي داشته باشد .

اغلب بررسي اين موضوعات به بحث پيرامون باورهاي معنوي منجر مي شود كه خود نقش اساسي در چگونگي برخورد مراجع با ايدز و تصميم وي در مورد خودكشي ويا تحمل زندگي مصنوعي دارد .حمايت اجتماعي و عاطفي براي سلامت افراد كه مبتلا به (HIV) مي باشند بسيار موثر است ، اما اين حمايت از يك فرهنگ به فرهنگ ديگر مي تواند متفاوت باشد .

بررسي نقشهاي خانوادگي و اجتماعي يك فرهنگ و اينكه آيا نيازهاي فردي مقدم بر نيازهاي گروهي هستند ياخير بيانگر آن است كه چه نوع حمايتي قابل دستيابي است و چه وقت و چگونه واز كجا مي توان اين حمايتها رابه دست آورد .مثلاً بعضي فرهنگها به مشاوره به عنوان يك شيوه حمايتي براي كاهش بار مسئوليت دوستان وخانواده نگاه مي كنند ، در حالي كه فرهنگهاي ديگر مشاوره را برنامه ريزي و قرار ملاقاتهايي مي دانند كه در آن بافرد غريبه اي در مورد موضوعهاي خيلي خصوصي مانند رفتار عجيب يا احمقانه ، صحبت مي شود .

دانستن اينكه افراد فرهنگهاي مختلف بطور كلامي و غير كلامي چگونه خود رابيان مي كنند ، براي ارتقاء ارتباط مشاور بامراجعانش ضروري است .بعضي تمايل دارند كه مستقيماً از طريق بحث آزاد با مشكلاتشان مواجه شوند افراد ساير فرهنگها ، ممكن است اين شيوه راگستاخانه ، خصمانه يا بي ادبانه بدانند و يك روش غير مستقيم را ترجيح بدهند .بعلاوه آنها ممكن است انتظارات متفاوتي در مورد ارتباطات غير كلامي مثل تماس چشمي و زبان تن داشته باشند.

مثلاًلمس كردن درست است و اگر چنين است به چه نحو و با چه محتوايي ؟ در نهايت مشاور نياز دارد كه ميزان فرهنگ پذيري مراجع راارزيابي كند و تعيين كند كه مراجع به عنوان يك فرد چگونه با جريان اصلي جامعه هماهنگ شده است ؟

اين ارزيابي در سطح عيني شامل ارزيابي توانايي مراجع درداشتن يك شغل خارج از جامعه اش مي باشد . درسطح ذهني ، اين ارزيابي از طريق تعيين احساس راحتي مراجع در مورد بيرون از جامعه بودن ، متفاوت بودن يا با يك فرهنگ خاص شناخته شدن ، صورت مي گيرد .

* **مهارتهاي مشاوره**

ازآنجا كه مشاوره تقريباً هميشه درارتباط بامسائل حساس بوده و از پند و اندرز متمايز مي باشد،مشاورمي بايد مهارتهاي زير را در خود بهبود بخشد :

* **گوش دادن فعالانه :** مشاور بايد باكلام ، بيان و حركات خود نشان دهد كه مراجع خود را درك مي كند .
* **تشويق :** در برخي از فرهنگها به افراد آموزش داده مي شود كه احساسات خود را هر جند عميق باشد آزادنه بيان نكنند ومشاوربايد ابزار احساسات را تشويق نمايد .زيرا افراد تنها زماني مي توانند تغييرات سازنده را آغاز نمايندكه به احساساتشان بپردازد.
* **شناسايي :** مشاور بايد در شناسايي و تفكيك عواطف مختلفي كه فرد تجربه مي كند مهارت داشته باشد
* **تصديق :** مشاور بايد عواطفي مانند خشم ، غم و ترس را مستقيماً و بدون هيجان تصديق نمايد ((احساسات و عواطف )) شما بسيار نيرومند است و من آنها را درك مي كنم .
* **طرح سؤالهاي موثر :** مشاوران با طرح پرسش به فرد كمك مي كنند تا احساسات و مشكلاتش راابزار نمايد .اين سؤالها مي بايدباز بوده و هدف آن كمك به ايجادگفتگو باشد، نه اين كه به پاسخ ((آري))يا ((خير ))منتهي گردد. همچنين براي مراجع امكان پاسخ هاي متعدد به آن وجود داشته باشد و تنها يك پاسخ نداشته باشد مثلاً واكنش شريك جنسي شما به اين اطلاعات چگونه خواهد بود ؟ به جاي اين سؤال كه :آيا شريك جنسي شما از اين اطلاعات وحشت زده خواهد شد ؟
* **همدلي :** همدلي بيش از همدردي بوده و تلاشي است براي قراردادن خود در وضعيت ديگري .اگر چه مشاور بايد همدلي نمايد اما درعين حال لازم است برعواطف خود نيز مهار زند. مشاور بايد توازن صحيحي ميان نزديكي و عدم وابستگي ايجاد كند تا استقلال و مهارتهاي حل مشكل مراجع راتقويت نمايد .-
* **احترام :** مشاور مي بايد ديدگاهها و اعتقادات فرد را محترم شمارد .براي نشان دادن اين احترام ، به عنوان مثال مي توان از مراجع خواست تا در مورد جنبه هاي نا آشناي فرهنگ و اعتقادات شخصي سخن گويد .به عنوان نمونه ((من در باره آن چيزي نمي دانم ، بيشتر برايم بگوئيد ...))
* **روشن سازي :** مشاور مي بايدهم گفته هاي مراجع ، مثلاً آيا منظور شما اين است كه .........؟ هم اطلاعات واقعي را روشن سازد .مثلاً خير! هيچ نوع عفونت HIV از طريق خوردن از ظروف مشترك منتقل نمي گردد.
* **گفتن عبارات مترادف :** فرد هنگامي مي تواند بگويد كه سخنانش دقيقاً درك شده است كه مشاور آنچه را كه شنيده است باعباراتي ديگر براي او تكرار مي كند .مثلاً به نظر مي رسد شما مي خواهيد بگوييد كه ترس شما از اين است كه خانواده تان ازشما مراقبت نكنند )). پس از آن فرد شايد بااين تغيير موافقت نشان دهد .در غير اينصورت مشاور مي تواند موضوع را روشن سازد.
* **ارتباط :** بسياري از مردم نمي توانند پيوند يا ارتباط ميان رفتار خود و واكنشهاي ديگران را دريابند ،مشاور مي بايد اين ارتباط را نشان دهد .مثلاً آيا شما توجه كرده ايد هنگامي كه شما خود را از ديگران كنار مي كشيد و با خانواده تان گفتگو نمي كنيد ، آنان نسبت به شما حساس و ناراحت مي شوند ؟))
* **مقابله :** مشاور بايد در مقابل عدم ثبات در توضيحات و يا شكست مراجع در انجام وظايف توافق شده ، برخورد كند .اين امر بايد بصورتي انجام گيرد كه مراجع آن را به عنوان عملي مثبت ببيند و نه ابزار خشم و سرزنش .
* **تكرار :** در مواقع فشار وبحران ، گاه افراد هر آنچه به آنان گفته مي شود درك نمي كنند ، زيرا در وضعيت انكار و يا تحت تاثير قرار دارند مشاور در تكرار اطلاعات نبايد ترديد به خود راه دهد .
* **تاكيد :** افراد غالباً از تمركز روي مشكل واقعي اجتناب مي كنند مشاور بايد مهم ترين موضوعها را مشخص نمايد .مثلاً ((از تمام مسائلي كه شما امروز به من گفتيد به نظر مي رسد توجه شما بيش از همه معطوف به اوست)) .
* **تهيه طرح عمل :** مشاور مي با يد به افراد كمك كند تا اقدامات انجام شدني را شنا سايي نموده ، طرح هاي واقع بينانه تهيه و بر اساس آنها درزمينه هاي موجود عمل كنند .
* **وضعيت ساختاري :** وضعيت ساختاري معين مي كند كه به كدام مشكلات و نگراني ها بايد به فوريت پرداخت و كدام را مي توان به تعويق انداخت اين بخش درسازمان دادن و برنامه ريزي ، اساسي بوده و احتمالاً يكي از بهترين مهارتها در مشاوره به شمار مي رود .
* **انگيزه :** مشاور بايد با ارائه تاثير مثبت رفتارهاي جديد ، به مراجعان خود انگيزه دهد .اگر مشاور توضيح دهد كه تغيير در رفتارهاي مراجع ، افراد مورد محبت وي را از خطر عفونت مصون خواهد كرد شايد انگيزه مهمي به وي داده باشد انگيزه از احتمال بدست آوردن دستاورد بزرگتري سرچشمه مي گيرد و دوری از درد و رنج .
* **خلاصه كردن :** تعابير مختلف از مسئله كمك مي كند تا هم مشاور و هم مراجع از فهم صحيح يكديگر مطمئن گردند مشاور مي بايد مجدد نكات مورد گفتگو و تصميمات و موارد مبهم را مرور كند .
* **استفاده از روشهاي غير كلامي**

مشاور در هر جلسه مشاوره به پيامهاي كلامي و غير كلامي مراجع كاملاً توجه مي كند .جدول زير روشهاي كلامي برابر يكديگر را نشان مي دهد .

نمونه روشهاي غير كلامي در فرهنگهاي منتخب

|  |  |
| --- | --- |
| منفي | مثبت |
| * آهنگ نامطبوع * اجتناب از نگاه كردن به مراجع * اخم كردن ،ترشرويي و خميازه كشيدن * فاصله نامتناسب   - صحبت بسيار آهسته و يا خيلي سريع | -استفاده از آهنگ مشابه به آهنگ صداي مراجع  -نگاه كردن به چشمان مراجع  -نشان دادن توجه باحالات چهره ، بدن و حركات مناسب -حفظ فاصله مناسب ميان فرد و مشاور  - صحبت نه خيلي آرام و نه خيلي سريع  - نشان دادنحركاتي مانند سر تكان دادن در تصديق مراجع - استفاده مناسب از شوخي براي كاهش تنش |

**برخي خطاهاي رايج و شايع در مشاوره**

فراگيري اصول مشا وره آسان اما عمل به آن دشوار است ، به اين دليل مشاوران اشتباهاتي رامرتكب مي شوند . برخي اشتباهات شايع و رايج در مشاور ه عبارتند از :

* مهار كردن و بيان خود بخودي احساسات و نيازهاي مراجع بجاي تشويق كردن آن
* قضاوت ، همانطور كه گفته شد از طريق اظهاراتي كه بيانگر آن است كه مراجع در معيارهاي مشاور نمي گنجد
* اخلاقي سازي ، موعظه و مدير گونه رفتار كردن و گفتن اين كه افراد بايد چگونه رفتار كنند تا زندگي راهدايت و پيش ببرند .
* بر چسب زدن به افراد بجاي تلاش در جهت انگيزه ها ، اضطرابها و ترسهاي آنان .
* اطمينان بخشي بي اساس ، سعي در القاء خوش بيني بي جهت ، با اندك شمردن بيان مراجع از مشكل خود .
* نپذيرفتن احساسات مراجع با گفتن اينكه احساساتش مي بايد متفاوت باشند
* نصيحت و راهنمايي پيش از آن كه مراجع اطلاعات و فرصت كافي براي دسترسي به يك راه حل را داشته باشند
* بازجويي ، استفاده از سؤالهاي اتهامي سؤالهايي با ((چرا )) گاه ممكن است اتهامي به نظر برسند .
* تشويق وابستگي ، افزودن نياز فرد به ادامه حضور و راهنمايي مشاور .
* فريبكاري ، ترغيب فرد به قبول رفتار جديد از طريق چاپلوسي و فريب .

بخش دوم : مشاوره

فصل اول – ضرورت مشاوره در ایدز و نکات خاص آن

**اهداف مشاوره در ايدز :**

مشاوره در ایدز سه هدف عمده دارد:

* فراهم نمودن امکان تشخیص موارد آلوده بصورتی که کمترین میزان تنش و خطر را برای فرد و جامعه به همراه داشته باشد
* ارائه حمايت روانشناختي به كساني كه زندگيشان بوسيله اين عفونت تحت تاثير قرار گرفته است .و آماده سازی آنان جهت انجام اقدامات مراقبتی مورد نیاز
* تغییر رفتار و کاهش رفتارهای پرخطر در داوطلبین مشاوره به منظور پيشگيري از انتقال آلودگی در بین افراد جامعه.

**ضرورتهای مشاوره در HIV /AIDS :**

با توجه به دوره کمون طولانی و ننگ و بدنامی ناشی از بیماری ،افراد دارای رفتارهای پرخطر تمایلی به انجام آزمایشهای تشخیصی در این خصوص ندارند و لذا تاكنون فقط درصد كمي از افراد آلوده شناخته شده اند. مشاوره اقدام مناسبی در جهت ترغیب منطقی افراد در جهت انجام اقدامات تشخیصی است در عین حال که فرد را در خصوص مواجه شدن با نتایج احتمالی آزمایش آماده می سازد.

تا کنون درصد بسیار کمی از كساني كه مبتلا به ويروس نارسائي ايمني يا ايدز(HIV/AIDS ) مي باشند به خدمات مشاوره اي معتبر دسترسي پيدا كرده اند. از آنجا كه ابتلاء به اين عفونت مادام العمر است مشاوره براي چنين وضعيتي نيز ضروري مي باشد

در طول عمر دوره عفونت احتمالاً طيف وسيعي از نيازها و مشكلات جسماني ، اجتماعي و روانشناختي و هيجاني را به افراد مبتلا و به اطرافيان نزديك آنها تحميل مي كند ومواجه شدن با بيماري AIDS يا HIV+ بطور مستقيم و غير مستقيم با صرف هزينه مادي همراه است .بخصوص وقتي باروري اقتصادي تحت تاثير بيماري قرار مي گيرد افراد مبتلا به ويروس ممكن است استرسهائي به صورت نگراني در مورد استقلال اقتصادي و وظايف خانوادگي تجربه نمايند. مشاوره مي تواند به اينگونه افراد، خانواده هايشان و به نوبه خود به جوامعي كه در آن زندگي مي كنند كمك نمايد تا با اين مشكلات مقابله كنند .

مشاوره همچنين حمايت مورد نياز براي تغيير در رفتار پرخطر و حفظ تغييرات ايجاد شده را فراهم مي كند .اطلاع و آگاهي به تنهايي براي كاهش مقاوت افراددر برابر تغيير كافي نيست در طي فرايند مشاوره مراجع مي تواند به راههاي اجتماعي آبرومند دسترسي پيداكند. تغييرات رفتاري مي تواند مانع ابتلاء افراد به عفونت يا انتقال آن به ديگران بشود .

مشاوره به افراد مبتلا كمك مي كند كه با مشكلاتشان و تصمصم گيري توسط خودشان بر زندگي خود كنترل داشته باشند .

**تعریف مشاوره در ايدز :**

مشاوره در ايدز يا HIV نوعي گفتگو بين يك مراجع و يك مراقبت كننده است تا مراجع را در مقابله با استرس و تصميم گيري در مورد اين شرايط توانمند سازد. فرآيند مشاوره شامل ارزيابي خطر شخصي از لحاظ انتقال عفونت و تسهيل رفتارهاي پيشگيري كننده است

اين مشاوره فرآيندي است كه با اولين تماس مراجع با خدمات مشاوره اي در زمينه ايدز يا با نظام مراقبتي نيازهاي مربوط به ابتلا به اين ويروس شروع مي شود .

در خصوص اين ابتلا ء نظام مراقبت شامل همه تسهيلات و خدمات بهداشتي و اجتماعي رسمي و غير رسمي و محلي مي باشد كه افراد تحت حمايت اجتماعي و مراقبتي از آن برخوردار مي باشند. فرآيند مشاوره از طريق شبكه ارجاع به جوامع مختلف و موسسات حمايت اجتماعي گوناگون بر طبق نيازهاي فردي و خانوادگي فرد مبتلا يا نگران درمورد ايدز يا HIV پيوند مي خورد .

حمايت روانشناختي كه از طريق مشاوره ارائه مي شود سبب افزايش احساس مسئوليت فردي مورد نياز براي پذيرش اطلاعات جديد و تغيير سبك زندگي مي گردد. مشاوره به افراد كمك مي كند تا ماهيت مشكلاتي را كه با آن مواجه هستند مشخص نمايند و بطور واقع بينانه اي در مورد روشهاي كاهش فشار حاصل از اين مشكلات ،برخورد دوستان و خانواده تصميم گيري كنند. كمك به افراد براي كسب اطمينان از اين سبك زندگيشان را تغيير دهند ، يك بخش جدائي ناپذير از فرآيند مشاوره است .

شيوه هاي مورد استفاده درمشاوره از يك منطقه به منطقه ديگر ممكن است تفا وت داشته باشد و به گذشته مراجعان و نوع خدمات اجتماعي و بهداشتي (محلي ) موجود كه حتي در داخل يك كشور نيز متفاوت مي باشند بستگي دارد. مشاوره موثر و كارا ، نياز به دنباله روي از يك الگو يا رويكرد ندارد و مطمئناً نبايد به يك موقعيت باليني يا روابط پزشك – بيمار محدود شود. موفقترين مشاوره اغلب خارج از چهارچوب ارتباطات رسمي صورت مي گيرد .

با وجود اين مشاوره چيزي بيش از يك گفتگوي غير رسمي است كه بصورت گاهگاهي بين دو نفر ممكن است صورت بگيرد .نياز به حمايت مداوم و كمك به حل مساله جنبه مشترك اكثر موقعيت هاي مرتبط با عفونت HIV مي باشد و بايد جنبه كليدي اكثر روابط مشاوره اي در اين خصوص به حساب آيد

**نکات خاص در مشاوره ایدز**

**گفتگو در باره موضوع هاي حساس**

براي مشاور بدست آوردن اطلاعاتي در مورد تاريخچه يا درك صحيحي از رفتارهاي مراجع كه وي را درمعرض عفونت HIV وايدز قرار داده ، مفيد است .اين موضوع به اين معني است كه مشاور بايد قادر به گرد آوري و تعبير وتفسير رفتارهاي بسيار خصوصي و گاه غير قانوني و مغاير اصول اجتماعي فرد باشد .

راه حل ساده اي براي به صحبت گرفتن افراد درباره عناويني مثل اعمال جنسي و تزريق مواد موجود نيست گفتگوي درباره عناوين حساس بستگي زيادي به توانايي هاي مشاور درموارد زير دارد :

* برقراري ارتباط در سطح ذهني و عاطفي مراجع
* احساس امنيت واطمينان بخشيدن به فرد از طريق برقراري رابطه حمايتي
* به نمايش گذاشتن سهولت گفتگو در باره موضوعهايي كه معمولاً در زندگي اجتماعي روزمره و يا مشاوره هاي پزشكي از آنها پرهيز مي شود .

مشاور هر شيوه درماني كه به كا ر بندد باز هم احتياج به مهارت ،حضور ذهن و حساسيت در مقابل مراجع خواهد داشت . با برخي افراد رابطه مشاوره بتدريج مشكل مي گردد اما از ابتداي كاردر جهت برقراری یک رابطه مناسب بايد تلاش شود . مشاور به خلق فضايي عمومي كه به پيدايش احساس امنيت واعتماد مراجع كمك مي كند ، ياري مي رساند ، چرا كه بدون آن جريان مشاوره موفق نخواهد بود . بنابراين روش مشاور مي بايد اطمينان بخش ، مطمئن و باز باشد و در عین حال احساسات وترسهاي فرد نيز بايد در نظر گرفته شود .

درمشاوره در مورد موضوعهاي حساس و عميق شخص ، مشاور بايد

* هنگام بحث در مورد مسائل خصوصي كه بندرت بطور صريح مورد گفتگو قرار مي گيرند احساس امنيت و راحتي نموده تا مراجع براي صحبت درباره موضوعهاي تابو ( محرمات ) راحت باشد .
* گفتگو رابراعمال و رفتارهاي بخصوصي متمركز سازد .جزئيات ضروري (مانند تعداد شركاء جنسي و تعداد شراكت در سوزن و سرنگ ) گاه از نظر مراجع ناخوشايند است اما در هر حال مشاور بايد راه حل قابل قبولي از لحاظ فرهنگي در پرداختن به اين موضوعها بيابد (مانند دستورالعمل روابط جنسي محافظت شده و مطمئن )

از آنجا كه عفونت از طريق تماس جنسي منتقل مي گردد ، بسيار مهم است كه مشاور:

1) قادر به گفتگو درباره روابط جنسي باشد

2) بتواند درباره مسائل واعمال غير معمول و ممنوع به طريقي صحبت كند كه فرد صادقانه پاسخ دهد بدون آنكه برنجد و يا به دفاع از خود بپردازد

مشاوربايد بداند كه خطر عفونت HIV ممكن است به رفتار پنهاني مربوط باشد .افراد گاه در آشكار كردن هر گونه اطلاعات به دليل ترس از محكوم شدن توسط مشاور و يا اقدام قانوني ترديد مي كنند .دربعضي موارد مشاور بايد قادر به فهم و استفاده از اصطلاحات زبان عاميانه باشد .

مشاوران لازم است آمادگي خود را براي گفتگو در مورد موضوعهاي حساس ، چگونگي پيچيده شدن وظايف بانگرشها و معيارهاي آنان ،خود را ارزيابي نمايند وسؤالهاي زير را از خود بپرسند :

* با توجه به ارزشهاي فرهنگي و شخصي ، گفتگو درمورد كدام اعمال جنسي براي آنان از همه دشوارتر خواهد بو د.
* هنگام توضيح اعمال و يا رفتارهاي مخاطره آميز از چه كلمات روزمره استفاده كرده و يا پرهيز مي كنند .بخصوص در مورد افرادي كه از نظر فرهنگ ، نژاد و جنسيت متفاوت از مشاوره بوده و يا بسيار جوانتر و يا مسن تر هستند
* چگونه نياز به گفتگو در مورد رفتارهايي كه عجيب بوده و يا در فرهنگ يا جامعه بخصوص انحراف محسوب مي شود را توضيح خواهند داد .

كساني كه در پي مشاوره HIV بر مي آيند دلايل بسياري براي ترديد در مورد گفتگو با افراد بيگانه دارند: ترس از آنچه آشكار مي شود و رويارويي با خود عفونت ، ناخوشايندي گفتگو در باره موضوعهاي بسيار خصوصي و نگراني از احتمال اين كه اسرارشان محرمانه باقي نماند . حالت تدافعي در مقابل صحبت با فردي از جنس مخالف ،گروههاي اخلاقي و يا سني و زباني متفاوت .

در اغلب موارد تعميم وضعيت به افراد ديگر، به شخص اجازه مي دهد كه در ابتداي جلسات به صورت آزادانه تري صحبت كند .مثلاً يك مشاور ممكن است بگويد : برخي افراد بر اين باورند كه شما تنها مي توانيد از دختراني كه در ميخانه ها كار مي كنند ايدز گرفته باشيد .آيا اين را شنيده ايد ؟ با شروع اين كه ((ديگر افراد )) چه مي كنند مشاور نشان مي دهد كه فرد در هر رفتار مخاطره آميزي كه پيشه كرده تنها نيست .

پرسشها در مشاوره بسيار مهم هستند و تنها از اين پرسشهاي آگاهانه است كه مشاور قادر به آشكار ساختن اطلاعات در باره خطر ، بررسي ، فهميدن يا نفهميدن واقعيت ها و كمك به فرد در تصميم گيري راجع به اقدامات مختلف خواهد بود به عنوان مثال :مي بايد روابط وضعيتهاي مشكل در درمان اطلاعات در مورد HIV و ايدز تاثير هر كدام را بر افراد ديگر مورد نظر قرار دهند

**رهنمود هاي ز ير در هنگام گفتگو درباره مسائل حساس ، براي مشاوران سودمند خواهد بود .**

* سؤالات رابه صورت مستقيم بپرسيد تا در مورد آنچه باعث نگراني بيمار شده و آنچه وي از مشاور مي خواهديا انتظار دارد ، مطمئن شويد .

**مثال :** شما در حال حاضر از من (يا از اين كلينيك ، درمانگاه ،بيمارستان ....) چه مي خواهيد ؟ چه عاملي باعث مراجعه شما شد ؟

* اثبات دلايلي براي اين نگراني مراجع كه عفونت پيدا كرده يادر معرض عفونت قرار دارد .

**مثال** : شما مي گوئيد كه از ابتلا ء به ايدز نگران هستيد ، ممكن است بگوئيد درباره چگونگي ابتلاء به ايدز چه مي دانيد و از چه جهت در معرض خطر هستيد ؟

* درجاتي از شرم و خجالت راهنگام بحث هاي جنسي انتظار داشته باشيد. خاطر نشان سازيد كه مي دانيد مردم معمولاٌ بصورت عميق در اين مورد بحث نمي كنند .

**مثال :** ما معمولاً در كشور خودمان بصورت باز و بي پرده در مورد مسائل جنسي صحبت نمي كنيم .اما در حال حاضر و از هنگامي كه شما بر اين باور هستيد كه ممكن است در معرض عفونت باشيد من و شما بايد درجه خطر را مشخص كنيم . ار اين جهت ناچارم سؤالات شخصي و خاصي را از شما بپرسم كه ممكن است شما نيزمانند اغلب مردم احساس ناخوشايندي درباره اين سؤالات داشته باشيد .مثلاً من بايد بدانم كه شما طي 6 ماه گذشته چند شريك جنسي داشته ايد ؟

* توضيح دهيد چرا بايد درباره اعمال جنسي و ياتزريق مواد سؤال كنيد و اينكه اين سؤالات براي مشخص ساختن نيازهاي دقيق مراجع در جلوگيري از عفوني شدن خود يا سرايت آن به ديگران مي باشد .

**مثال :** عفونت HIV از راههاي كاملاًخاصي ابتلا ء مي يابد .شما مي دانيد كه سرسوزن مشترك براي شما و ديگران خطر ناك است ؟ چه اقداماتي براي حفظ خود و ديگران از عفونت مي توانيد انجام دهيد؟

* توضيح دهيد چرا درمورد تمام اشكال مختلف انتقال سؤال مي كنيد .

**مثال** :وقتي از مردم درمورد اعمال جنسي كه در اجتماع ما معمول نيست و به نظر عيب و يازننده مي رسد سؤال مي كنم ،معمولاً آزرده مي شوند .اما افراد مسافرت مي كنند و گهگاه اين روابط راتجربه مي كنند .بنابراين ما مي بايد مطمئن شويم كه تمام احتمالات خطر رابررسي كرده ايم .

در چنين مصاحبه اي مشاور مي بايد در مرحله اول از توصيف هاي رسمي و معمول استفاده كند (مثل نزديكي واژينال ) .اگر تفهيم نشد از بيانات عاميانه استفاده نمايد

.مراجع نبايد احساس كند كه مشاور به قضاوت اخلاقي درمورد رفتار جنسي و يا رفتارهاي خطر آفرين ديگر وي مي پردازد .

مشاور بايد باطرح مكرر سؤالاتي مطمئن شو د كه مراجع متوجه گفته هاي وي شده است .مثلاً از فرد بخواهد تا آنچه راوي گفته است با واژگان خود تكرار نمايد .

مشاور بايد مطمئن گردد كه **خود مراجعه كننده پيامهاي زير** را كاملاً درك نموده است .

* محدودیت درمانی برایHIV وجوددارد .درحال حاضر پيشگيري تنها راه دفاع مي باشد .

سؤالات : فكر مي كنيد كه عفونت HIV چگونه منتشر مي شود ؟ اگر بخواهيد دور از عفونت باقي بمانيد چه تغييراتي را بايد انجام دهيد ؟تغييراتي از اين نوع براي اغلب مردم مشكل است ، ما چه كمكي براي شما درانجام اين تغييرات مي توانيم بكنيم تا به راههاي سابق باز نگرديد ؟ شما به ديگران (همسر ، شريك جنسي )درمورد اين تغييرات در رفتار جنسي چه توضيحي خواهيد داد؟

* عفونت HIV از طريق نزديكي واژينال و مقعدي و اشتراك در سرسوزن و خون آلوده منتقل مي گردد.

سؤالات : شما فكر مي كنيد هنگامي كه مردم ‌‌‌‌] در مقابل اين بيماري [ تسليم مي شوند ،دشوارترين مشكلاتشان (صرف نظر از اينكه چه رفتار خطر آفريني داشته باشند ) چيست ؟ شما فكر مي كنيد سخت ترين مسئله براي شما چيست ؟ وقتي اظهار مي كنيد كه اعمال خطر آفرين داريد ، منظورتان چيست ؟ شما فكر مي كنيد سخت ترين مسئله براي شما چيست؟

* از انتقال عفونت HIV مي توان از طريق امتناع يا عمل جنسي بدون مواجهه باخون ،مني و مايع واژينال جلوگيري نمود .به منظور كاهش انتقال ،مردان مي بايد از ابتدا تا انتهاي عمل جنسي از كاندوم استفاده كنند و زنان نيز بايد مطمئن شوند كه شريك جنسي آنها از كاندوم استفاده مي كند . هر چه تعداد شركاء جنسي افزونتر شوند خطر عفونت بيشتر مي گردد . سرنگ و ساير وسايل تزريق كه توسط استفاده كنندگان از مواد مورد استفاده قرار مي گيرد نبايد توسط افراد ديگر استفاده شود .

سؤالات : آيا فكر مي كنيد ممكن است شما يا شريك جنسي تان از رابطه جنسي امتناع كنید؟ آيا تاكنون از كاندوم استفاده كرده ايد ؟ آيا شما و يا شريك جنسي تان از بحث درمورد مسئله كاندوم احساس راحتي مي كنيد؟ در مورد بهترين روش استفاده از كاندوم چه مي دانيد ؟

**منابع مشاوره**

همچنان كه عفونت HIV به سوي ايدز پيشرفت مي كند احتياجات ضروري پزشكي و روانشناختي مختلف بوجود مي آيد .مشاور نمي تواند با تمامي اين نيازها روبرو شود اما مي بايد كاملاً نسبت به آنها آگاه بوده و مراجع رابه منابع رسمي و غير رسمي ارجاع دهد .منابع رسمي شامل خدمات مراقبت پزشكي مثل مراكز بهداشتي ،درمانگاهها بيمارستانها و آسايشگاهها ،مراكز پشتيباني مالي و غذايي و مشاوره مي باشد .منابع غير رسمي شامل خانواده ،دوستان گروههاي مذهبي ، باشگاههاي اجتماعي و گروههاي حمايتي مي باشد ومشاور همچنين در صورت نياز مي تواند توسعه منابع اجتماعي جديدي راتشويق نمايد .

اطلاعات مي بايد از انواع تسهيلات ، گروههاي خود ياري، منابع اجتماعي، پشتيباني هاي پزشكي دردسترس فراهم شود .اطلاعات در مورد رفتارهاي جايگزين مثل روابط جنسي امن و اجتناب از حاملگي بايد بااطلاعاتي در مورد چگونگي تهيه كاندوم و وسايل جلوگيري همراه گردد.

اگر از منابع رسمي استفاده مي شود مشاور مي تواند باكاركنان مراقبتهاي بهداشتي در تشويق مراجع به ادامه دوره ها ي درمان توصيه شده ،همكاري كند .نقش اين تشويق بخصوص با پيشرفت بيماري و در موارد ي كه درمان پزشكي قبلي با رضايت يا حساسيت (مثلاً محرمانه بودن ) تواُم نبوده است ،جدي تر مي شود .مشاور همچنين مي تواند خدمات عملي ديگري چون ترتيب بدست آوردن دارو و يا نقل و انتقال را بر عهده گيرد .

رشد شيوع عفونت HIV وايدز ،ظرفيتهاي خدمات بهداشتي براي فراهم نمودن خدمات مورد نياز بهداشتي ، آموزشي و مشاوره رامحدود نموده است . حتي باكمكهاي نقدي دولتها و ديگر منابع ، خدمات بهداشتي توانايي اندكي براي رفع تمام نيازهاي افراد مبتلا به عفونت HIV و خانواده آنها خواهند داشت از اين رو يك اقدام كليدي بسيج و با ايجاد منابع جديد است (به عنوان نمونه كاركنان داوطلب خدمات بهداشتي ) .

متقابلاً ، ضمن ارجاع جهت مراكز بهداشتي تسهيلات آزمايش بيمارستانها و ديگر مراكز مشاوره ايدز و HIV به همان اندازه مهم است .كاركنان اين سازمانها بايد بدانند ونيز به بيماران باعفونت HIV آمادگي دهند كه مشاوره در كجا قابل دسترسي است .آنان همچنين بايد به افراد براي يافتن خدمات مشاوره اي كه از نظر اجتماعي و فيزيكي قابل دسترسي بوده و تمايل به پذيرش خود دارند ،كمك نمايند .

**گروههاي خود ياري**

در بعضي مناطق مشاور مي تواند به فرا خواند ن گروههاي خود ياري و گروههاي حمايتي بپردازد كه به عنوان قسمتي از شبكه فزاينده سازمانهاي غير دولتي خدماتي ايدز عمل كند . اين مراكز مي توانند به افرادي كه نگران ايدز هستند با كمك كاركنان مراقبتي و حمايتهاي روانشناختي حمايتي كه امكان دسترسي به آنها در جاي ديگر نيست ، ارائه كنند . در صورت فقدان چنين گروهها ، مشاور مي تواند افراد را تشويق به تشكيل آنها كند و در صورت عدم امكان ، مشاور مي تواند بصورت انفرادي افراد رادر تماس بايكديگر قرار دهد .

موضوعهايي كه در چهارچوب گروههاي خود ياري به آن پرداخته مي شود شامل موارد زير است :

* آموزشهاي هم زيستي باعفونتHIV توسط گروههاي خودياري اغلب موقعيت خوبي براي فراهم كردن اطلاعات و مهارتهاي متقابل دارد زيرا اين گروهها ممكن است قبلاً اين مراحل راتجربه كرده باشند .
* ياري به كمك رسانان و نزديكان فرد براي اداره كردن زندگي روزمره بيمار و يا افراد تحت فشار .
* تصميم در مورد بهترين نحوه گفتگو در مورد عفونت HIV و ايدز، تمرين چگونگي افشاء تشخيص عفونت HIV و ايدز ، از جمله چه بگويد ؟ به كه ؟ چه وقت و چگونه؟
* گروههاي حمايت مي توانند گفتگو ها و آموزش برقراي و حفظ رفتارهاي جديد را سازمان دهند .

درگروههاي حمايت همچون يك گروه مشاوره، انتخاب اعضاء بايد با حساسيت در سن ، جنسيت و تفاوتهاي تمايلات جنسي در ميان اعضاء گروه صورت پذيرد . شايد براي كاركنان زن آسان نباشد كه در گروههاي زنان متاهل باشند و يامرداني كه بعضاً با مردان ديگر رابطه جنسي داشته اند ،ارتباط خوبي با مرداني كه هم جنس باز ناميده مي شوند، ندارند و ياكودكان خياباني توسط بالغين اخلاق گرا درك نخواهند شد.

**بررسی وضعیت جامعه**

كساني كه خدمات مشاوره اي HIV را برعهده دارند احتياج به صرف وقت براي فهم محيط زندگي مراجعان و محيط اجتماعي آنان دارند .اطلاعات اجتماعي فرهنگي باپاسخگويي به سؤالهاي زير و كسب اطلاعات - فرهنگي – اجتماعي از سطوح مختلف شامل شخص مراجع ، خانواده وي ، رهبران اجتماعي و مراقبين بهداشتي و اجتماعي ، رهبران مذهبي و درمانگران سنتي ، بدست مي آيد :

* اصول اساسي اخلاقي و مذهبي در جامعه در مورد هم خوني ،ازدواج ،تجرد ،بيوه بودن و طلاق چيست ؟ اين مسائل چه نقشي در رابطه جنسي فرد چه قبل و چه بعد از ازدواج در رابطه با دوره ها ي زندگي جنسي ايفاء مي كنند؟
* چه اطلاعاتي درمورد موضوعهايي مانند تولد ، تعداد دفعات نزديكي و دوره اي امساك و خودداري مثلاٌ در طي دوران قاعدگي ،حاملگي و يا شيردهي در دسترس است ؟
* چه نوع روش جلوگيري دردوران مختلف روابط جنسي و در طول زندگي جنسي باتاكيد به كاندوم مورد استفاده قرارگرفته است ؟
* مهاجرت يا انواع ديگر مسافرت چگونه با الگوهاي رفتاري جنسي مرتبط اند و از آنها تاثيرمي پذيرند .
* مردم به چه ميزاني درگير روابط جنسي درمقابل پول و ياساير مزايا بوده و چه نوع روابطي از اين نوع وجوددارد ؟ ويژگيهاي اينگونه افراد چيست ؟ و به چه ميزان توسط جامعه قابل پذيرش هستند ؟
* آيا روابط هم جنس خواهانه يا با جنس مخالف وجود دارد ؟ اگر چنين است درميان چه گروههايي و باچه ميزاني درميان مردم وجود دارد ؟
* انواع اصلي شكل هاي مختلف اعمال جنسي چه به صورت نفوذي و ياغير آن كدامند ؟در ميان كدام گروهها و تا چه ميزاني درارتباط با ديگران وجود دارند؟ آيا هيچ عمل جنسي كه به طور خاص عفونت HIV را توسعه دهد وجود دارد ؟(مثل نزديكي از طريق مقعد ).
* مسائل جنسي تاچه ميزان در ميان همسران ، خانواده ها و يا به طور غير رسمي و رسمي در مدارس و رسانه ها مورد بحث قرار ميگيرد ؟
* تا چه ميزاني مردم درمورد AIDS آگاهي دارند ؟آيا نام محلي براي آن وجود دارد ؟ آيا براي آنان تفاوت بين عفونت HIV و تظاهر باليني AIDS قابل درك است ؟
* مردم دلايل ايدز رابه چه نسبت مي دهند ؟ دلايل زيستي (ويروس ) ويادلايل متافيزيكي (مثل عقوبت الهي و ياسحر وجادو و مانند آن )؟ به چه ميزان مسائل سلامتي و بيماري نزد عموم به عنوان حادثه ، عوامل محيطي و يا پيامد خطاهاي اخلاقي تلقي مي گردد ؟ آيا هيچگونه عوامل خطر زاي محيطي متل مهاجرت به شهرهاي بزرگ وجودارد و يا به عنوان مثال آيا تلقي درستي از سرايت از راه تماس با افراد ديگر ،در جامعه وجوددارد ؟ آيا هيچگونه وابستگي بين بيماري و مشاغل بخصوصي از قبيل مامايي يا كار با حيوانات وجوددارد ؟
* چگونه ايدز تشخيص داده مي شود ؟علائم آن چيست و چگونه از عفونتهاي موقعيتي كه در AIDS وجود دارد متمايز مي گردد؟ دوره بيماري وپيامد آن چيست ؟ آيا بيماري هيچگونه نشانه و علامت رفتاري و يااجتماعي به همراه دارد ؟
* آيا مردم هيچگونه ايده و نظري در جلوگيري ياحفاظت خود وخانواده شان ازبيماري دارند ؟
* چه درمان محلي درمقابل AIDS وجوددارد ؟ به چه ميزان از تسهيلات خدمات بهداشتي استفاده مي گردد؟ آيا نقشي براي مراكزي از قبيل بيمارستان وجوددارد ؟ چه كسي مسئوليت مراقبت از بيماران مبتلا به AIDS را در خانه برعهده دارد؟و چگونه اين مسئله برنقشهاي خانوادگي و درآمد اقتصادي تاثير مي گذارد ؟به چه ميزان انجمن محلي از جمله رهبران مذهبي و درمانگران سنتي درگير مسئله مي باشند ؟

بخش سوم: HIV-AIDS

فصل اول –کلیات اچ آی وی

مقدمه :

از دیر باز بیماری ایدز ،به عنوان یک بیماری عفونی توجه همگان را به خود جلب کرده است .ناشناخته های بشر از یک طرف و سرعت انتشار بیماری از طرف دیگر موجب شد که سیستم های آموزشی و بهداشتی در دنیا شتابزده شروع به آموزش های وسیع در این باره نمودند ، به علت دانش ناکافی بشری در ابتدا از یکطرف و و ماهیت متفاوت بیماری نسبت به سایر بیماریهای عفونی از طرف دیگر منجر شد باورهای غلط در خصوص بیماری به سرعت انتشار یابد و همین امر موجب شد ، مشکلات جدی در امر کنترل بیماری پیش آید .تا جایی که اکنون علی رغم وجود دانش کافی در خصوص بیماری ؛ همچنان باورهای غلط در خصوص بیماری چنان در اذهان ریشه دوانده اند که همچنان از موانع بزرگ در جهت کنترل اپیدمی و تشخیص و مراقبت و درمان بیماران به حساب می آیند .لازم است قیل از شروع بحث بدون توجه به دانسته های قبلی در خصوص بیماری ایدز یک بار دیگر بیماری ایدز را صرفا از منظر یک بیماری عفونی مرورکنیم .

برای شناخت هر بیماری عفونی به این اطلاعات نیاز داریم :

1. عامل بیماریزا
2. نحوه ورود به بدن انسان
3. علایم بیماری : که خود حاصل دو مورد زیر است :
   1. صدماتی که میکروب به بدن وارد می کند ( بیماریزایی )
   2. واکشن بدن نسبت به عامل بیماریزا
4. راه تشخیص
5. چگونگی درمان

حال صرفنظر از هر آنچه تا کنون راجع به بیماری ایدز شنیده ایم و می دانیم یکبار 5 مرحله فوق را مرورخواهیم **کرد :**

**1.عامل بیماریزا :**

عوامل متعددي مي توانند موجب ايجاد بيماريهاي عفوني گردند كه به گروههاي كلي تحت عنوان باكتريها و ويروسها ، قارچها و… تقسيم بندي مي شوند. در اين بين ويروسها موجوداتي هستند كه براي ادامه حيات و تكثير لازم است حتما درون سلولهاي زنده موجودات ديگر قرار بگيرندضمنا بر حسب نوع و ساختمان، هر ويروس به يك يا چند نوع خاص سلولهاي زنده علاقه مند است و تنها در آن سلول بخصوص قادر به ادامه حيات است .بعنوان مثال ويروس انفلوانزا به دستگاه تنفس فوقاني و ويروسهاي مولد بيماريهاي اسهالي به سلولهاي دستگاه گوارش بخصوص روده ها علاقمند هستند.

شناخت خصوصیات عامل بیماریزا از این نظر حائز اهمیت است که می تواند به ما کمک کند :بدریابیم چطور میتوانیم بیماری را کنترل کنیم اگر عامل بیماریزا ، میکروبی مقاوم باشد که در خارج از بدن زنده بماند اغلب بیشتر احتمال دارد به دیگران انتقال پیدا کند و سخت تر می توانیم آنرا داخل بدن انسان نیز از بین ببریم.

**عامل ايجاد بيماري ايدز :**

يك نوع ويروس است بنام HIV (ویروس نقص ایمنی انسان )كه به گلبولهاي سفيد خون علاقه داشته و تنها درون آنها قادر به ادامه حيات مي باشد.اين ويروس در خارج از بدن و بدون دسترسي به گلبولهاي سفيد خون در مدت كوتاهي از بين ميرود.حرارت، الكل و مواد ضدعفوني كننده (مانند وايتكس ) براحتي مي توانند باعث از بين رفتن ويروس شوند

**پس نتیجه می گیریم عامل ایجاد کننده ایدز ، ویروسی ضعیف است که در خارج از بدن قادر به ادامه حیات نیست**

**2.عوامل بيماريزا چگونه وارد بدن مي شوند؟**

شناخت راه ورود عوامل بيماريزا به بدن از اهميت بسزايي برخودار است ، چرا كه با شناخت آن و جلوگيري از ورود ميكروب به بدن مي توان زنجيره انتقال بيماري را قطع نمود و از ابتلا افراد به بيماري جلوگيري كرد.

ميكروبها از طرق مختلف مي توانند به بدن انسان وارد شوند و اصولا هر عامل بيماريزايي بسته به اينكه به كدام ارگان بدن تمايل دارد از راهي وارد مي شود كه امكان دسترسي به آن ارگان برايش فراهم باشد. مثلا ميكروب انفلوانزا از راه تنفسي وارد بدن شده و ميكروبهاي مولد بيماريهاي اسهالي از طريق گوارشي و با خوردن و آشاميدن وارد بدن مي شوند .

شناخت راه انتقال عوامل بیماریزا خصوصا از نظر پیشگیری از ابتلا حایز اهمیت است .

**ويروس HIV چگونه وارد بدن مي شوند؟**

همانطور كه اشاره شد سلول هدف براي ويروس HIV ، گلبولهاي سفيد خون هستند پس مسلما ويروس از راهي به بدن وارد مي شود كه بتواند به گلبولهاي سفيد دسترسي داشته باشد، لذا براي ورود ويرو س به بدن بايستي مقداري از خون يا ترشحات حاوي گلبولهاي آلوده به ويروس با خون و يا مخاط بدن فرد سالم تماس پيدا كند . ويروس از 3 راه اصلي زير مي تواند وارد بدن انسان شود :

**1- تزریق خون و فرآورده هاي خوني و یا هر جسم تیز و برنده که آلوده به خون تازه باشد**

**2 – تماس جنسي با فردآلوده**

**3 – از راه مادرآلوده به كودك**

**پس نتیجه می گیریم ، ویروس نسبت به سایر عفونت ها به راحتی انتقال نمی یابد و در روابط معمول بین انسانها منتقل نمی شود.**

**راههايي كه ويروس ايدز از طريق آن ها منتقل نميشود :**

با توجه به توضيحات فوق از آنجا كه ويروس مولد بيماري تنها در صورت دسترسي به گلبولهاي سفيد قادر به ادامه حيات است لذا تنها از طرقي منتقل مي شود كه به نوعي خون و يا ترشحات آلوده فرد آلوده به خون و يا ترشحات حاوي گلبول سفيد دربدن فرد سالم دسترسي يابد، لذا همانطور كه ميكروب بيماريهاي اسهالي از طريق تنفس منتقل نمي شود ويروس عامل مولد بيماري ايدز نيز از طريق تماس هاي عادي ذيل منتقل نمي شودزیرا در این شرایط گلبول های سفید قایل انتقال نسیتند لذا راه های زیر نمی توانند باعث انتقال بیماری شود :

* كار كردن با يكديگر وزندگي دسته جمعي
* هم صحبت شدن و معاشرت هاي اجتماعي
* يا تماس روزمره با افراد آلوده مانند هم سفر بودن ،همكلاس بودن ، نشستن در كنار يكديگر
* از روابط عادي اجتماعي مثل سوار شدن در اتوبوس و تاكسي واستفاده از تلفن هاي عمومي
* غذا خوردن ، آشاميدن و يا استفاده از قاشق و چنگال ، ليوان و وسايل و ظروف غذاخوري
* اشك و بزاق
* از راه هوا ( عطسه و سرفه )
* استفاده از سرويس هاي بهداشتي مشترك مثل حمام ، توالت و استخرهاي مشترك
* توسط حيوانات ، حشرات و يا نيش آنها

لذا با توجه به ماهيت ويروس و راههاي انتقال بيماري مي بينيم كه افراد آلوده به ويروس در حالت عادي و در روابط معمول اجتماعي خطري براي سايرين ندارند

**پس نتیجه می گیریم : نیازی به جدا سازی افراد مبتلا به اچ آی وی وجود ندارد**

**چه گروههايي در معرض خطر بيشتر ( High Risk ) ابتلا به ايدز هستند ؟**

بيماري ايدز كليه جوامع و ابناء بشر را تهديد ميكند و هر انساني ميتواند در معرض خطر آلودگي و يا بيماري ايدز قرار گيردولي با توجه به راههاي انتقال ،عده اي از افراد از احتمال آلودگي و يا بيماري بيشتري برخوردارند كه عبارتند از :

* معتادين و كسانيكه مواد مخدر تزريقي را با سرنگ و سر سوزن هاي مشترك مورد استفاده قرار مي دهندوشرکا جنسی آنها
* افرادي كه روابط جنسي نامطمئن دارند
* افراد مبتلا به بيماريهاي آميزشي و مقاربتي
* دريافت كنندگان مكرر خون ، فرآورده هاي خوني و فاكتورهاي انعقادي آلوده
* همسران افراد آلوده به HIV و يا بيماران مبتلا به ايدز و نوزادان مادران آلوده به HIV

**4.علائم بیماری**

علایم هر بیماری حاصل کنش و واکنش بین عامل بیماریزا و بدن با یکدیگر است .

**الف – تاثیر میکروب بر بدن** :وقتی میکروبی وارد هر قسمت از بدن شود ، می تواند باعث ایجاد آزردگی ومشکلی در آن قسمت از بدن شود . مثلا میکروب سرماخوردگی باعث آزردگیهای مخاط دستگاه تنفسی می شود پس سرماخوردگی خود را به شکل سوزش گلو و بینی و دستگاه تنفسی فوقانی خود را نشان می دهد . یا میکروب وبا باعث می شود پمپ هایی که در روده وظیفه جذب آب از روده ها به خون دارند را ازکار بیفتد و حتی برعکس عمل کند ، یعنی آب را از بدن می گیرد و درون روده می ریزد به این ترتیب محتویات روده آبکی شده و به این ترتیب علامت بیماری وبا اسهال آبکی می شود .

**ب- واکنش بدن به میکروب** :در بدن انسان سیستم ایمنی وجود دارد که مسئولیت دفاع از بدن را برعهده دارد و مثل ارتش بدن است . سربازهای این سیستم گلبول های سفید هستند وقتی هر میکروبی وارد بدن می شود سیستم ایمنی آنرا به عنوان دشمن می شناسد و برای از بین بردنش به آن قسمت بدن حمله می کند مثل ارتش که به جنگ دشمن می رود .این جنگ باعث می شود موادی ترشح شود و قسمت هایی از بدن که در آن بین سیستم ایمنی و میکروب جنگ رخ داده خراب شود. همین تخریب و همان مواد ترشحی باعث ایجاد علائمی می شود که به کمک آنها می توان بیماری را تشخیص داد ، به عنوان مثال در سرماخوردگی سیستم ایمنی ماده ای به نام هیستامین ترشح می کند که خودش باعث آب ریزش بینی و... می شود .

**پس از ورود ويروس HIV به بدن چه اتفاقي مي افتد ؟**

از ویژگیهای جالب این ویروس این است که بر خلاف اغلب عوامل بیماریزا خودش هیچ آسیبی به بدن نمی زند . و همانطور كه اشاره شد اين ويروس به گلبولهاي سفيد بدن تمايل دارد و به آنها وارد شده و شروع به تكثير مي كند. به عبارت ديگر اين ويروس وارد سلولي مي شود كه خود وظيفه از بين بردن آنرا بعنوان يك موجود بيگانه برعهده داشته است ، درست مانند دشمني كه در ارتش يك كشور رسوخ كرده و مانع اقدام سربازهاي آن كشور در مقابل بيگانگان گردد. و بدن نیز در برابر آن هیچ اقدامی انجام نمیدهد به این ترتیب نه ویروس کاری انجام می دهد و نه بدن عکس العملی نشان می دهد پس بیماری هیچ علامتی ندارد . به اين ترتيب نه خود ويروس موجب ايجاد علامت مي شود و نه عكس المعل بدن علامتي ايجاد خواهد كرد.بعد از مدتي ماده اي در خون ترشح مي شود كه آنهم هيچ علامتي ايجاد نمي كند و فقط نفع آن اين است كه در تشخيص آزمايشگاهي به ما كمك مي كند.اين ويروس در گلبول سفيد جایگزين مي شود ،و با استفاده از امکانات گلبول سفید رشد و تکثیر می کند به اين ترتيب گلبول سفيد آرام آرام توان و كارآئي خود را از دست داده و تمام توانش صرف رشد ویروس می شود .و نمی تواند وظایف خود که همان مقاومت بدن و مقابله با میکروب های وارد شده به بدن است را به درستی انجام دهد و اگر عامل بيماريزاي ديگري به بدن وارد گردد ، گلبولهاي سفيد نمي توانند به وظيفه محافظتي خود عمل كرده و بدن قادر به هيچ عكس العملي نيست و آن ميكروب مي تواند انسان را از پا در آورد.(ودر اين مرحله بيماريهاي عفوني و سرطانهاي غير عادي در بدن فرد فرصت رشد وبيماريزايي پيدا مي كنند. در اصل وقتي كارآئي گلبولهاي سفيد کاهش پیدا می کند تمام ميكروبهايي كه در حالت عادي بيماريهاي ساده ای ايجاد مي كردند و خيلي زود برطرف مي شدند مي توانند عفونتهاي شديدي ايجاد كند .

فاصله زمانی از زمان ورود ویروس به بدن تا زمانی که گلبول های سفید کار آیی خود را از دست دهند بین 5تا30 سال گزارش شده است ، این مدت به دو عامل مهم بستگی دارد :

1. **قدرت سیستم ایمنی** : هر چه توان و قدرت سیستم ایمنی بیشتر باشد این مدت طولانی تر می شود .و هر عاملی مانند عفونت های دیگر ، سوتغذیه و استرس که سیستم ایمنی را ضعیف کند می تواند این دوره را طولانی کند
2. **تعداد ویروس وارد شده** : هر چه تعداد ویروس بیشتر باشد و هر چه تعداد ویروس وارد شده بیشتر باشد و مستمر وارد شود مسلما زودتر می تواند قوای سیستم ایمنی را کاهش دهد

پس به این ترتیب در می یابیم که در 5 تا 20 سال اول بیماری بدون هیچ علامتی است و بعد از آنهم خود بیماری علامتی ندارد بلکه علامت مربوط به بیماریهای دیگری است که به دلیل نقص سیستم ایمنی ایجاد شده اند .

**پس نتیجه می گیریم : برخلاف سایر بیماریها ، عفونت اچ آی وی هیچ علامتی ندارد و فرد مبتلا تا سالیان متمادی می تواند بدون هیچ علامت و مشکلی به زندگی معمول خود ادامه دهد**

**تفاوت عفونت اچ آی وی و بیماری ایدز :**

زمان ورود میکروب به بدن تا نقص سیستم ایمنیو بروز علایم سایر بیماریهای عفونی به دو مرحله اصلی زیر تقسیم می شود :

**الف- دوره عفونت اچ آی وی:**

از زمانی که ویروس وارد بدن می شود تا زمانی که علامت های سایر بیماریها مشخص می شود ، اصطلاحا میگویند فرد مبتلا به اچ آی وی و بی علامت است . این دوره که می تواند حتی تا بیش از 30 سال هم باشد فرد هيچ علامت باليني ندارد و حتي ممكن است خودش نيز نداند كه آلوده است اما ويروس از طريق خون و ترشحاتش منتقل مي گردد و مي تواند سايرين را آلوده نماید از طرف ديگر اين فرد انساني است كه هيچ مشكل جسمي نداشته و با توجه به راههاي انتقال ويروس بدون آنكه در روابط اجتماعي معمول خطري براي سايرين داشته باشد حق دارد و مي تواند يك زندگي نرمال و عادي براي مدت طولاني داشته باشد .

**ب- دوره بيماري- ابتلا به ایدز :**

كاهش تدريجي نيروي دفاعي و ايمني سلولي در فرد آلوده باعث ميشود تا شخص آلوده در مقابل هر ميكروبي كه وارد بدنش مي گردد نتواند مقاومت نمايد و علائم انواع و اقسام بيماريهاي عفوني و نادر و سرطانهاي مختلف را نشان مي دهد ، بيماريهايي كه در افراد سالم سريعا و بدون هيچ درماني بهبود مي يابند دراين افراد ممكن است ماهها طول كشيده و حتي منجر به مرگ آنان شود .پس تنها زمانی می گوییم فرد مبتلا به ایدز است که دچار نقص سیستم ایمنی شده است

***4- روشهاي تشخيص بيماريهاي عفوني*** *:*

در هر بيماري عفوني بسته به نوع عامل بيماريزا و تاثيراتي كه در بدن ايجاد مي نمايد و نوع پاسخ بدن به آن علايمي بروز مي كند كه از مجموع آن علايم مي توان به نوع ميكروب شك كردو براي تاييد تشخيص ميتوان از روشهاي آزمايشگاهي استفاده نمود .

در روشهاي آزمايشگاهي به دو روش عمل می شود :

**روش مستقیم** : يا بصورت مستقيم عامل بيماريزا را از بدن جدا مي كنند ( كشت و يا ديدن زير ميكروسكوپ و..)

**روش غير مستقيم** : وقتی نمی شود خود میکروب را جدا کرد و از روي مواد ترشح شده توسط ميكروب و يامواد ترشح شده توسط بدن در پاسخ به ميكروب(آنتي بادي هاو ) به وجود عامل بيماريزا پي مي برند***.***

**تشخيص ابتلا اچ آی وی :**

همانگونه كه اشاره شد در دوران ابتلا به اچ آی وی فرد هيچ علامتي ندارد كه بر اساس آن بتوان به اچ آی وی مشكوك شد . همین موضوع تشخیص اچ آی وی را با مشکل مواجه ساخته و عده زیادی هستند که مبتلا هستند اما خود نیز از وضعیت ابتلا خود مطلع نیستند .همانطور که قبلا نیز اشاره شد، مدتی بعد از ورود ویروس به بدن ، گلبول های سفید به نشانه حضور ویروس ماده ای را در خون ترشح می کند (آنتی بادی ) که آن ماده هم هیچ علامتی ندارد ولی با آزمایش قابل تشخیص است . از زمان ورود ویروس به تا زمانی که گلبول های سفید این ماده را ترشح می کنند ، مدتی بین دو هفته و گاه حتی سه ماه طول می کشد که در این زمان علی رغم اینکه ویروس درون بدن فرد هست حتی اگر فرد آزمایش هم بدهد جواب منفی خواهد بود . به این دوران دوران پنجره می گویند . اما بعد از این دوران که انتی بادی ترشح شود تا آخر عمر فرد در خونش باقی خواهد ماند . لذا تشخیص اچ آی وی فقط بر این مبنا خواهد بود که فرد خون بدهد

بر اساس این توضیحات از زمان ورود ویروس اچ آی وی به بدن انسان سه مرحله زیر وجود دارد :

1. دوره پنجره : ویروس در بدن هست . هیچ علامتی وجود ندارد .آزمایش خون هم منفی است
2. دوره اچ آی وی : ویروس در بدن هست . هیچ علامتی وجود ندارد .آزمایش خون هم مثبت است
3. دوره ایدز : ویروس در بدن هست . علامت عفونت های دیگر وجود دارد .آزمایش خون هم مثبت است

توجه به اين نكته بسيار حائز اهميت است كه با وجود دوران پنچره (مدت زماني كه ويروس وارد بدن شده اما سطح آنتي بادي به حد قابل تشخيص در خون نرسيده است ) واينكه علي رغم آلودگي هنوز تستهاي آزمايشگاهي مثبت نشده است ، هيچگاه وجود يك آزمايش منفي دليل قطعي براي عدم ابتلا فرد نيست و به تواترهاي زماني مشخص بايستي مجددا مورد مشاوره و آزمايش قرار گيرد . ضمنا با توجه به دوران پنجره انجام آزمايش بلافاصله پس از وقوع يك رفتار پرخطر امري غير ضروري است.

**پس نتیجه می گیریم : تنها راه تشخیص اچ آی وی آزمایش خون است که آنهم ممکن است در چند ماه اول ورود ویروس به بدن ممکن است به شکل کاذب منفی باشد .**

**ه-درمان بيماريهاي عفوني :**

در اغلب مواردمداخلات پزشكي در درمان بيماريهاي عفوني به تجويز داروهايي منجر مي گردد كه موجب تضعيف و يا مرگ عوامل بيماريزا مي گردند و بسته به اينكه عامل بيماريزا در چه سلول و يا ارگاني از بدن مستقر شده اشكال و انواع داروهايي مورد استفاده قرار مي گيرندكه توان دستيابي به آن عامل را داشته باشند ، وگاه بواسطه عكسل العمل هاي شديد بدن پزشك ناچار به تجويز داروهايي ميشود كه موجب تخفيف اين عوارض گردد (آنتي هيستامين در سرماخوردگي و …)

**درمان بيماري ايدز:**تاكنون داروي موثري كه بتواند ویروس را کامل از بین ببرد وجود ندارد . اما داروهای مناسبی وجود دارند که می توانند تعداد ویروس را درخون به شدت کم کرده و مانع پدید آمدن علایم مرحله ایدز شوند . مراقبت مستمر افراد مبتلا به اچ آی وی و درمان به موقع عفونت ها و بیماریهای دیگر می تواند در به تعویق انداختن مرحله بیماری بسیار موثر باشد .

**پس نتیجه می گیریم : با مراقبت و دریافت دارو ، بیماران می توانند سالیان متمادی زندگی سالم و بدون مشکل را تجربه کنند**

**جمع بندی:**

1. عامل بیماریزا شناخته شده است . خارج از بدن انسان قارد به زندگی نیست و از بین می رود
2. ویروس مقاومی نیست ودر خارج از بدن به راحتی با مواد ضد عفونی کننده معمولی از بین می رود
3. چون فقط درون گلبول های سفید زندگی می کند پس فقط از طریق خون و ترشحات منتقل می شود پس در روابط معمولی و اجتماعی به راحتی منتقل نمی شود. و فرد مبتلا هیچ خطری در زندگی معمولی برای دیگران ندارد .
4. حتی اگر فردی مبتلا بشود به شرطی که تعداد ویروسها ی بیشتری وارد نشود و فرد تحت مراقبت قرار گیرد می تواند سالهای متمادی حتی تا 30 سال کاملا بدون علامت بوده و هیج مشکلی برای خودش و دیگران نداشته باشد
5. با دریافت دارو و مراقبت های به موقع می توان سطح ویروس در خون را به شدت پایین آورد و ورود به فاز بیماری را به تعویق بیندازد

آیا با توجه به مطالب پیشگفت ایدز می تواند بیماری خطرناکی باشد ، پاسخ این سوال را از دو بعد فردی و اجتماعی در زیر بررسی می کنیم :

**ارزیابی بیماری از بعد فردی و اجتماعی :**

**از بعد اجتماعی :**

بیماریهای عفونی از این نظر مهم هستند که می توانند افراد دیگر را هم مبتلا کنند و تبدیل به یک اپیدمی شوند . چند عامل وجود دارد که قدرت ایجاد همه گیری در هر بیماری عفونی را می تواند مشخص کند :

**اول عامل بیماری زا** : اگر عامل بیماریزا در یک بیماری عفونی قوی و مقاوم باشد و مدتها در محیط خارج از بدن زنده بماند اغلب این فرصت را پیدا می کند که به دیگران منتقل شود .

**درخصوص HIV :** عامل بیماریزا یک ویروسی است که در مدت خیلی کوتاهی خارج از بدن می میرد . یک ویروسی که ضعیف بوده و جز در بدن انسان قدرت زندگی و تکثیر ندارد **پس بیماری اچ آی وی از این نظر بیماری خطرناکی نیست**

**دوم راه انتقال :** عوامل بیماریزا از راه های مختلف می توانند وارد بدن انسان شوند . کنترل بعضی از این راههای سخت تر است و بیماری راحت به دیگران منتقل می شود . مثلا اگر بیماری از راه تنفس منتقل شود چون همه مردم نفس می کشند می تواند سریع همه گیری ایجاد کند . اگر بیماری از راه خودرن و آشامیدن منتقل شود از یک بیماری تنفسی راحتر می شود کنترلش کرد . بیماریهایی که از طریق تماس پوستی منتقل می شوند را از دو راه قبلی راحت تر کنترل می شوند . اگر یک بیماری از راه خون و ترشحات جنسی منتقل شود . له نظر می رسد باید خیلی راحت در جامعه کنترل شود چون ما در حالت معمول در یک محیط اجتماعی : همه نفس می کشیم - با درجات کمتر احتمال خوردن و آشامیدن مواد مشترک برایمان وجود دارد – و با درجات خیلی کمتر ممکن است با همدیگر تماس پوستی داشته باشیم – اما در حالت معمول و روابط اجتماعی معمول قرار نیست خون و ترشحات افراد با یکدیگر تماس داشته باشد .

**درخصوص HIV** : عامل بیماریزا فقط از طریق خون و ترشحات جنسی منتقل می شود پس منطقا بیماری اچ آی وی باید به راحتی قابل کنترل باشد چون ما در زندگی روزمره خونمان را با خون فرد دیگر در تماس قرار نمی دهیم . **پس از این نظر نیز بیماری اچ آی وی نمی تواند بیماری خطرناکی باشد .**

**از بعد فردی :**

**شدت بیماری ایجاد شده** : بعضی از عوامل بیماریزا به محض ورود به بدن شروع به تخریب سلولهایی از بدن کرده و یا سیستم دفاعی بدن برای نابودی دشمن وارد شده موادی ترشح می کند که خود باعث آزار بدن می شود .که این عمل و عکس العمل موجب می شود علائم بیماری ظاهر شود . هر چه این تخریب ها بیشتر باشد علائم بیماری شدیتر بوده و فرد آزار بیشتری می بیند و در مان آن سخت تر می شود گاه این علائم آنقدر شدید است که اصلا امکان درمان را با مشکل مواجه می سازد

**درخصوص HIV** : عامل بیماریزا وارد گلبول های سفید ( پادگان بدن ) شده و جالب است که باعث تخریب هیچ جای بدن نمی شود و بدن هم در برابر آن ماده ایی ترشح نمی کند که باعث تخریب جدی شود. تنها کاری که اچ آی وی می کند مانند مهمان ناخوانده ایست که در طول زمان به تدریج توان گلبول های سفید را کم و کم تر می کند و چون سیستم ایمنی ضعیف شده در برابر بقیه عوامل بیماریزا نمی تواند مقاومت کند و آنچه ما به عنوان بیماری ایدز می شتاسیم فقط علامت های از سایر بیماریها ی است **پس منطقا بیماری اچ آی وی خودش به تنهایی بیماری با شدت زیاد نیست**

**سرعت بیماری ایجاد شده** : بعضی از زمان ورود عامل بیماریزا به بدن تا زمانی که علائم بیماری ظاهر شود مدتی طول می کشد که اصطلاحا دوره نهفتگی بیماری می باشد . این دوران برای بعضی از بیماریهای عفونی خیلی کوتاه است . یعنی عامل بیماریزا به محض ورود به بدن بیماری را ایجاد و برای بعضی خیلی طولانی هر جه این مدت طولانی تر باشد فرد دیرتر از علائم بیماری رنج خواهد برد

**درخصوص HIV :** مدت نهفتگی بیماری خیلی طولانی است و این مدت بین 5 سال تا 30 سال گزارش شده بود اخیرا گزارش شده افرادی هم هستند که این مدت برای آنها بیش از 35 سال بوده پس فرد مبتلا به ویروس اچ آی وی تا مدت بیشتر از 35 سال می تواند بدون اینکه هیچ درد و یا مشکل خاصی داشته باشد زنده باقی بماند و همانطور که گفته شد بعد از انهم آنچه ایجاد علامت می کند ، خود اچ آی وی نیست بلکه اگر فرد مبتلا به یک بیماری عفونی دیگر شود چون کارائی سیستم ایمنی اش کم شده علامت های آن بیماری دوم را نشان را می دهد . 35 سال مدت کوتاهی نیست . **پس از این نظر نیز بیماری اچ آی وی نمی تواند بیماری خطرناکی باشد .**

**داروها و امکان درمان** : درمان بیماریهای عفونی با دو هدف انجام می شود . یکی نابود کردن عامل بیمایزا در بدن فرد دوم اقداماتی که منجر شود قدرت عامل بیماریزا در بدن کم شود و نتواند منجر به تخریب بدن شود

**درخصوص HIV** : گرچه هنوز دارویی پیدا نشده است که عامل بیماریزا را از بین ببرد . اما داروهای زیادی وجود دارد که به روش دوم هم تعداد ویروس در خون را کم کرده از طرف دیگر چون اچ آی وی به وسیله ضعف سیستم ایمنی باعث ایجاد بیماریهای دیگر می شود داروهایی هم هستند که با تقویت سیستم ایمنی می توانند بروز علائم را به شکل چشمگیری به تاخیر بیندازند پس فرد مبتلا به ویروس اچ آی وی با استفاده از این داروها می تواند به یک زندگی عادی و بدون علامت باز گردد. **پس از این نظر نیز بیماری اچ آی وی نمی تواند بیماری خطرناکی باشد .**

**داروها و امکان پیشگیری از ابتلا** : بعضی از مواد داروئی به نام واکسن هستند که بدن را مسلح به سلاحی می کنند که وقتی عامل بیماریزا وارد بدن شود قبل از ایجاد بیماری آن را بکشند و نابود کنند . بعضی داروها هم هستند که با استفاده به موقع از آنها می شود کاری کرد تا قبل از آنکه عامل بیماریزا به سلول های مورد علاقه اش برسد و در بدن جایگزین شود آن را از بین ببرد . در حالت دوم خیلی مهم است این داروها فورا بعد از ورود عامل به بدن فرد استفاده شوند

**درخصوص HIV :** گرچه هنوز واکسنی پیدا نشده است که بدن زا در مقابل عامل بیماریزا ایمن کند . اما داروهای زیادی وجود دارد که به روش دوم می توانند عمل کنند . مثلا اگر مادر بارداری خودش اچ آی وی دارد با خوردن داروها توسط مادر در زمان بارداری هم تعداد ویروس در خون او کم می شود .و هم ارگر نوزاد به محض تولد از ان داروها مصرف کند اگر عامل هم وارد بدنش شده باشد داروها مجال جایگزینی به ویروس را در گلبول های سفیدش نمی دهند به احتمال خیلی زیاد مبتلا به اچ آی وی نخواهد شد پس فرد مبتلا به ویروس اچ آی وی می تواند بچه دار شود در حالی که خطر ابتلا کودکش بسیار پائین است **پس از این نظر نیز بیماری اچ آی وی قابل کنترل است .**

**سایر روش های امکان پیشگیری از ابتلا** : یکی دیگر از روش هایی که در پیشگیری از ابتلا به بیماریهای عفونی مورد استفاده قرار می گیرد استفاده از بعضی ابزارهایی است که مانع ورود میکروب به بدن می شود . مثلا برای پیشگیری از ابتلا به بیماری تنفسی می توان از ماسک تنفسی استفاده کرد . برای پیشگیری از ابتلا به یک بیماری تماس پوستی می توان از دستکش استفاده کرد . و برای پیشگیری از یک بیماری جنسی می توان از کاندوم استفاده کرد

**درخصوص HIV** : چون راه ورود میکروب به بدن خون است و ترشحات جنسی ، کافی است سوزن آلوده وارد خون فرد نشود و در تماس های جنسی افراد از کاندوم استفاده کنند پس فرد مبتلا به ویروس اچ آی وی می تواند ازدواج کند و اگر کاندوم استفاده شود شریک جنسی وی از خطر ابتلا مصون خواهد بود **پس از این نظر نیز بیماری اچ آی وی قابل کنترل است .**

:به نظر می رسد:

**اچ آی وی یک بیماری عفونی است که در حالت معمول نسبت به سایر بیماریهای عفونی از قدرت همه گیری خیلی پائین تری برخوردار است و قاعدتا از بعد اجتماعی بیماری خطرناکی نباید باشد و جز بیماریهای عفونی است که تا مدت های طولانی در حد 35 سال و بیشتر فرد بدون علامت بوده و ضمن آنکه در روابط معمول اجتماعی خطری برای سایرین ندارد خودش هم می تواند زندگی معمولی داشته باشد . و بعد از آن هم اگر تحت درمان قرار گیرد باز علائم بیماری برطرف می شود و فرد مجددا می تواند زندگی معمولی داشته باشد . تا جایی که اگر از وسائل پیشگیری استفاده کند می تواند ازدواج کند و اگر تحت مراقبت قرار گیرد می تواند بچه دار نیز شود**

سوال مهم : به نظر می رسد بین این توضیحات و آمارهای ارائه شده در دنیا تضاد وجود دارد :

***در بعد اجتماعی :اگر همه گیری بیماری به همین راحتی قابل کنترل است ، پس چرا اینقدر سرعت انتشارش در سراسر دنیا بالا بوده است ؟چرا بعضی از کشورها از این بیماری خالی از سکنه شده اند؟***

***دربعد فردی : با این توضیحات بیماری اچ آی وی یک بیماری است که فرد بدون هیچ مشکلی می تواند سالهای زیادی با آن زندگی معمولی داشته باشد . 35 و حتی 20 سال زمان کمی نیست و وقتی هم علامت هایش شروع شود باز هم با گرفتن دارو می تواند راحت زندگی کند انگار مثلا یک بیماری مزمن مثل دیابت گرفته .... پس چرا اینهمه وحشت از بیماری وجود دارد ؟***

***به عبارت دیگر چه عاملی وجود دارد که بیماری ایدز را از یک بیماری عفونی ساده قابل کنترل تیدیل به معضلی کرده است که اینهمه رعب و وحشت را به همراه داشته و منجر به این گسترش وسیع شده است :***

**ایدز یک بیماری عفونی ساده و قابل کنترل**

**ایدز یک معضل بزرگ و پیچیده بهداشتی**

**از بعد اجتماعی**

گرچه در نگاه اول خطر همه گیری باید فقط باید در بین افرادی باشد که مدام در معرض تزریق خون آلوده به ویروس هستند اما این اتفاق در بین معتادین تزریقی در صورتی که تزریق مشترک داشته باشند نیز می افتد .گروه دیگری که در معرض همه گیری هستند افرادی هستند که مدام با تعداد زیادی فرد دیگر وبدون استفاده از کاندوم رابطه جنسی دارند .

اما واقعیت این است همه افراد مبتلا لزوما جز این دو گروه نیستند . مسلما وقتی ما می گوئیم کشوری خالی از سکنه شده معنی اش این نیست که درآن کشور همه مردم اعتیاد تزریقی داشته اند و یا روابط جنسی غیر ایمن داشته اند . مثلا همسر یک معتاد تزریقی که خودش نه اعتیاد تزریقی دارد و نه روابط جنسی متعدد با دیگران فردی است که می تواند به ویروس مبتلا شود . از طرف دیگر بیماری علامتی ندارد و خود این فرد ممکن است هرگز متوجه ابتلا خودش نشود و حالا اگر این فرد زن باشد و بچه دار شود چون خودش دارو مصرف نکرده و بچه دارو مصرف نکرده ، بچه وی مبتلا می شود . بچه ایی که مسلما نه معتاد تزریقی است و نه یک تن فروش ! یا اگر این فر از همسر خود جدا شود و ازدواج دومی انجام دهد که همسر دوم هم که نه اعتیاد دارد و نه روابط جنسی متعدد با دیگران و جز گروه های خاص جامعه نیست هم مبتلا می شود . و به این ترتیب با یک نگاه عمیق تر می بینیم همه گیری بیماری فقط مختص به یک گروه خاص نیست و به تدریج همه گیری می تواند به غیر از آن گروه ها در سایر جامعه هم اتفاق بیفتد.

گرچه همه اینها می تواند اتفاق نیفتد با رعایت چند شرط ساده :

1. خونها مورد ارزیابی قرار گیرند و خونهای آلوده حذف شوند .
2. مصرف کنندگان تزریقی مواد از تزریق مشترک اجتناب کنند
3. افراد در روابط جنسی از کاندوم استفاده کنند

**وسه شرط مهم دیگر :**

1. افراد مبتلا از وضعیت ابتلا خود خبر داشته باشند و در روابط جنسی با همسر خود از کاندوم استفاده نمایند خطر ابتلا به همسر کاهش می یابد
2. زنان مبتلا از وضعیت ابتلا خود خبر داشته باشند و در صورت بارداری تحت مراقبت قرار گیرند و خطر ابتلا به نوزاد کاهش می یابد
3. افراد مبتلا از وضعیت ابتلا خود خبر داشته باشند با مصرف دارو سطح ویروس در خون آنها پایین آمده و خطر ابتلا به سایرین کاهش می یابد

اما افراد از ترس قضاوت دیگران ، حاضر نیستند بیماری خود را اعلام کنند و تحت مراقبت قرار نمی گیرند و به این ترتیب زنجیره انتقال قطع نخواهد شد .

**در بعد فردی**

اموزش های غلط از یک طرف و راه های انتقال بیماری که آن را جز بیماریهای رفتاری دسته بندی کرده است منجر شده انگ مرتبط با " اعتیاد " و "روابط جنسی " با بیماری عجین شده است و از طرفی در خصوص وحشت مردم از فرد مبتلا به اچ آی وی تنها عامل دانش نا کافی در این خصوص است .مردم از فردی می ترسند که هیچ خطری نمی تواند برای انها و جامعه انها داشته باشد و همه اینها باعث می شود فرد برای مراقبت و درمان اقدام نکند .زیرا همین قضاوت عمومی در مورد آنان است برایشان همراه وحشتی است که صدها برابر بیش از هر بیماری مهلک می تواند زندگی انان را تحت تاثیر قرار دهد و این وحشت آنقدر زیاد است که خیلی وقت ها حاضر نیستند برای انکه رازشان برملا نشود برای مراقبت مراجعه کنند و به این ترتیب فرد تحت مراقبت قرار نمیگیرد درست به همین علت فرد به تدریج مبتلا به انواع عفونت ها ی دیگر مانند سل و ...می شود که خود عفونت ها با افزایش بار بر روی سیستم ایمنی ، سیستم ایمنی فرد را ضعیف تر می کند و فرد زودتر از مرحله عفونت اچ آی وی به مرحله بیماری ایدز وارد می شود . به این ترتیب عوارض بیماری و عفونت های همراه او را از پا در می اورد و در هر حال وقتی مراقبت نشوند هم علائم بیماریشان زودترنمایان می شود .

حال اگر انگ ناشی از بیماری وجود نداشته باشد چه اتفاقی می افتد :

در بعد فردی

1. افراد مبتلا یک زندگی عادی مانند دیگران خواهند داشت .
2. تحت مراقبت قرار می گیرند و بروز علائم بیماری در آنها به تاخیر طولانی خواهد افتاد.
3. اگر علائم بروز کند ، تحت درمان قرار می گیرند و باز زندگی آنها نرمال خواهد شد.

دربعد اجتماعی

1. وقتی مراقبت می شوند بیمار عفونی دیگری مثل سل و... را نخواهند گرفت که بخواهند ان بیماری را به کس دیگری منتقل نخواهند کرد.
2. همسر آنها تنها با یک اقدام ساده استفاده از کاندوم مبتلا نشده و نمی تواند منجر به ادامه زنجیره انتقال به جامعه باشد
3. زنجیره انتقال از مادر به کودک تنها با مصرف چند دارو قطع می شود وفرزند آنان مبتلا نمی شود و به این ترتیب خطر همه گیری کمتر می شود .
4. با مصرف دارو در زمان بروز علائم بیماری ، مقدار ویروس در خون پائین می آید و به ترتیب خطر انتقال به دیگران حتی در تماس های اتفاقی و احتمالی بسیار کم می شود

آیا این اتفاق به شکل واقعی در جایی افتاده است ؟

بله تمام کشورهایی که موفق به حذف یا کاهش میزان این ترس شده و انگ و بدنامی را از بیماری جدا کرده اند متناسب با میزان موفقیتشان ، همه گیری بیماری به همان میزان کمتر شده و بعضی از انها موفق به کنترل کامل بیماری شده اند و هر کشوری که میزان این باور های غلط و انگ و بدنامی در ان زیاد باشد ، به سرعت به سمت همه گیری های وسیعی پیش می رود

**ایدز یک بیماری عفونی ساده و قابل کنترل**

**ایدز یک معضل بزرگ و پیچیده بهداشتی**

**انگ و بدنامی**

**افراد مبتلا به اچ آی وی به چه مراقبت هایی نیاز دارد ؟**

همانطور که اشاره شد ویروس اچ آی وی خود منجر به هیچ صدمه ای نمی شود و فقط با استفاده از امکانات گلبول های سفید به تدریج موجب نقص عملکرد و کار آیی گلبول های سفید می شود و تمام مشکلات مرتبط با ایدز زمانی اتفاق می افتد که کارآیی گلبول سفید کاهش یابد . به همین خاطر کلیه مراقبت های ایدز حول دو محور زیر است:

1. **تقویت سیستم ایمنی** **و جلوگیری از هر آنچه موجب تضعیف آن می شود**
2. **جلوگیری از ورود ویروس های بیشتر و کم کردن بار ویروس ها در خون**

**هدف نظام مراقبت و درمان اچ آی وی**

**کاهش تعداد ویروس**

**افزایش قدرت**

**سیستم ایمنی**

**خدمات ارائه شده به افراد مبتلا:**

1. **تشخیص ، پیشگیری و مراقبت و درمان** **عفونت های همراه** :هر عاملی که منجر شود قدرت سیستم ایمنی را کم کند می تواند منجر شود فرد زودتر به فاز بیماری وارد شود مانند انواع عفونت ها که توسط نظام مراقبتی مورد ارزیابی قرار می گیرند و در صورت وجود علایمی از آنها سریعا مورد درمان قرار می گیرند تا سیستم ایمنی ضعیف نشود .
2. **ارزیابی وضعیت بیماری و تعیین مرحله بیماری** :از طرفی وضعیت سیستم ایمنی مدام به وسیله معاینه و آزمایش ارزیابی می شود و به محضی که لازم باشد فرد تحت درمان قرار می گیرد .
3. **درمان ایدز** :به محضی که فرد وارد فاز بیماری شود داروهای ضد ایدز به وی ارائه می شود
4. **واکسیناسیون** :واکسیناسیون از ابتلا به بیماریهای عفونی جلوگیری می کند
5. **کاهش آسیب**:به فرد وسایل کاهش آسیب و کاندوم داده می شود تا مانع ورود ویروس های جدید شود .
6. **مراقبت و مشاوره با همسر و خانواده** : ***تنها در صورت رضایت بیمار*** وضعیت شرکا جنسی وی هم برای جلوگیری از ورود ویروس بیشتر به بدن فرد و هم از نظر پیشگیری و درمان شریک مورد ارزیابی قرار می گیرد
7. **مشاوره :**استرس و شرایط روحی یکی از عوامل مهمی هستند که منجر به کاهش قدرت سیستم ایمنی می شوند ، لذا مشاوره و کمک به توانمند شدن روحی روانی افراد یکی دیگر از خدمات ارائه شده به این افراد است
8. **حمایت :**سوتغذیه نیز از عوامل مضعف سیستم ایمنی است ، لذا در صورت لزوم فرد برای دریافت کمک های مالی معیشتی به سیستم های حمایتی ارجاع می شود

**بخش سوم: HIV-AIDS**

**فصل دوم :اصول و روش های تشخیص**

همانطور که در فصل قبل اشاره شد . عفونت اچ آی وی علامت ندارد و ملاک تشخیص آزمایش است .

**آنتی بادی چیست ؟**

وقتی هر میکروبی وارد بدن می شود ، سیستم ایمنی بدن آن را به عنوان یک عامل غریبه و دشمن می شناسدو بر علیه آن میکروب ماده ای را ترشح می کند که به آن "آنتی بادی " می گویند . به آن بخشی از میکروب که باعث تحریک سیستم ایمنی می شود نیز آنتی ژن می گویند .

**آنتی ژن :** تمام یا قسمتی از ساختمان میکروب است

**آنتی بادی :** ماده ایی که سیستم ایمنی بدن بر علیه آنتی ژن می سازد .

سیستم ایمنی بدن بر علیه هر میکروبی (برعلیه هر آنتی ژنی ) ، آنتی بادی مخصوصی را ترشح می کند . آنتی بادی ها که واکنش بدن نسبت به میکروب ها هستند ، به تشخیص بیماریها هم کمک می کنند . به این ترتیب که اگر مثلا آنتی بادی ضد یک میکروب را در خون پیدا کنیم می توانیم به صورت غیر مستقیم متوجه شویم آن میکروب وارد بدن فرد شده است .

برای تشخیص بیماریها دو روش وجود دارد :

**روش مستقیم** : که خود میکروب و یا انتی ژنهای ان را در بدم فرد پیدا کنیم

**روش غیر مستقیم** : پیدا کردن آنتی بادی ها به این ترتیب بدون یافتن میکروب ، از وجود آنتی بادیها به صورت غیر مستقیم متوجه می شویم میکروب وارد بدن شده است

ویروس HIV هم مانند سایر میکروب ها وقتی وارد بدن شخصی شود سیستم ایمنی بر علیه آن  آنتی بادی می سازد اگر در خون شخصی٬ آنتی بادی بر علیه HIVوجود داشته باشد این بدان معنی است که ویروس  HIV وارد بدن فرد شده است پس اگر به طریقی بتوانیم وجود این آنتی بادی را در بدن فرد اثبات کنیم به صورت غیر مستقیم وجود ویروس را اثبات کرده ایم به همین خاطر روش های آزمایشگاهی اچ آی وی هم مانند سایر عفونت ها بر دو مبنای کلی زیر استوار است **:**

**۱ - روش مستقیم ( جستجوی آنتی ژن ):** تست های که به جستجوی نشانه هایی از خود ویروس ( آنتی ژن) می پردازند. این تست ها چون باید وجود خود ویروس یا قسمتی از ساختمان آن را جستجوکنند ، نیاز به امکانات و تجهیزات دقیق تر دارند و افراد متخصص می توانند آنها را انجام دهند . تست های گرانی هستند وفقط برای شرایط خاص مثل تشخیص بیماری در نوزادان و یا ارزیابی نتایج درمان اچ آی وی استفاده می شوند و جز تستهای تشخیصی مرسوم نیستند

**2- روش غیر مستقیم (جستجوی آنتی بادی ):** تست های که به جستجوی پاسخ بدن بر علیه ویروس ( آنتی بادی می پردازند. این تست ها در دسترس ، ارزان ، ساده و دقیق هستند

**مراحل انجام تست های سنجش آنتی بادی در تشخیص اچ ای وی :**

از زمانی که ویروس وارد بدن می شود تا زمانی که سطح آنتی بادی در خون به حدی برسد که قابل اندازه گیری باشد ممکن است از 2 هفته تا 3 ماه طول بکشد. که همانطور که قبلا نیز گفته شد به آن زمان "**دوران پنجره** " می گویند . یعنی زمانی که علی رغم اینکه ویروس در بدن وجود دارد جواب تست منفی است

مسلما در این زمان چون هنوز آنتی بادیهای به حد قابل اندازه گیری نرسیده اند ، جواب آزمایش فرد منفی است و این درحالی است که ویروس در بدن فرد وارد شده است ( منفی کاذب ) پس **یک پاسخ منفی اچ آی وی نمی تواند دلیل کافی برای عدم ابتلا فرد به اچ آی وی باشد**  بنابراین اگر فردی جواب تست منفی داشته باشد بهتر است تست بعداز ۳ ماه مجددا تکرار شود .

گاهی انتی بادی های تولید شده بر علیه چند میکروب ممکنه شبیه هم باشند و فقط اختلاف های کمی با هم داشته باشند . مثلا آنتی بادی ویروس اچ آی وی و آنتی بادی ویروس آنفولانزا بسیار شبیه هم هستند ، بهمین خاطر گر تست تشخیصی خیلی دقیق نباشد ممکنه نتواند اینها ار از هم جدا کند . مثلا اگر فرد آنتی بادی آنفولانزا را داشته باشد ، تست اچ آی وی وی هم مثبت شود . اما هر چه تست دقیق تر باشد این خطا کمتر اتفاق می افتد .

اشکال تست هایی که قدرت تشخیص اختصاصی کافی برای تشخیص دقیق را دارند تست هایی ویزه و گران تری هستند و هر جایی نمی تواند آنرا انجام دهد . این امر باعث می شود دسترسی به تست به سختی امکان پذیر باشد .

به همین خاطر تست اچ آی در سه مرحله انجام می شود :

**1. مرحله اول : آزمون الایزا (Elisa)  1/تست سریع :**

الیزا 1 و تست سریع در مرحله اول از یک آزمایش بسیار ساده ؛ نسبتا ارازان و بسیار حساس استفاده می شود این تست یعنی نسبت به هر نشانه کوچکی که شبیه آنتی بادی های ضد اچ ای وی باشد هم حسایست نشان داده و آنها را هم مشخص می کند . پس چه آنتی بادی اچ آی وی و چه هر آنتی بادی دیگری شبیه آن وجود داشته باشد مثبت می شود . این موضوع باعث می شود فرد چیزی را ازدست ندهد

* **اگر آزمایش الایزا /تست سریع منفی باشد** : یعنی هیچ نشانه ای از آنتی بادی اچ ای وی و حتی آنتی بادیهای مشابه آنهم وجود نداشته است در این صورت پاسخ آزمایش منفی اعلام می شود **یعنی آنتی بادی اچ آی وی درخون فرد وجود ندارد**.
* **اگر آزمایش الایزا/ تست سریع مثبت باشد** یعنی در خون فرد یک آنتی بادی شبیه آنتی بادی اچ آی وی دیده شده است. حالا این آنتی بادی دقیقا مربوط به اچ ای وی است یا بیماری دیگر که انتی بادی شبیه اچ آی وی دارد با این تست قابل تفکیک نیست .با توجه به آنکه آزمایش الایز ا نسبت به موارد شبیه آنتی بادی اچ ای وی هم بسیار حساس است ، بامثبت شدن آن نمی توان قاطعانه گفت فرد اچ آی وی دارد و باید این جواب با آزمایش های دیگری که بیشتر مخصوص اچ آی وی هستند تائیدشود بهمین دلیل دو آزمایش دیگر زیر باید انجام شود .

**2. مرحله دوم : آزمون الایزا (Elisa)  2**

* **آزمایش الایزای** 2- یک آزمایش الایزای دیگر است که فقط برای مواردی انجام می شود که الایزای اول آنها مثبت باشد .که اگر آنهم مثبت بود باید سومین آزمایش انجام شود

**3. مرحله سوم : وسترن بلات (**Western blot test)

این آزمایش هم به جستجوی آنتی بادی می پردازد اما عمدتا نسبت به آنتی بادیهای اختصاصی مربوط به اچ ای وی واکنش نشان می دهد . این آزمایش نسبتاً گران است وانجام آن نیز مشکل است .و فقط بر افرادی انجام می شود که دو آزمایش قبلی آنها مثبت بوده باشد . مثلا اگر دو ازمایش قبلی به خاطر وجود انتی بادیهای شبیه اچ آی وی (مثلا آنتی بادی انفولانزا )مثبت شده باشد تست وسترن بلات منفی می شود چون این تست صرفا مخصوص اچ آی و ی است و سایر انتی بادی ها انرا مثبت نمی کنند

* **آزمایش وسترن بلات -** و فقط زمانی انجام می شود که دو آزمایش الایزای مثبت وجود داشته باشد و به عنوان یک آزمون تأیید کننده به کار می رود. درصورتی که جواب وسترن بلات هم مثبت باشد آنوقت می شود قاطعانه (99.9%) گفت آنتی بادی اچ آی وی در بدن فرد وجود دارد و **جواب مثبت** اعلام می شود
  + **اگر آزمایش وسترن بلات منفی باشد** : یعنی آنتی بادیهایی که جواب دو تست قبلی را مثبت کرده بودند مر بوط به اچ آی وی نبوده و فرد مبتلا به اچ آی وی نیست .
* اگر آزمایش **الایزای اول منفی باشد ،جواب منفی اعلام می شود** و نیازی به بقیه آزمایشها نیست
* اگر آزمایش الایزای اول مثبت باشد باید دو آزمایش تکمیلی انجام شود و **فقط زمانی جواب مثبت اعلام می شود که هرسه آزمایش مثبت باشند**.

:

**نحوه تفسیر پاسخ :**

* پاسخ منفی یعنی انتی بادی دیده نشد . که چون اگر فرد در مراحل اول بیماری باشد هنوز فرصت نکرده آنتی بادی بسازد یک جواب منفی نمی تواند ثابت کند فرد مبتلا به اچ آی وی نیست .
* **پاسخ مثبت** یعنی آنتی بادی اختصاصی اچ ای وی در خون وجود داشته ، پس قاطعانه می توان گفت ویروس وارد بدن شده است وفرد مبتلا به اچ ای وی است.

**\*تست سریع اچ ای وی:**

در حال حاضر تمهیداتی اندیشده شده که مرحله اول الیزا را می توان به جای آزمایش خون در لوله آزمایش به کمک یک قطره خون به روی یک برگه های مخصوص انجام داد . و پاسخ در عرض 20 دقیقه آماده می شود .

پس همانطور که در خصوص الیزا بیان شد :

* **اگر نتیجه تست سریع منفی باشد** اقدام تشخیصی دیگری لازم نیست . فقط با توجه به دوران پنجره باید فرد سه ماه بعد مجددا مورد آزمایش قرار گیرد
* **اگر نتیجه تست سریع مثبت باشد ، به معنی ابتلا قطعی به اچ ای وی نیست** و ممکن است به دلیل وجود انتی بادیهای دیگر باشد و فرد حتما باید برای انجام دو مرحله آزمایش تاییدی بعدی به مراکزی ارجاع شود که امکان انجام تست الیزای دوم و تست وسترن بلات را داشته باشند .

**ویژگیهای مکان های انجام تست اچ آی وی**

مطابق قوانین بین المللی و دستورالعمل های ملی انجام تست اچ آی وی زمانی باید انجام شود که پنج شرط زیر محقق شده باشد .

1. آزمایش باید به شکل کاملا آگاهانه و با رضایت فرد انجام شود .
2. دسترسی به خدمات مشاوره فراهم باشد
3. کلیه اطلاعات باید کاملا محرمانه باقی مانده و اصل راز داری به شکل کامل رعایت شود
4. از تست های آزمایشگاهی معتبر و تایید شده استفاده شود
5. امکان بر قراری ارتباط با مراکز درمان و مراقبت تخصصی وجود داشته باشد

این پنچ اصل به عنوان **5C** معروف است که معادل :

1. **C**onsent = رضایت آگاهانه
2. **C**onfidentiality= حفظ محرمانگی و رازداری
3. **C**ounselling=مشاوره
4. **C**orrect test results =تست معتبر و صحیح
5. **C**onnection=امکان بر قراری ارتباط با سطوح ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان

لذا حتی اگر در مرکزی ازنظر آزمایشگاهی امکان انجام تست اچ آی وی وجود دارد ، تا فرد آموزش دیده برای مشاوره اولیه و جلب رضایت بیمار وجود نداشته باشد و یا شرایط لازم برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار مهیا نباشد ، نباید تست اچ آی وی انجام شود و تنها در صورتی می تواند مبادرت به انجام تست نماید که

** دقت کنید** :با توجه به انگ و تبعیض موجود در خصوص بیماری اچ ای وی ، در موارد زیادی بیمار حاضر نیست به غیر مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری که مسئولیت مراقبت اچ ای وی را بر عهده دارند در این خصوص با افراد یا مراکز دیگر صحبت کند . این موضوع به قدری جدی است که در بسیاری موارد در صورت مشخص شدن ابتلا آنان به اچ آی وی از ادامه دریافت سایر خدمت ( ازجمله درمان سل ، مراقبت بارداری و .... ) امتناع می کنند. لذا حتی اگر فرد در مرکزی تست اولیه اچ آی وی را انجام دهد ، با نتیجه مثبت برای تایید تشخیص به مراکز مشاوره ارجاع شود

**فقط به شرط رضایت فرد ، مرکز ارائه کننده تست اولیه می تواند از نتیجه تست تاییدی خبر دار شود**

به همین دلیل ، روند اعلام پاسخ آزمایش فقط توسط خود بیمار به فرد ارائه کننده تست اولیه صورت می گیرد و حتی در آنصورت هم فرد درمان کننده باید ضمن رعایت کامل اصول رازداری از اعلام این خبر به سایر افراد اعم از ارائه دهندگان خدمت و خانواده و نزدیکان بیمار بدون موافقت فرد بیمار جدا خودداری کنند.

**گروههای هدف برای بیماریابی اج آی وی :**

ازیک طرف انگ و بدنامی همراه اچ آی وی باعث می شود افراد برای تشخیص بیماری اقدام نمی کنند و ازطرف دیگر اچ آی وی تا سالهای متمادی علامت ندارد و ممکن است حتی خود فرد هم نداند مبتلا است ، پس تعداد موارد شناخته شده همیشه بسیار کمتر از موارد واقعی است .از طرف دیگر هر چه زودتر افراد شناخته شوند ، عوارض بیماری برای خود و اطرافیانشان کمتر است .

پس لازم است سیستم بهداشتی برای شناسائی زود هنگام بیماران اقدام کند .

و به دلیل بی علامت بودن بیماری تنها راه شناسائی ، آزمایش تشخیصی اچ ای وی است که مطابق مطالب پیشگقت آزمایش هم با مشکلاتی از جمله موارد زیر همراه است، که انجام تست غربالگری برای همه را مقرون به صرفه نمی کند :

* + انجام آزمایش اچ آی وی مراحلی کاملا تخصصی دارد و نیازمند تجهیزات پایه آزمایشگاهی و نیروی تخصصی و ... است .
  + مطابق قوانین بین اللملی علاوه بر زیرساخت های معمول ، وجود سه شرط ( رضایت آگاهانه فرد- دسترسی به مشاوره –حفظ کامل رازداری ) برای انجام تست اچ آی وی واجب است
  + پاسخ منفی آزمایش اچ آی وی به معنی عدم ابتلا فردبه اچ آی وی نیست
* پاسخ مثبت اگر با شرایط استاندارد اعلام نشود می تواند باعث عوارض زیاد و غیر قابل جبران برای فرد و خانواده اش باشد .

پس بهترین روش ، وجود برنامه برای شناسائی فعال موارد اج آی در دو گروه زیر است:

1. **گروه های که احتمال ابتلا به اچ آی وی بیشتراست :** مثل افراد با رفتارهای پرخطر

2.**گروه های که تشخیص و درمان سریع برایشان حیاتی است** و تاخیر تشخیص می تواند عوارض جبران ناپذیری داشته باشد مانند زنان باردار ( تشخیص به موقع و دریافت داروی پیشگیری می تواند ضریب ابتلا نوزاد را به 5% برساند ) و **بیماران مبتلا به سل**

**سیاست های شناسائی موارد اچ آی وی در گروه های جمعیتی خاص :**

1. **اطلاع رسانی Information**  :در ساده ترین روش ، تنها اطلاع رسانی به گروه های جمعیتی مختلف که می توانند برای انجام تست به کجا مراجعه کنند. این سیاست معمولا برای جمعیت عمومی مناسب است و در کمپین ها مورد استفاده قرار می گیرد .این روش بسیار وابسته به میزان تاثیر گذاری برنامه اطلاع رسانی است .
2. **ارزیابی خطر :Risk assessment** در این حالت غربالگری**[[1]](#footnote-1)☸** به کمک ارزیابی خطر در گروه جمعیتی خاصی اتفاق می افتد مانند مادارن باردار یا مبتلایان به سل . در این صورت لازم نیست همه افراد مورد آزمایش قرار گیرند.ابتدا افرادی که دارای یکی از عوامل خطر ( اعتیاد ، روابط جنسی محافظت نشده ، وجود عامل خطردر همسر و.... ) هستند شناسائی می شوند و آن افراد برای انجام آزمایش ارجاع می شوند. یعنی در اصل ا**رائه دهندگان خدمت مبتنی بر پاسخ بیمار انتخاب می کنند چه کسی را ارجاع دهند**  . اشکال این روش این است که اغلب افراد راحت از عوامل خطر مرتبط با اچ ای وی صحبت نمی کنند و بهمین علت ، عده ای که واجد شرایط بوده و احتمال ابتلایشان بالاست در تور غربالگری نمی افتند . تا قبل از این در کشور ما نیز از همین سیاست تبعیت می کرد .
3. *توصیه به انجام آزﻣﺎﻳﺶ توسط ﻣﺸا***ور Provider-Initiated Testing** :توصیه به انجام تست ، به دو شکل OPT-OUT و OPT-IN انجام می شود .در این روش به همه افراد یک گروه جمعیتی مثلا همه مادارن باردار ، همه مبتلایان به سل ، همه افراد مصرف کننده تزریقی مواد و .... صرفنظر از وجود یا عدم وجود عوامل خطر توصیه می شود تست بدهند . اما اگر فرد تمایل نداشته باشد می تواند تست ندهد لذا در این فرم نهایتا **خود فرد ارزیابی خطر برای خود را انجام می دهد** و لازم نیست از این عوامل با توصیه کننده صحبت کند و چون توصیه به همه انجام می شود ، قبول انجام آزمایش اج آی وی در ان مرکز با انگ و برچسب خوردن همراه نخواهد بود . در این روش ممکن ا فرادی هم جز گروه هدف نیستند هم راغب به انجام آزمایش شوند . نتیجه این غربالگری بسیار وابسته است به مهارت فردی که توصیه به انجام تست را انجام می دهد ، لازم نیست فرد توصیه کننده حتما مشاور باشد ، اما فرد باید دوره های آموزشی مرتبط را به شکل حضوری یا غیر حضوری بگذراند . توصیه به انجام تست در حال حاضر در کشور ایران جایگزین سیاست غربالگری با روش ارزیابی خطر شده است .
4. **غربالگری عمومی Screaming :** این سیاست معمولا در اچ آی وی به صورت عام اعمال نمی شود چون با اصل رضایت منافات دارد در این روش . **همه که بیماران بلا استثنا مورد آزمایش** قرار می گیرند. این روش تنها در موارد خاصی مانند اهدا کنندگان خون انجام و نه با هدف بیماریابی بلکه با هدف غربالگری خون و تامین خون سالام انجام می شود .

**5-فراهم نمودن امکان دسترسی به خدمات تشخیصی اچ آی وی**

از یک طرف همانطور که قبلا اشاره شد علاوه بر تجهیزات و تکنیک های آزمایشگاهی برای راه اندازی مراکزی که خدمات تشخیصی ارائه می دهند تحقق چهار شرط رضایت آگاهانه فرد- دسترسی به مشاوره –حفظ کامل رازداری ،و امکان اتصال به خدمات مراقبتی نیز ضرروی است که همین موضوع توسعه تعداد مراکز تشخیصی را با محدودیت مواجه می کند .

از طرف دیگر افزایش فعالیت هایی مانند مشاوره های انگیزیشی ،توصیه به انجام تست ، ارزیابی عوامل خطر و گسترش آموزش ها ، که با هدف بیماریابی اچ آی وی در گروه های مختلف بدیهی است با افزایش متقاضیان اقدامات تشخیصی اچ ای وی روبه رو خواهیم شد .شناسائی اولیه موارد با هر کدام از سیاست های فوق انجام شود و صرفنظر از اینکه افراد به دنبال ارزیابی خطر و یا توصیه به انجام تست ، حاضر شده اند تحت آزمایش قرار بگیرند ، ارائه دهنده خدمت باید اورا به محلی مطمئن برای این کار ارجاع دهد. که بعضا موانعی مانند بعد مسافت و یا ملا حضات دیگر مانند عدم تمایل فرد به رفتن مراکز مشاوره این روند را بیشتر دچار وقفه می کندولذا لازم است به نوعی امکانی فراهم شود که دسترسی ا فراد حداقل به مراحل ابتدایی تشخیص فراهم شود . امروزه با هدف فراهم کردم دسترسی استفاده از تست سریع اچ ای وی در سطوح مختلف ارئه خدمات بهداشتی و درمانی با افزایش روز افزونی همراه است .این اقدام به دلائلی مانند اینکه انجام تست سریع اچ آی وی بسیار ساده بوده و نیاز به زیرساخت ها و تجهیزات پیچیده ندارد ، و نتیجه آن معادل یکی از مراحل تشخیص اچ آی وی است امری سیار منطقی و مقرون به صرفه به نظر می رسد .درصورت استفاده از تست سریع در بین گروهای تحت بیماریابی ،می توان برای کاهش تعداد ارجاع ها استفاده کرد به عبارت دیگر بعد از شناسائی اولیه با هر کدام از روش های گفته شده ، با یک روش غربالگری دوم از بین داوطلبین به انجام تست افرادی را ارجاع نمود که احتمال بیشتری برای ابتلا دارند. تست های سریع اچ آی وی با کمک یک قطره خون که از سر انگشت فرد گرفته می شود انجام می شوند می توانند در این امر کمک کننده باشند . اگر این تست منفی باشد می توان با آن را به عنوان پاسخ منفی تست به اچ ای وی قلمداد کرد و دیگر نیازی به ارجاع این فرد نیست و فقط افرادی ارجاع شوند که نتیجه تست سریع مثبت دارند . به عبارت دیگر این تست بیشتر از آنکه جنبه تشخیصی داشته باشد ، روشی برای غربالگری است و انجامش منجر می شود تعداد ارجاع ها کم شود .علاوه بر کاهش نیاز به ارجاع از مزایای دیگر آن عبارت است از اینکه برای انجام این تست نیاز به تجهیزات آزمایشگاهی خاص و امکانات خونگیری و... وجود ندارد .

**هرگز نباید فراموش کرد که با توجه به اینکه تست سریع یکی از مراحل تشخیص اچ ای وی است ، تنها در شرایطی باید استفاده شود که شروط سه گانه آزمایش تشخیصی اچ آی وی ( رضایت آگاهانه فرد- دسترسی به مشاوره –حفظ کامل رازداری ) محقق باشد .**

بخش چهارم – توصیه به انجام تست

فصل اول – کلیات و سیاست های کشوری

تاریخچه :

به دنبال گسترش اپیدمی اچ ای وی و لزوم گسترش خدمات تشخیصی و فراهم اوردن امکان دسترسی به این خدمات ، سیاست PITC مکمل سیاست VCT در امر شناسائی و تشخیص شد .

در بحث توصیه به انجام تست ، مشاوره پیش از آزمون که مشاوره ای در حد 40 تا 120 دقیقه بود جای خود را به یک توضیح مختصر درحد 5تا 10 دقیقه می دهد در این روش لزومی ندارد ارزیابی خطر انجام شود . به افراد توصیه می شود تست انجام دهند ، شرایط انجام تست برای انها فراهم است ، اما اگر فرد تمایلی به انجام تست نداشته باشد ، می تواند تست را انجام ندهد .

سیاست توصیه به انجام تست در کشورهایی که اپیدمی متمرکز دارند برای گروه های جمعیتی خاصی که احتمال ابتلا بالاتر داشته و یا در گروه های جمعیتی که تشخیص به هنگام اچ آی وی از اهمیت زیادی برخوراد است مانند مبتلایان به سل و مادارن باردار صورت می گیرد . تعیین گروه های جمعیتی که مشمول برنامه توصیه به انجام تست هستند را سیاست های کلان کشوری مبتنی بر شواهد موجود تعیین می کند . کشورهایی که اپیدمی در مرحله منتشر است ، توصیه به انجام تست برای همه افراد جامعه انجام می شود . در سال 2006 مرکز کنترل بیماریها در امریکا (CDC) مصوب کرد به کلیه افراد بالای 15 سال که به هر دلیلی به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنند توصیه به انجام تست اچ آی وی انجام شود.

انواع روش های توصیه به انجام تست :

در کلیه حرف مانند صنعت و خدمات تبلیغاتی الکترونیک ، ... فعالیت های ارائه یک خدمت یا تبلغات جلب مشتری بادو روش باعنواین زیر ارائه می شوند :

Opt-In: در این روش خدمت مورد نظر به فرد معرفی می شود و درصورتی که فرد رضایت داشت خدمت را دریافت می کند . مثلا یگ گروه ایمیلی برای فرد دعوتنامه می فرسد و اگر فرد بخواهد عضو گروه می شود

An opt-in policy requires a potential customer to self-select the services they wish to ubscribe to, and how any information they provide may be used. In the other words an opt-in system is one in which a person needs to actively indicate interest or a desire to be a part of something

Opt-Out: در این روش خدمت مورد نظر به فرد ارائه می شود و درصورتی که فرد رضایت نداشته باشد از دریافت خدمت امتناع می کند. مثلا فرد را در یگ گروه ایمیلی عضو می کنند و اگر فرد نخواهد از گروه خارج می شود .

An opt-out policy is where an existing customer receives electronic communications—usually on the basis of a prior relationship In the other words an opt-out arrangement makes users part of a system, and provides them with the opportunity to remove themselves from it.

در خصوص توصیه به انجام تست اچ آی وی نیز مثل ارائه هر خدمتی این موضوع صادق است . توصیه انجام تست اچ آی وی نیز می تواند به هر دو روش زیر صورت گیرد :

Opt-In PITC HIV Test: در این روش به فرد گفته می شود به این دلایل بهتر است شما مورد تست اچ آی وی قرار بگیرید ، ایا راضی هستید شما را برای تست اچ آی وی بفرستیم ( فعالیت های VCT نوعی ارائه تست به روش Opt in هستند ) رضایت فرد می تواند به صورت شفاهی و یا کتبی باشد

An **Opt-in testing**means testing is offered and the patient is required to actively give permission before it can occur.

Opt-Out PITC HIV Test: در این روش به فرد گفته می شود ما در اینجا برای همه افراد تست اچ آی وی را هم انجام می دهیم . اگر فرد مخالفت نکند تست انجام می شود ولی اگر فرد مخالفت کند تست نباید انجام شود .این روش ، روشی است که در کشور ما برای اغلب آزمایش ها اتفاق می افتد . (پزشک درخواست آزمایش را می نویسید و اگر فرد تمایل نداشته باشد آنرا انجام نمی دهد

An Opt-out testing means performing an HIV test after notifying the patient that the test is normally performed but that the patient may elect to decline or defer testing. Assent is then assumed unless the patient declines testing

** دقت کنید** روش Opt out به این معنی نیست که فرد مجبور است تست را انجام دهد و حتما این جمله باید به او گفته شود :

**" شما مجبور به انجام تست نیستید و مختار هستید اگر نمی خواهید تست را انجام ندهید "**

“Opt-out testing” does not mean that you **MUST** take an HIV test. **In general, you have the right to refuse an HIV test**

**سیاست کشوری توصیه به انجام تست**

**1.جمعیت هدف** سیاست کنونی کشور مبتنی بر توصیه به انجام تست به روش opt out در گروه های جمعیتی زیر است

الف گروه هایی که اپیدمی متمرکز در آنها وجود دارد و یا بالقوه با خطر بالاتر ی برای ابتلا مواجه هستند :

1. مصرف کنندگان تزریقی مواد
2. مصرف کنندگان مواد محرک
3. شریک جنسی مصرف کنندگان مواد
4. زنان در معرض بیشترین آسیب
5. مردان در معرض بیشترین آسیب
6. زندانیان
7. کودکان خیابانی
8. مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
9. شرکا جنسی مبتلایان به اچ آی وی

ب-گروه هایی که تشخیص به هنگام و درمان اچ آی وی در انان از اهمییت ویژه ای برخوردار است

1. مادران باردار
2. مبتلایان به بیماری سل

ج-جوانان و جمعیت عمومی فقط در غالب کمپین های اطلاع رسانی

**2.روش تست :**

الف – ادغام انجام تست اولیه ( تست سریع / الیزا1) در بسته سایر خدماتی که این افراد دریافت می کنند

ب- انجام تست های تاییدی الیزا 2 و وسترن بلات در پایگاه های مشاوره پس از انجام VCT

بخش چهارم – توصیه به انجام تست

فصل دوم – فرآیندهای اجرایی

فرآیندهای اجرایی توصیه به انجام تست :

|  |  |
| --- | --- |
| images.jpg---.jpg | **1.ایجاد تمایل به انجام تست :**ابتدا فرد در خصوص 1. کلیات اچ آی وی و 2. مفاهیم مرتبط با تشخیص اچ آی وی مطابق استانداردهای آموزش انگیزشی آموزش می بیند . این کار زمینه را برای اثر بخش بودن نتیجه توصیه به انجام تست کمک کننده است .  \*گاهی شرایط انجام فرآیند اول وجود ندارد در این شرایط مستقیما فرآیند دوم ( توصیه به انجام تست ) انجام می شود . اما اگر فرد توصیه به انجام تست را رد کرد در آنصورت لازم است فرآیند اول حتما انجام شود . |
| 2.jpg | **2.توصیه به انجام تست** : به فرد اعلام می شود : " در این مرکز برای همه ازجمله شما تست اچ آی وی انجام می شود " نتیجه تست کاملا محرمانه است و سپس فرد برای انجام تست راهنمایی می شود . تنها در صورتی تست انجام نمی شود که فرد مخالفت کند . در اینصورت فرآیند 1 تکرار می شود . |
| determine-hiv-1-2-strip-01.jpgimages.jpg00.jpg | **3.انجام تست :** مطابق دستورالعمل استاندارد مربوطه تست انجام می شود . لازم است در زمان انجام تست روش کار برای فرد شرح داده شود . و در صورتی که بخش دوم فرآیند اول ( مفاهیم مرتبط با تشخیص اچ آی وی) انجام نشده است ، بهتر است در این مرحله کلیات تفسیر نتایج تست نیز شرح داده شود. |
| 2.jpg | **4.اعلام پاسخ** : مطابق دستورالعمل استاندارد مربوطه پاسخ باید اعلام شود حتی اگردر فرآیند اول و یا قبل از انجام تست راجع به تفسیر پاسخ صحبت شده لازم است در هنگام اعلام پاسخ مجددا توضیح داده شود :   * 1. اگر جواب منفی شود : فرد با دانستن مفهوم دوران پنجره بداتد که نیازمند تکرار تست است   2. اگر جواب مثبت شود: فرد باید بداند این به معنی ابتلا قطعی نیست و باید برای تایید تشخیص اقدام کند |
| images (26).jpg | **5.ارجاع به سطح دو مشاوره :** فرد با فرم ارجاع به سطح دو ارجاع می شود و نتیجه ارجاع به شرح زیر پیگیری می شود :مرکز درمان کننده تنها در صورتی از نتیجه نهایی آزمایش مطلع می شوند که خود فرد به این امر رضایت داشته باشد و خودش نتیجه را اعلام کند . مرکز نباید در خصوص نتیجه آزمایش کنجکاوی نموده و پیگیری انجام دهد . تنها باید مطمئن شود فرد ارجاع شده به مرکز مشاوره مراجعه کرده است . از آنجا که در مراکز مشاوره برای همه مراجعین اعم از مثبت یا منفی ، پرونده مشاوره تشکیل می شود . مرکز درمان ارجاع دهنده برای حصول اطمینان از مراجعه فرد به مرکز مشاوره و تشکیل پرونده برای وی است . لازم است کد شناسائی فرد در مرکز مشاوره را در پرونده وی وارد کند برای آگاهی از این کد باید اقدامات زیر انجام شود: |

**مراحل ارجاع و پیگیری نتایج :**

|  |  |
| --- | --- |
| images.jpg---.jpg | * **1.** یک معرفینامه به مرکز مشاوره صادر کنید. |
| 2.jpg | * ***2.*** فرد با معرفینامه به مرکز مشاوره مراجعه می کند ***.*** |
| 2.jpg | * **3.**مرکز مشاوره ، فرم ارجاع را مهر و شماره پرونده مشاوره را درآن ثبت می کند |
| 2.jpg | * **4.**برگه توسط بیمار به مرکز ارجاع دهنده عودت شود **.** |
| images (26).jpg | * **5.** شماره پرونده مرکز مشاوره را در پرونده بیمار ثبت کنید. |
| 2.jpg | * اگر بیمار پاسخ ارجاع را همراه ندارد |
| images.jpg,,,.jpg | * **6.**شماره پرونده را از مرکز مشاوره دریافت کنید |
| images (11).jpg | * **7.** لیست افراد ارجاع شده را داشته باشد و در صورتی که شماره پرونده مرکز مشاوره در آن ثبت نشده موضوع را پیگیری کنند |

**سه ماه بعد**

فلو چارت خدمات مشاوره سطح اول

اجزا فرآیندهای اجرای در سطح اول مشاوره

*اجزا هر کدام از فرآیندهای فوق برای هر یک از گروه های هدف بنا به مقتضیات آن گروه در " راهنمای مشاورین سطح اول " ویژه هر کدام از گروه های هدف نوشته شده است . در ادامه یکی از اجزا فرآیندی به عنوان نمونه برای گروه بیماران مبتلا به سل*

*آمده است*

ابرای هر فرآیند باید 12 جز استاندارد به شرح زیر تعریف شده است:

1. **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** به این ترتیب ما می توانیم لیستی از افرادی که باید این خدمت را دریافت کنند تهیه کنیم و کسی برای دریافت این خدمت ازقلم نخواهد افتاد
2. **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** ما به این ترتیب می توانیم بفهمم بعد از ارائه خدمت آیا به هدف تعیین شده رسیده ایم یا نه .
3. **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** روش اجرا خدمت مهم است که مطابق استاندارهای تعیین شده باشد به گونه ایی که بتواند ما را به هدف اصلی برساند
4. **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** درست است که خدمات به صورت مجزا تعریف شده اند اما در اصل هر خدمت مانند یک تکه پازل است که وقتی معنی پیدا می کند که بدانیم نقش اصلی آن در برنامه اصلی چیست و برای این باید بدانیم چگونه در کنار سایر تکه های پازل ( سایر خدمات) قرار می گیرد. خدمات این برنامه نیز مانند تکه های پازلی هستند که تنها زمانی به نتیجه می رسند که به درستی در کنار یکدیگر قرار گیرند ، گرچه ممکن است شما تنها متولی همین خدمت باشید ، اما لازم است بدانید خدماتی که قبل ، بعد و یا همزمان با این خدمت ارائه می شوند کدام ها هستند، زیرا در آنصورت هم می دانید با چه کسانی باید در ارتباط باشید و همچنین با اطلاع داشتن از خدمات دیگری که ارائه می شود از دوباه کاری بعضی از اقدامات و اتلاف وقتتان جلوگیری می شود
5. **چگونه مطمئن شویم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** نحوه ارتباط با خدمات قبل و بعد را را نشان می دهد تا اگر ما متولی فقط یک خدمت هستیم مطمئن شویم فرد خدمت بعدی را از مسئول ارائه آن خدمت دریافت کرده است. همانطور که مشاهده شد خروجی این خدمت به منزله ورودی یک یا چند خدمت دیگر است ، در رابطه با هر خدمت مهم است که بدانیم فرد وارد چرخه خدمات تکمیلی شده است یا خیر
6. **این خدمت حداکثر باید در چه مدت زمانی ارائه شود** ؟ زمان ارائه خدمت بسیار مهم است و بسا خدماتی که اگر در زمان مقرر ارائه نشوند ما را به نتیجه مطلوب مورد نظر نمی رسانند
7. **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** مسئول ارائه خدمت را مشخص می کند **.** مسلما ارائه دهندگان خدمت در قسمتهای مختلف مشغول کار هستند و هر کدام مسئولیت های خاص خود را دارند انچه در این قسمت اشاره می شود تنها مربوط به این خدمت است :
8. **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود** ؟ ثبت و گزارش دهی یکی از ارکان اصلی اجرا یک فرآیند خدمت است و باید به صورت استاندارد و هماهنگ و یکسان انجام شود . در نظام ثبت : ما باید هر آنچیزی که در پیگیری موارد و یا برای گزارش دهی لازم داریم را ثبت کنیم در نظام گزارش دهی : ما باید اعداد و مطالبی را گزارش کنیم که به کمک ان بتوانیم بفهمیم آیا به اهداف برنامه رسیده ایم ؟
9. **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** شما می توانید چک لیستی از مراحل مختلف اجرا فرآیند را داشته باشید و از خود بپرسید آیا همه مراحل را درست انجام داده اید یا نه . به این اقدام خود ارزیابی می گویند . اگر شما برای هر فرآیند این اقدام را مدام انجام دهید به شما در ارائه بهتر خدمت کمک خواهد کرد
10. **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی** ) شما با توجه به هدف فرآیند بعدداز انجام هر فرآیند دقت کنید چه مقدار از هدف مربوطه محقق شده است.
11. **چه عواملی مانع می شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** گاهی علی رغم اینکه ما تمام تلاش خود را در جهت اجرا صحیح خدمات می کنیم ، اما عواملی منجر می شوند که ما به نتیجه مطلوب برای آن خدمت نرسیم ، این سوال باید مدام مد نظرتان باشد و به هر مانعی که حین اجرای طرح متوجه برخوردید ، آنرا ثبت کنید با توجه به پاسخ های نه و ده فکر کنید که چه چیزهایی مانع شده تا شما کار را به درستی انجام دهید و یا به نتیجه مطلوب برسد.
12. **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد** ؟ فکر کنید چه تغییراتی در نحوه اجرای این فرآیند می شود داد تا بهترین نتیجه حاصل شود

قالب نوشتاری برای همه فرآیندها ثابت است و برای هر جز یک فرآیند یک نمای شماتیک در نظر گرفته شده است و به این ترتیب ، استفاده کنندگان در صورت لزوم می توانند موضوع مورد نظر در یک فرآیند را به سهولت پیدا کنند .

|  |
| --- |
| 1. **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** |
| 1. **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** |
| 1. **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** |
| 1. **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** |
| 1. **چگونه مطمئن شویم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** |
| 1. **این خدمت حداکثر باید در چه مدت زمانی ارائه شود ؟** |
| 1. **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** |
| 1. **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** |
| 1. **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش** |
| 1. **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** |
| 1. **چه عواملی مانع می شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** |
| 1. **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** |
| 1. **خلاصه روند و مسیر جریان مراحل مختلف خدمت ؟** |

| **فرآیند 1-1 – ترغیب برای انجام تست- آموزش کلیات ایدز** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** | | | |
|  | | 1. همه مبتلایان به سل فعال بالای 15 سال 2. والدین مبتلایان به سل زیر 15 سال | |
| **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** | | | |
|  | ا**هدف اصلی** آموزش اچ آی وی به عنوان یک بخش اصلی از فرآیند توصیه به انجام تست ( همراه چهار بخش دیگر) ترغیب فرد به انچام تست اچ آی وی است . در این بخش شما زمینه فکری بیمار برای شنیدن توصیه به انجام تست را آماده می کنید  **هدف جانبی** 1  در این مقطع ما اچ آی وی آموزش می دهیم تا ضمن افزایش آگاهی فرد درخصوص بیماری اچ آی وی و کاهش رفتار های پرخطر  **هدف جانبی**2  واقعیت بیماری اچ آی وی را بداند ، و باورهای غلط احتمالی که باعث ترس اوشده برطرف شود بداند هر کسی می تواند به این بیماری مبتلا شود و بیماری مربوط به گروه خاصی نیست  **هدف جانبی**3  بداند شما به عنوان یک کارمند بهداشتی به این موضوع باور دارید ، لذا زمینه برای اینکه اتصال وی به سیستم های تشخیصی تخصصی تر و نظام مراقبت اچ آی وی در صورت لزوم فراهم می شود .   * دقت کنید هدف از اینکار ترساندن بیمار از عواقب و عوارض اچ آی وی نیست و برعکس باید آموزش به گونه ای ارائه شود که باورهای غلط و ترس از بیماری مانع همکاری بیمار در امر تشخیص و مراقبت و درمان نشود . | | |
| **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** | | | |
|  | * توجه کنید شما قبل از اجرا این فرآیند لازم است دستورالعمل نحوه آموزش بیماری ایدز را (بخش اول این مجموعه )به دقت مطالعه کرده باشید. * فرآیند آموزش اچ آی وی به مبتلایان سل تنها زمانی باید انجام شود که بخش اول فرآیند یک (آموزش بیماریهای همراه سل ) انجام شده باشد . در غیر اینصورت فرد مبتلا به سل که در گیر و دار بیماری سل است توضیحات شما را بی ارتباط با مشکل کنونی خود می داند و دقت کافی را نخواهد داشت * **1 – انتخاب روش آموزشی**   شرایط موجود در مرکز خود را ارزیابی کنید و با توجه به دستورالعمل نحوه آموزش انگیزشی یکی از روش های آموزشی زیر را برای ارائه آموزش انتخاب کنید:اولویت اول ارائه آموزش فردی به شکل مشارکتی و اولویت دوم آموزش گروهی به شکل مشارکتی  h.jpgimages.jpg5.jpg  2**– محتوای آموزشی**  **5.jpg**شما برای جزئیات کامل محتوای اموزشی و روش های آموزشی و نحوه ارائه مطلب می توانید از دستورالعمل نحوه آموزش ایدز استفا ده کنید و در این جا فقط به مفاهیمی کلی اشاره شد ه که لازم است به مخاطب منتقل شود. **در تمام مراحل مراقب باشید نگرانی او را بیشتر نکنید نکنید** .توجه به هدف اصلی آموزش در تمام مراحل آموزش به شما در ارائه موثرتر آموزش کمک می کند.  **توجه کنید : محتوای آموزشی و مثال های به کار رفته**  **در این قسمت تنها برای مشخص کردن کلیات پیامی است که باید به بیمار منتقل شود . لذا شما باید این مفاهیم را با هر بیانی که مخاطب شما بهتر درک می کند به او منتقل کنید و در صورت لزوم ازکلمات مترداف و مثا لهای دیگر متناسب با فرهنگ و دانش مخاطب استفاد کنید**   * **ابتدا دانش و نگرش فرد را در خصوص بیماری اچ آی وی بسنجید**.  1. شما به نتیجه این ارزیابی برای تصحیح دانش و باور فرد نیاز دارید . اگر قبل از ارزیابی شروع به آموزش کنید ، ضمن آنکه ممکن است مسائل تکراری به فرد ارائه دهیدکه از قبل می دانسته است ، ممکن است در خصوص نقاط کور دانش وی و یا باورهای غلط احتمالیش به اندازه کافی صحبت نکنید .    * **کلیات بیماری اچ آی وی را به عنوان یک بیماری عفونی برای او شرح دهید** 2. داستان بیماریهای عفونی ، شبیه داستان کشوری است که مورد کشورگشایی و حمله دشمن قرار گرفته است . در این داستان بدن انسان ،کشور خودی است . بدن انسان ، دارای یک سیستم ایمنی است که کارش محافظت از بدن در برابر عوامل بیگانه است . اگر بدن انسان را کشور خودی فرض کنیم ، سیستم ایمنی بدن می شود ارتش آن کشور که وظیفه دفاع از کشور را بر عهده دارد. 3. میکروب ها ، عامل اصلی ایجاد بیماریهای عفونی هستند ، میکروب ها ب در این داستان نقش دشمنی را دارند که به کشور حمله کرده اند . 4. اچ آی وی هم یک بیماری عفونی است مثل بقیه بیماریهای عفونی که توسط یک میکروبی ایجاد می شود که اسمش اچ آی وی است . 5. هر میکروبی ، در یک قسمت از بدن انسان می تواند زنده بماند ، بعضی ها درون روده ها را ترجیح می دهند ، بعضی ها دوست دارند در خون و ترشحات بدن زندگی کنند ، بعضی ها ریه ها را دوست دارند ، بعضی ها ممکن است به پوست بدن علاقه داشته باشند .درست به همین علت ، راه ورود میکروب ها به بدن نیز متفاوت است ، 6. ویروس اچ آی وی یه تفاوت عمده با بقیه میکروب ها دارد و آن این است دقیقا به جایی علاقه دارد که ارتش بدن است . یعنی اچ آی وی دوست دارد وارد سیستم ایمنی بدن شود .    * به **او کمک کنید که باور کند بیماری اچ آی وی هیچ علامتی ندار د:** 7. وقتی میکروبی وارد هر قسمت دیگری از بدن وارد شود ، سیستم ایمنی آنرا به عنوان دشمن می شناسد و برای از بین بردنش به آن قسمت بدن حمله می کند مثل ارتش که به جنگ دشمن می رود .این جنگ باعث می شود موادی ترشح شود و قسمت هایی از بدن که در آن بین سیستم ایمنی و میکروب جنگ رخ داده خراب شود 8. اما چون یروس اچ آی وی دقیقا در همان جایی می رود که دشمن را می شناسد ، یعنی درون خود سیستم ایمنی ، پس سیستم ایمنی قادر نیست آنرا به عنوان دشمن بشناسد . چون سیستم ایمنی که نمی تواند خودش را برای از بین بردن این میکروب تخریب کند در اصل ویروس اچ آی وی دشمنی است که به بدن حمله نمی کند ، بلکه جاسوسانی را درون سیستم ایمنی بدن می فرستد. 9. علامت بیماریها در اصل به دو علت به وجود می آید اول اینکه خود ممیکروب بدن را تخریب می کند و دوم جنگ بین سیستم ایمنی و میکروب باعث تولید علامت می شود. 10. ویروس اچ آی وی مانند یک جاسوس وارد سیستم ایمنی ( ارتش ) بدن می شود و چون نه جایی را تخریب می کند و سیستم ایمنی هم آن را به عنوان دشمن نمی شناسد پس اقدامی بر علیه اش انجام نمی دهد پس بیماری هیچ علامتی ندارد 11. از ظاهر هیچ فردی نمی شود فهمید مبتلا به اچ آی وی است. 12. چون بیماری علامت ندارد خیلی ها هستند که ویروس وارد بدنشان شده اما حتی خودشان هم خبر ندارند     * **فرق اچ آی وی و ایدز را برایش شرح دهید:** 13. میکروب اچ آی وی سالها بدون علامت در بدن باقی می ماند ویروس فقط درون گلبول سفید زندگی می کند و حتی منجر به تخریب سیستم ایمنی هم نمی کند وتنها از توان گلبول سفید برای زنده ماندن خودش استفاده می کند در این شرایط فرد بیمار نیست و فقط حامل اچ آی وی است . این زمان ممکن است حتی 20 سال هم طول بکشد. 14. به تدریج گلبول های سفید که توان خود را صرف تغذیه ویروس اچ آی وی کرده اند ، دیگر توان مقابله با سایر بیماریها را ندارد و حالا اگر فرد در برابر یک میکروب دیگر قرار بگیرد ، ب مانند قبل ارتش بدن نمی تواند برود و آن میکروب را از بین ببرد . 15. اچ آی وی همچنان بی علامت است اما هر چه سیستم ایمنی بدن ضعیف تر شود فرد علامت سایر بیماریهای عفونی را نشان می دهد بیماریهایی که مثل قبل زود و راحت خوب نمی شوند در این شر ایط که فرد علامت بیماریهای عفونی دیگر را نشان می دهد می گوئیم مبتلا به ایدز شده است. 16. فاصله بین اچ آی وی و ایدز می تواند سالها طول بکشد ،فرد هر چه زودتر بداند و تحت مراقبت قرار بگیرد این مدت می تواند طولانی تر شود و بر عکس هر عاملی که باعث شود توان سیستم ایمنی کمتر شود این فاصله را کوتاهتر می کرد.     * **راه های ابتلا به اچ آی وی را برایش مرور کنید :** 17. ویروس اچ آی وی اصلاخارج از بدن زنده نمی ماند و در بدن هم فقط درون گلبولهای سفید قادر به زندگی است ، پس فقط از راهی می تواند منتقل شود که گلبولهای سفید منتقل می شوند و چون گلبول سفید در خون و ترشحات هست پس بیماری از این طریق ها منتقل می شود     * **به او کمک کنید که میزان خطر را برای خود ارزیابی کند** 18. بیماری اچ آی وی مخصوص قشر خاصی نیست و ویروس وارد بدن هر کسی شود می تواند فرد را مبتلا به اچ آی وی کند پس همه آدم ها ممکن است ویروس اچ آی وی را در بدن خود داشته باشند اما احتمال ورود اچ آی وی به بدن افرادی که تزریق می کنند ، تماس جنسی بدون کاندوم داشته اند ، خالکوبی مکرر داشته اند و یا همسر افرادی که مصرف کننده تزریقی مواد مخدر هستند بیشتر است . | | |
| **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** | | | |
|  | * **" توصیه به انجام تست "**:. نتیجه خدمت کنونی درونداد خدمت بعدی است | | |
| **چگونه اطمینان حاصل کنیم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** | | | |
|  | * **مطمئن شوید افراد بعد ازاین ،خدمت خدمت توصیه به انجام تست را دریافت می کنند** پس از جلسه آموزشی بلافاصله مبحث توصیه به انجام تست اچ ای وی را به انجام دهید | | |
| **این خدمت باید در چه زمانی ارائه شود ؟** | | | |
|  | * بهترین زمان انجام این فرآیند قبل از توصیه به انجام تست است اما اگر این امکان وجود ندارد ، این خدمت به افرادی ارائه می شود که توصیه به انجام تست را رد کرده اند | | |
| **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** | | | |
|  | این خدمت توسط مشاورین آموزش دیده سطح اول انجام می شود | | |
| **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** | | | |
|  | * **نظام ثبت :**پرونده بیمار - ودفتر ثبت خدمات مرتبط با مراقبت اچ آی وی (\*این فرم برای هر گروه جمعیتی در فرآیند های همان گروه تعیین می شود ) * **نظام گزارش دهی فرم گزارش شماره 1 -** این فرم ماهیانه و از روی دفتر ثبت خدمات مراقبت توسط فرد مسئول آموزش تکمیل می شود ، و توسط مسئول مرکز به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود | | |
| **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** | | | |
|  | | * **خود ارزیابی :** شما در حین ارائه خدمت باید بتوانید به این 9 پرسش از خود پاسخ دهید :  1. آیا من دقیقا می دانم از اجرای این خدمت به دنیال چه هستم؟ 2. آیا راهکار آموزشی انتخاب شده متناسب با وضعیت مرکز است ؟ 3. مشخصات تمام مبتلایان را که در جلسه آموزشی شرکت کرده اند را ثبت کرده ام ؟ 4. آیا همه مبتلایان به سل را آموزش داده ام ؟ 5. آیا اینکار به موقع انجام داده ام ( ظرف مدت دو هفته بعد از شروع درمان ) 6. آیا به موارد زیر در آموزش ارائه شده اشاره شده است ؟  * ارزیابی دانش و نگرش فرد را در خصوص بیماری اچ آی وی * کلیات بیماری اچ آی وی را به عنوان یک بیماری عفونی * بی علامت بودن بیماری اچ آی وی * فرق اچ آی وی و ایدز را برایش شرح دهید:  1. آیا به موانع کار می اندیشم ؟آیا موانعی را که به نظرم رسیده است را ثبت کرده ام ؟ 2. آیا پیشنهادی برای اجرای بهتر طرح دارم ؟آیا این پیشنهاد را ثبت کرده ام ؟ 3. آیا دفتر و فرم آمار را به درستی تکمیل کرده ام | |
| **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** | | | |
|  | | چند درصد از مبتلایان به سل طی دو هفته اول تحت آموزش برای اچ آی وی قرار گرفته اند.   * **صورت:** تعداد مبتلایان به سل که طی دو هفته اول درمان تحت آموزش برای اچ آی وی قرار گرفته اند. و**مخرج** : تعداد کل مبتلایان تشخیص داده شده در همان مقطع زمانی | |
| **چه عواملی ممکن است مانع شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** | | | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند**در هر مرحله از فرآیند که به نظرتان عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید .حتی اگر به نظرتان رسید ، این عامل بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . | | |
| **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** | | | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** در هر مرحله از طرح که اهکاری برای رفع عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند به نظرتان رسید و یا تصور کردید که با اقدام یا اقداماتی به روشی ساده تر می توانیم به نتایج مورد نظر برسیم نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید .حتی اگر به نظرتان رسید ، این پیشنهاد بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . | | |

| **فرآیند 2 –1 ترغیب برای انجام تست – آموزش تست و نحوه تفسیر نتایج تست HIV** | | |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** | | |
|  | | 1. همه مبتلایان به سل فعال بالای 15 سال 2. والدین مبتلایان به سل زیر 15 سال |
| **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** | | |
|  | | **هدف اصلی** از آموزش روش های تشخیص اچ آی وی و تفسیر نتایج ترغیب فرد برای اتصال به سیستم های خدماتی تکمیلی است .  **هدف جانبی** 1  فرد چکونگی دسترسی به آزمایش را دانسته و برای دریافت جواب آزمایش آماده می شود و روش آزمایش را بداند و مفهوم نتیجه مثبت و منفی را درک کند |
| **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** | | |
|  | | * **توجه کنید شما قبل از اجرا این فرآیند لازم است دستورالعمل روش های تشخیصی ایدز را به دقت مطالعه کنید** * **1 – انتخاب روش آموزشی**   h.jpgشرایط موجود در مرکز خود را ارزیابی کنید و با توجه به دستورالعمل نحوه آموزش بیماری سل و ایدز یکی از روش های آموزشی زیر را برای ارائه آموزش انتخاب کنید:اولویت اول ارائه آموزش فردی به شکل مشارکتی و اولویت دوم آموزش گروهی به شکل مشارکتی  **محتوای آموزشی و مثال های به کار رفته**  **در این قسمت تنها برای مشخص کردن کلیات پیامی است که باید به بیمار منتقل شود . لذا شما باید این مفاهیم را با هر بیانی که مخاطب شما بهتر درک می کند به او منتقل کنید و در صورت لزوم ازکلمات مترداف و مثا لهای دیگر متناسب با فرهنگ و دانش مخاطب استفاد کنید**     * 2**– محتوای آموزشی**   **5.jpg**شما برای جزئیات کامل محتوای اموزشی و روش های آموزشی و نحوه ارائه مطلب می توانید از دستورالعمل نحوه آموزش سل و ایدز استفا ده کنید و در این جا فقط به مفاهیمی کلی اشاره شد ه که لازم است به مخاطب منتقل شود. **در تمام مراحل مراقب باشید نگرانی او را بیشتر نکنید نکنید** .توجه به هدف اصلی آموزش در تمام مراحل آموزش به شما در ارائه موثرتر آموزش کمک می کند.   * **برای بیمار به صورت واضح و روشن یکبار دیگر عوامل خطر ابتلا به اچ ای وی را شرح دهیدبرای اینکار لازم است به ترتیب مطالب زیر را بیان کنید راه های ابتلا به اچ آی وی را برایش مرور کنید** :  1. ویروس اچ آی وی اصلاخارج از بدن زنده نمی ماند و در بدن هم فقط درون گلبولهای سفید قادر به زندگی است ، پس فقط از راهی می تواند منتقل شود که گلبولهای سفید منتقل می شوند و چون گلبول سفید در خون و ترشحات هست پس بیماری از این طریق ها منتقل می شود 2. بیماری اچ آی وی مخصوص گروه و افراد خاصی نیست وهر کسی ممکن است مبتلا به این ویروس باشد 3. بعضی عوامل احتمال ابتلا به اچ آی وی را بیشتر می کند و لازم است به دقت مورد توجه قرار گیرد و اگر هر کدام از انها وجود داشته باشد بهتر است فرد برای انجام آزمایش اقدام کند  * مصرف تزریقی مواد مخدر * استفاده از سوزن و سرنگ مشترک در اعتیاد تزریقی (‌حتی برای یک بار) * ابتلاء به بیماری های آمیزشی (مثل سوزاک، سیفلیس، تبخال و زگیل تناسلی) * خالکوبی و حجامت و ... با وسائل غیر استریل * دریافت مکرر خون و فرآورده های خونی * وجود هر کدام از عوامل فوق در همسر فرد * استفاده از مواد محرک * سابقه تجاوز و سواستفاده جنسی * هر گونه تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم با افرادی که حداقل یکی از عوامل بالا را دارند * هر گونه تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم با افرادی که از سابقه ابتلا لنها مطمئن نیستیم * **نگرانی او در خصوص احتمال قضاوت در باره خود برطرف کنید**  1. علاوه بر وجود این عواملی که نام بردیم و وجودش احتمال ابتلا به اچ آی وی را زیاد می کند ، بهتر است افرادی که مبتلا به عفونت هایی می شوند که اچ آی وی هم می تواند عامل ایجاد آن بیماری باشد از نظر اچ ای وی بررسی شوند مثلا در خصوص سل می تواند از مثال فوق استفاده کنید :  * علی رغم آنکه عوامل متعددی می توانند باعث ابتلا به سل می شوند اما **از آنجا که اچ ای وی یکی از آن عوامل می باشد و سل ممکن است یکی از علائم ابتلا به اچ آی وی باشد ؛ پس افراد مبتلا به سل صرفنظر از وجود علائم مذکور در صورت تمایل می توانند برای ارزیابی وضعیت ابتلا به اچ آی وی اقدام کنند.** * **توجه کنید بند 4 اهمیت زیادی دارد زیرا بدینگونه به او خواهید گفت همه افرادی که تمایل به انجام تست دارند لزوما یکی از عوامل خطر را ندارند.** * **به او کمک کنید که میزان خطر را برای خود ارزیابی کند**  1. بیماری اچ آی وی مخصوص آدمهای خاصی نیست و ویروس وارد بدن هر کسی شود می تواند فرد را مبتلا به اچ آی وی کند پس همه آدم ها ممکن است ویروس اچ آی وی را در بدن خود داشته باشند اما احتمال ورود اچ آی وی به بدن افرادی که تزریق می کنند ، تماس جنسی بدون کاندوم داشته اند ، خالکوبی مکرر داشته اند و یا همسر افرادی که مصرف کننده تزریقی مواد مخدر هستند بیشتر است . 2. به عنوان مثال زمانی که گروه هدف مبتلایان به سل هستند :از آنجا که ابتلا به سل خود ممکن است به علت ابتلا قبلی فرد به اچ آی وی باشد پس لازم است کلیه افرادی که مبتلا به سل هستند ، از نظر ابتلا به اچ آی وی ارزیابی شوند و اگر احتمال ابتلا وجود دارد مورد آزمایش قرار گیرند. به این ترتیب قبل از شروع عوارض عفونت توام سل و اچ آی وی فرد این شانس را خواهد داشت که تحت درمان مناسب قرار گیرد. 3. شما می توانید رفتارهای قبلی خود را ارزیابی کنید و اگر دوست داشته باشید به عنوان چک آپ و ارزیابی وضعیت سلامت خود می توانید درخواست کنید که از شما تست اچ آی ی وی به عمل آید . 4. شما مجبور نیستید حتما از عوامل خطر خود با فرد آزمایش کننده صحبت کنید . 5. شما حتی اگر هیچکدام از عوامل خطر را ندارید، ما می توانیم شما را برای انجام تست ارجاع دهیم .   images (65).jpgimages (65).jpgimages (65).jpg توجه کنید : images (65).jpg  images (65).jpgلازم نیست وجود عوامل خطر را تک تک از فرد بپرسید . در صورت تمایل خود او می تواند آنها را به شما اعلام کند .  images (65).jpgimages (65).jpgتوضیحات شما نباید جنبه پرسش و کنجکاوی داشته باشدهدف شما کنکاش در خصوص عوامل خطر نیست و اگر فرد تمایلی به ارائه اطلاعات دقیق نداشته باشد و فقط تمایل خود را به انجام تست ابراز دارد لازم است جهت اقدامات تشخیص ارجاع شود .   * **نگرانی احتمالی او از طرد شدن و قرنطینه شدن را مرتفع کنید :**  1. اچ ای وی در روند معمول قابل انتقال به دیگران نیست لذا هیچ نیازی به جداسازی فرد مبتلا وجود ندارد و موضوع ابتلا افراد به صورت محرمانه باقی خواهد ماند  * ر**وش تشخیص را به او توضیح دهید :**  1. مبنای انجام آزمایش اچ ای وی :   وقتی ویروس وارد بدن فرد می شود ،در ابتدا هیچ اتفاقی نمی افتد بعد از گذشتن حدود 25 روز و گاهی 3 ماه بعد ار ورود ویروس ، بدن ماده ایی را بر علیه آن ترشح می کند به بهش آنتی بادی می گویند . در آزمایش برای تشخیص اچ ای وی در خون فرد وجود آن آنتی بادی را چک می کنند:   1. آزمایش اچ آی وی ، در اصل یک آزمایش خون است. که تنها نشان می دهد ویروس اچ آی ویدر بدن فرد هست یانه حاضر شدن جواب تست معمولا چند روز طول میکشد برای انجام تست HIV نیازی به ناشتا بودن نیست . شما یکبار نمونه خون می دهید   **اول بایک آزمایش ساده در خون به جستجوی آنتی بادی می پردازند :**  8055905-positive-and-negative-icon (1).jpgE.jpgاگر ***هیچ نشانه ایی از وجود آنتی بادی*** نبود ، ***جواب منفی*** اعلام می شود . جواب منفی یعنی اینکه آنتی بادی در خون نبوده و این می تواند به این معنی باشد که ویروس وارد بدن نشده است اما یک استثنا وجود دارد و آن اینکه اگر در مراحل اول ورود ویروس به بدن ،که بدن هنوز فرصت نکرده آنتی بادی بسازد ، آزمایش انجام شود باز هم جواب منفی است . چون سه ماه طول می کشد تا بدن آنتی بادی بسازد . **بهتر است کسانی که آزمایش منفی دارند سه ماه بعد هم دوباره آزمایش بدهند.**  8055905-positive-and-negative-icon (1).jpgاگر در اولین آزمایش که به روش ساده تری انجام می شود نشانه هایی از وجود آنتی بادی را در خون فرد پیدا کنند آنوقت با ید **دو آزمایش دقیق تر** انجام شود تا مطمئن شوند که این نشانه واقعا به دلیل آنتی بادی اچ ای وی بوده است ،چون نشانه وجود آنتی بادی در آزمایش اول ممکن است به دلیل ویروس های دیگر باشد ، اما اگر دو آزمایش تکمیلی هم وجود آنتی بادی اچ آی وی را تائید کنند ، اعلام می کنند **جواب مثبت** است . یعنی آنتی بادی مخصوص اچ آی وی وجود دارد پس این به این معنی است که ویروس وارد بدن شده است.   * از بیمار فقط یک نمونه خون گرفته می شود و این سه آزمایش روی همان یک نمونه خون انجام می شود.  1. گاهی برای اینکه خون زیاد نگیرند آزمایش ساده اول را فقط با یک قطره خون که از نوک انگشت فرد گرفته می شود یک تست سریع انجام می دهند و اگر نشانه وجود آنتی بادی نبود جواب منفی اعلام می شود و لی اگر نشانه را دیدند آنوقت برای انجام دو آزمایش دیگر مجبورند خون بگیرند . مزیت این روش این است جواب اول در عرض 20 دقیقه مشخص می شود ولی اگر مثبت باشد اصلا به معنی ابتلا فرد نیست و فرد باید برای آزمایش های تکمیلی حتما اقدام کند  * **او را ترغیب کنید در امر تشخیص بیماری با شما همکاری کند** :  1. واقعیت این است که در هر حال انجام تست اچ آی وی مفید است :  * اگر نتیجة تست منفی باشد  می داند که فعلا نیاز به اقدام اضافه تری برای ادامه روند درمان ندارد . * اگر نتیجه تست مثبت شود کارهای بسیاری برای مراقبت از سلامت می‌توان انجام داد.و به این ترتیب تحت درمان قرار می سرعت پیشرفت ویروس و بیماری را کم کنند و نگهدارنده سیستم ایمنی باشند همچنین داروهایی برای پیشگیری و درمان برخی بیماریهایی دیگر دریافت می کند که افراد مبتلا به اچ آی وی ممکن است   به آن  گرفتار ‌شوند * **به او اطمینان دهید که خدمات مربوط به تشخیص و درمان و به صورت رایگان و با حفظ کامل محرمانگی در دسترس اوست :**  1. شما اگر هر وقت احساس نیاز می کنید می توانید از مسئول درمان خود بخواهید شما را به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع دهد . در آن مراکز اقدامات تشخیصی و در صورت لزوم درمانی به صورت کاملا رایگان برای شما انجام می شود . 2. نتیجه آزمایش شما کاملا محرمانه خواهد بود و در صورتی که شما تمایل نداشته باشید حتی این مرکز هم از نتیجه تست شما اطلاع نخواهد داشت.تنها پس از مراجعه شما به مرکز مشاوره ، به شما برگه ایی داده می شود که تائید می کند برای اقداما ت تشخیصی و درمانی به آن مرکز مراجعه کرده اید**.**  * **کتابچه " چرا و چگونه برای تشخیص اچ آی وی اقدام کنیم ؟"** را به وی تحویل دهید |
| **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** | | |
|  | | * **"آموزش اچ ای وی "** :که پیش نیاز ارائه این خدمت می باشد. * **فرآیند شماره 2 "توصیه به انجام تست** : در مراکز ی که امکان تست سریع وجود دارد افرادی که بعد از خدمت کنونی داوطلب انجام تست اچ ای وی هستند . باید متعاقبا این خدمت را دریافت کنند . نتیجه خدمت کنونی ( برونداد فرآیندکنونی ) گروه هدف (درونداد فرآیند بعدی)این خدمت هستند |
| **چگونه اطمینان حاصل کنیم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** | | |
|  | | * **مطمئن شوید افراد بعد ازاین ،خدمت توصیه به انجام تست را دریافت می کنند** پس از جلسه آموزشی بلافاصله توصیه به انجام تست را انجام دهید |
| **این خدمت باید در چه زمانی ارائه شود ؟** | | |
|  | | * بهترین زمان انجام این فرآیند قبل از توصیه به انجام تست است اما اگر این امکان وجود ندارد ، این خدمت به افرادی ارائه می شود که توصیه به انجام تست را رد کرده اند |
| **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** | | |
|  | | * در مراکزی که امکان مشاوره و آزمایش داوطلبانه وجود دارد این آموزش توسط فردی که مسئول مشاوره اولیه و تست اچ آی وی است صورت گیرد * در مراکزی که امکان مشاوره و آزمایش داوطلبانه وجود ندارد این آموزش توسط فردی که مسئول تحویل دارو به بیمار و مراقبت وی در دوهفته اول درمان است صورت گیرد( بهورز- کاردان بهداشتی -پرستار) |
| **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** | | |
|  | | * **نظام ثبت :پرونده بیمار - ثبت**  و**دفتر ثبت خدمات مرتبط با مراقبت همزمان سل و اچ آی وی** * **نظام گزارش دهی** * **فرم گزارش شماره 1 -** این فرم ماهیانه و از روی دفتر ثبت شماره 1 توسط فرد مسئول آموزش تکمیل می شود ، و توسط مسئول مرکز به پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان ارسال می شود |
| **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** | | |
|  | * **خود ارزیابی :** شما در حین ارائه خدمت باید بتوانید به این 12 پرسش از خود پاسخ دهید :  1. آیا من دقیقا می دانم از اجرای این خدمت به دنیال چه هستم؟ 2. آیا راهکار آموزشی انتخاب شده متناسب با وضعیت مرکز است ؟ 3. مشخصات تمام مبتلایان به سل را که در جلسه آموزشی شرکت کرده اند را ثبت کرده ام 4. آیا همه مبتلایان به سل را آموزش داده ام ؟ 5. آیا اینکار به موقع انجام داده ام ( ظرف مدت دو هفته بعد از شروع درمان ) 6. آیا به موارد زیر در آموزش ارائه شده اشاره شده است ؟  * عوامل خطر ابتلا به اچ ای وی را شرح داده ام ؟ * به او کمک ککرده ام که میزان خطر را برای خود ارزیابی کند * نگرانی احتمالی او از طرد شدن و قرنطینه شدن را مرتفع کرده ام : * روش تشخیص را به او توضیح داده ام * در خصوص نحوه دسترسی به خدمات به اوتوضیح داده ام : * کتابچه خود ارزیابی اچ آی وی را به او تحویل داده ام  1. **آیا پس از آموزش تمایل برای انجام تست اچ ای وی داشته است ؟** 2. آیا به موانع کار می اندیشم ؟آیا موانعی را که به نظرم رسیده است را ثبت کرده ام ؟ 3. آیا پیشنهادی برای اجرای بهتر طرح دارم ؟آیا این پیشنهاد را ثبت کرده ام ؟ 4. آیا دفتر و فرم آمار را به درستی تکمیل کرده ام | |
| **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** | | |
|  | 1. چند درصد از مبتلایان به سل طی دو هفته اول تحت آموزش برای بیماریهای همراه سل قرار گرفته اند.نحوه محاسبه :  * **صورت:** تعداد افرادی که تحت آموزش برای راه های تشخیص اچ آی وی گرفته اند. * **مخرج** : تعداد کل افراد تحت پوشش در همان مقطع زمانی | |
| **چه عواملی ممکن است مانع شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** | | |
|  | | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از فرآیند که به نظرتان عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید .حتی اگر به نظرتان رسید ، این عامل بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |
| **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** | | |
|  | | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از طرح که اهکاری برای رفع عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند به نظرتان رسید و یا تصور کردید که با اقدام یا اقداماتی به روشی ساده تر می توانیم به نتایج مورد نظر برسیم نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید .حتی اگر به نظرتان رسید ، این پیشنهاد بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |

| **فرآیند 2 – توصیه به انجام تست** | | |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** | | |
|  | | 1. همه مبتلایان به سل فعال بالای 10 سال 2. والدین مبتلایان به سل زیر 10 سال |
| **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** | | |
|  | | **هدف اصلی** این است که از وضعیت ابتلا فرد به اچ آی وی مطلع شویم  **هدف جانبی** 1 :فرد چکونگی دسترسی به آزمایش را دانسته و برای دریافت جواب آزمایش آماده می شود |
| **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** | | |
|  | | مبتنی بر سیاست کشوری ، توصیه به انجام تست به روش OPT-OUT انجام می شود  **:**   * ما در اینجا برای همه تست اچ آی وی را انجام می دهیم و از شما هم می خواهیم این تست را انجام دهید * زیرا اگر هر کدام از بیماران مبتلا به اچ آی وی بشند تشخیص هر چه زودتر اآن و شروع درمان کمک می کند افراد زودتر تحت درمان قرار گیرند   \* در صورتی که قبلا فرآیند یک انجام نشده است درصورت وجود وقت کافی در این مرحله چکیده ای از مطالب آنرا ارائه دهید   * بر محرمانه بودن نتایج تست تاکید کنید "تمام نتایج تست به صورت محرمانه باقی می ماند "   **5.jpg** دقت کنیداین به این معنی نیست که فرد مجبور است تست را انجام دهد و این جمله باید به او گفته شود :  **" شما مجبور به انجام تست نیستید و مختار هستید اگر نمی خواهید تست را انجام ندهید "** |
| **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** | | |
|  | | * **"آموزش اچ ای وی "** :که پیش نیاز ارائه این خدمت می باشد. * **فرآیند شماره 3 " انجام تست"** : در مراکز ی که امکان تست سریع وجود دارد افرادی که بعد از خدمت کنونی از انجام تست اچ ای وی سرباز نزده اند . باید متعاقبا این خدمت را دریافت کنند . نتیجه خدمت کنونی ( برونداد فرآیندکنونی ) گروه هدف (درونداد فرآیند بعدی)این خدمت هستند |
| **چگونه اطمینان حاصل کنیم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** | | |
|  | | * مطمئن شوید افراد بعد ازاین ،خدمت تست را دریافت میکنند |
| **این خدمت باید در چه زمانی ارائه شود ؟** | | |
|  | | * با توجه به اهمیت تشخیص و درمان زود هنگام مهم است این خدمت **طی دو هفته اول شروع درمان سل انجام شود** –مدت زمان مورد نیاز این خدمت 10-5 دقیقه است |
| **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** | | |
|  | | * مشاورین آموزش دیده سطح اول |
| **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** | | |
|  | | * **نظام ثبت :**پرونده بیمار - ثبت ودفتر ثبت خدمات مرتبط با مراقبت همزمان سل و اچ آی وی * **نظام گزارش دهی** * **فرم گزارش شماره 1 -** این فرم ماهیانه و از روی دفتر ثبت شماره 1 توسط فرد مسئول آموزش تکمیل می شود ، و توسط مسئول مرکز به پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان ارسال می شود |
| **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** | | |
|  | * **خود ارزیابی :** شما در حین ارائه خدمت باید بتوانید به این 8 پرسش از خود پاسخ دهید :  1. آیا من دقیقا می دانم از اجرای این خدمت به دنیال چه هستم؟ 2. آیا موفق شده ام توصیه را به گونه ای مطرح کنم که فرد تست را بپذیرد ؟ 3. مشخصات تمام مبتلایان به سل را که به انها توصیه به انجام تست کرده ام را ثبت کرده ام 4. آیا به همه مبتلایان به سل تحت پوشش خود توصیه به انجام تست کرده ام ؟ 5. آیا اینکار به موقع انجام داده ام ( ظرف مدت دو هفته بعد از شروع درمان ) 6. آیا به موانع کار می اندیشم ؟آیا موانعی را که به نظرم رسیده است را ثبت کرده ام ؟ 7. آیا پیشنهادی برای اجرای بهتر طرح دارم ؟آیا این پیشنهاد را ثبت کرده ام ؟ 8. آیا دفتر و فرم آمار را به درستی تکمیل کرده ام | |
| **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** | | |
|  | 1. چند درصد از مبتلایان به سل طی دو هفته اول توصیه به انجام تست شده اند.نحوه محاسبه :  * **صورت:** تعداد افرادی که مشاوره PITC را دریافت کرده اند . * **مخرج** : تعداد کل افراد تحت پوشش در همان مقطع زمانی   چند درصد از مبتلایان به سل که توصیه به انجام تست شده اند. از انجام تست ممانعت به عمل آورده اند نحوه محاسبه :   * **صورت:** تعداد افرادی که از انجام تست امتناع کرده اند * **مخرج** : تعداد افرادی که مشاوره PITC را دریافت کرده اند . | |
| **چه عواملی ممکن است مانع شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** | | |
|  | | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از فرآیند که به نظرتان عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید .حتی اگر به نظرتان رسید ، این عامل بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |
| **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** | | |
|  | | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از طرح که اهکاری برای رفع عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند به نظرتان رسید و یا تصور کردید که با اقدام یا اقداماتی به روشی ساده تر می توانیم به نتایج مورد نظر برسیم نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید .حتی اگر به نظرتان رسید ، این پیشنهاد بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |

| **فرآیند 3- انجام تست سریع اچ ای وی** | | |
| --- | --- | --- |
| **این خدمت در مراکز انجام می شود که :1.دسترسی به تست های سریع معتبرداشته باشند 2.نیروی آموزش دیده برای انجام تست داشته باشند 3.امکان بایگانی و حفظ محرمانگی پاسخ آزمایش را داشته باشند 4.امکان اتصال فرد به سیستم های مراقبتی را داشته باشند** | | |
| **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** | | |
|  | | 1. کسانی که بعد از توصیه به انجام تست از انجام تست امتناع نکرده اند |
| **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** | | |
|  | | هدف اصلی از انجام این فرآیند فراهم کردن سطح دسترسی به مرحله مقدماتی تشخیص ودر نتیجه کاهش تعداد ارجاع ها می باشد.  از بین تعداد افراد داوطلب به انجام تست ، فقط افرادی ارجاع می شوند که نتیجه مثبت دارند   * دقت کنید هدف از اینکار تشخیص قطعی اچ آی وی نیست . زیرا نتیجه تست سریع اگر هم مثبت باشد دلیل قطعی بر ابتلا فرد نبوده و برای تشخیص قطعی باید فرد حتما برای انجام آزمایشهای تائیدی ارجاع شود |
| **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** | | |
|  | | * **توجه کنید:** * بهتر است تست سریع توسط مشاور انجام شود که در اینصورت مشاور باید دوره نحوه انجام و ثبت و گزارش دهی تست را گذرانده باشد * اگر فرد دیگری در مرکز متصدی انجام تست است ، علاوه بر لزوم گذراندن دوره اموزشی نحوه انجام تست ، باید امکان تحقق شرایط لازم برای نحوه ارتباط مشاور و متصدی انجام تست مطابق شرایط استاندارد در مرکز فراهم شده باشد. به گونه ای که شرایط اعلام پاسخ به صورت محرمانه به مشاور وجود داشته باشد.   مراحل اجرا خدمت عبارتند از  1. **روش کار را برای فرد توضیح دهید** :   * **تست سریع** : من با یک سوزن تمیز و استریل سوراخ بسیار کوچکی در نوک انشگت شما ایجاد می کنم در حدی که فقط یک قطره خون از آن خارج شود و قطره خون را به روی کاغذ مخصوصی می ریزم بیست دقیقیه صبر می کنم و بعد از روی خطوطی که روی کاغذ ایجاد می شود نتیجه تست شما مشخص خواهد شد .  1. **آموزش در خصوص تفسیر نتایج تست :**  * بهترین شرایط این است که این خدمت در ادامه روند آموزش اچ آی وی اجرا شود . * اگر آموزش های فرآیند 1 قبلا به هر دلیلی انجام نشده بهتر است در این مرحله انجام شود( به فرآیند شماره 1 همین مجموعه مراجعه کنید ) * اگر فرآیند آموزش انجام شده اما بین آموزش و ارائه این خدمت فاصله افتاده است ، لازم است قبل از اقدام به ارزیابی خطر چکیده ای از آموزش های قبلی مجدا مرور شود  1. **تست سریع را مطابق دستورالعمل مربوطه انجام دهید** : 2. **نتیجه تست را قرائت کنید .**  * اگر تست توسط مشاور انجام می شود نتیجه تست مطابق فرآیند شماره 4 به فرد اعلام می شو د * اگر تست توسط فرد دیگری غیر از مشاور انجام می شود باید نتیجه در پاکت دربسته و به شکل کاملا محرمانه در اختیار مشاور قرار گیرد |
| **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** | | |
|  | | **خدمات قبلی**   * **"ترغیب انجام تست و توصیه به انجام تست"** :که در روند خدمات کلی مراقبت و درمان سل است.و پیش نیاز ارائه این خدمت می باشد.   **خدمات بعدی** :   * **فرآیند شماره 4 "اعلام پاسخ "** : * **خدمت شماره 5 "ارجاع موارد مثبت برای انجام تست تاییدی اچ آی وی** : |
| **چگونه اطمینان حاصل کنیم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** | | |
|  | | * **مطمئن شوید فرد از نتیجه تست خود مطلع شده است** . می توانید در مراجعات بعدی نتیجه تست را از او بپرسید |
| **این خدمت باید در چه زمانی ارائه شود ؟** | | |
|  | | * در مبتلایان به سل با توجه به اهمیت تشخیص و درمان زود هنگام مهم است این خدمت طی ماه اول شروع درمان انجام شود |
| **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** | | |
|  | | * تنها افراد دوره دیده برای **انجام تست سریع** اجازه دارند این خدمت را ارئه دهند |
| **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** | | |
|  | | * **نظام ثبت :** * **پرونده بیمار - ثبت** * **دفتر ثبت خدمات مرتبط با مراقبت همزمان سل و اچ آی وی** * **فرم ثبت نتایج تست سریع** * **نظام گزارش دهی** * فرم اعلام نتیجه تست ( ویزه مراکزی که کسی غیر از مشاور تست را انجام می دهد * **فرم گزارش شماره 1 -** این فرم ماهیانه و از روی دفتر ثبت شماره 1 توسط فرد مسئول آموزش تکمیل می شود ، و توسط مسئول مرکز به پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان ارسال می شود |
| **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** | | |
|  | | * **خود ارزیابی :** شما در حین ارائه خدمت باید بتوانید به این 8 پرسش از خود پاسخ دهید :  1. آیا من دقیقا می دانم از اجرای این خدمت به دنیال چه هستم؟ 2. آیا همه مبتلایان به سل را تست کرده ام ؟ 3. آیا اینکار به موقع انجام داده ام ( ظرف مدت یک ماه بعد از شروع درمان ) 4. آیا قبل از انجام تست روش کار را برای بیمار توضیح داده ام ؟ 5. آیا ارزیابی کرده ام که بیمار درک مناسبی ازمفهوم نتایج آزمایش مثبت و منفی دارد ؟ 6. آیا از کیت تشخیصی استاندارد استفاده کرد ه ام ؟ 7. آیا مراحل انجام تست را به درستی انجام داده ام ؟ 8. آیا نتیجه تست را به بیمار/(درخواست کننده تست ) اعلام کرده ام ؟ 9. آیا به موانع کار می اندیشم ؟ 10. آیا موانعی را که به نظرم رسیده است را ثبت کرده ام ؟ 11. آیا پیشنهادی برای اجرای بهتر طرح دارم ؟آیا این پیشنهاد را ثبت کرده ام ؟ 12. آیا دفتر و فرم آمار را به درستی تکمیل کرده ام ؟ |
| **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** | | |
|  | | 1. چند درصد از مبتلایان به سل طی دارای نتیجه تست اچ آی وی هستند   نحوه محاسبه :   * **صورت:** تعداد مبتلایان به سل که نتیجه تست ثبت شده دارند . * **مخرج** : تعداد کل مبتلایان تشخیص داده شده در همان مقطع زمانی |
| **چه عواملی ممکن است مانع شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** | | |
|  | | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از فرآیند که به نظرتان عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید . * حتی اگر به نظرتان رسید ، این عامل بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |
| **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** | | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از طرح که اهکاری برای رفع عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند به نظرتان رسید و یا تصور کردید که با اقدام یا اقداماتی به روشی ساده تر می توانیم به نتایج مورد نظر برسیم نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید . * حتی اگر به نظرتان رسید ، این پیشنهاد بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . | |

| **خدمت شماره 4-اعلام نتیجه تست** | |
| --- | --- |
|  | |
| **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** | |
|  | همه افراد ی که تست انجام داده اند |
| **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** | |
|  | * هدف : آگاه سازی فرد از اقدامی که باید متناسب با نتیجه تست انجام دهد . * از آنجا که این تست ، تست اولیه است نمی توانیم بگوییم هدف این کار اطلاع بیمار از وضعیت ابتلاش به اچ آی وی است . |
| **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** | |
|  | 1. **ابتدا دانش بیمار در خصوص مفهوم نتایج مثبت و منفی را ارزیابی کنید**  * قبل از اعلام نتیجه به فرد حتما از او بخواهید تفسیر پاسخ مثبت و منفی را بیان کند . * مراقب باشید نحوه پرسش شما این ذهنیت را برای وی به وچود نیاورد که می خواهید دانش وی را زیر سوال ببرید و یا از او امتحان می گیرید ! * سوال شما نباید جنبه باز جویی و باز پرسی به خود بگیرد * اگر اطلاعات بیمار ناصحیح بود هرگز از کلماتی مانند " نه " "غلط است " و... استفاده نکنید کلمات مناسب برای اصلاح اطلاعات غلط بیمار " این روزها باور و اطلاعات نادرستی در خصوص اچ آی وی در جامعه وجود دارد و منجر به سر درگمی افراد می شود ، احتمالا شما هم آنها را شنیده اید اما در واقع مفهوم درست یک تست منفی ....... * " اگر قبلا به بیمار آموزش داده اید نباید انتظار داشته باشید که بیمار همه مطالب ارائه شده توسط شما را به خاطر داشته باشه * متناسب با جواب حتما دوباره تفسیر پاسخ را بیان کنید :   **8055905-positive-and-negative-icon (1).jpgE.jpgجواب تست منفی :**  ***جواب منفی یعنی هیچ نشانه ایی از وجود آنتی بادی*** در خون شما پیدا نشده این می تواند به این علت باشد که ویروس وارد بدن نشده است یعنی شما مبتلا به عفونت اچ آی وی نیستید  2.اما یک استثنا وجود دارد و آن اینکه اگر در مراحل اول ورود ویروس به بدن ،و بدن هنوز فرصت نکرده آنتی بادی بسازد ، یعنی ویروس در بدن وارد شده اما هنوز آنتی باید ساخته شده در خون کمتر ازآنی است که قابل اندازه گیری باشد گاهی سه ماه طول می کشد تا بدن آنتی بادی بسازد .پس **بهتر است سه ماه بعد هم دوباره آزمایش بدهید.**  **8055905-positive-and-negative-icon (1).jpgجواب تست مثبت :** نشانه هایی از وجود آنتی بادی را در خون شما پیدا شده است ولی این می تواند هم به دلیل اچ آی وی باشد هم به دلیل وجود میکروبهای دیگر ، پس باید با  **آزمایش دقیق تر** انجام دهید تا مطمئن شویم که این نشانه واقعا به دلیل آنتی بادی اچ ای وی بوده است ،یا خیر.   * **مطمئن شوید بیمار کاملا منظور شما را فهمیده است** * **اگر جواب منفی است با او قرار بعی را بگذارید** * **اگر جواب مثبت است مطابق فرآیند بعدی او را ارجاع دهید** |
| **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** | |
|  | * **خدمات قبلی :"انجام تست "** :که در روند خدمات کلی مراقبت و درمان سل است.و پیش نیاز ارائه این خدمت می باشد. * **خدمات بعدی** :**ملاقات بعدی برای موارد منفی -ارجاع موارد مثبت**  : |
| **چگونه اطمینان حاصل کنیم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** | |
|  | * **مطمئن شوید افراد واجد شرایط بعد ازارجاع ،جهت اقدامات تشخیص** به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری مراجعه کرده اند . لازم است نتیجه ارجاع ( مراجعه فرد ) به صورت فعال پیگیری شود . |
| **این خدمت باید در چه زمانی ارائه شود ؟** | |
|  | * با توجه به اهمیت تشخیص و درمان زود هنگام مهم است این خدمت طی ماه اول شروع درمان انجام شود |
| **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** | |
|  | * مشاور آموز دیده سطح اول |
| **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** | |
|  | * **نظام ثبت :** * **پرونده بیمار - ثبت** * **دفتر ثبت خدمات مرتبط با مراقبت همزمان سل و اچ آی وی** * **نظام گزارش دهی** * فرم ارجاع شماره یک * **فرم گزارش شماره 1 -** این فرم ماهیانه و از روی دفتر ثبت شماره 1 توسط فرد مسئول آموزش تکمیل می شود ، و توسط مسئول مرکز به پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان ارسال می شود |
| **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** | |
|  | * **خود ارزیابی :** شما در حین ارائه خدمت باید بتوانید به این 10 پرسش از خود پاسخ دهید :  1. آیا من دقیقا می دانم از اجرای این خدمت به دنیال چه هستم؟ 2. آیا نتیجه تست را به همه افرادی که تست داده اند اعلام کرده ام ؟ 3. آیا مطمئن هستم آنها مفهوم درست پاسخ مثبت و منفی را دریافته اند ؟ 4. آیا همه موارد مثبت را ارجاع داده ام ؟ 5. آیا با موارد منفی برای ویزیت بعدی قرار گذاشته ام ؟ 6. آیا به موارد زیر در آموزش ارائه شده اشاره شده است ؟ 7. آیا به موانع کار می اندیشم ؟ 8. آیا موانعی را که به نظرم رسیده است را ثبت کرده ام ؟ 9. آیا پیشنهادی برای اجرای بهتر طرح دارم ؟آیا این پیشنهاد را ثبت کرده ام ؟ 10. آیا دفتر و فرم آمار را به درستی تکمیل کرده ام |
| **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** | |
|  | 1. چند درصد از مبتلایان به سل که مورد تست قرار گرفته اند از نتیجه تست خود مطلع هستند .   نحوه محاسبه :   * **صورت:** تعداد مبتلایان که از پاسخ آزمایش خود اطلاع دارند * **مخرج** : تعداد کل مبتلایان سلی که در همان مقطع زمانی تحت آزمایش قرار گرفته اند |
| **چه عواملی ممکن است مانع شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از فرآیند که به نظرتان عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید . * حتی اگر به نظرتان رسید ، این عامل بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |
| **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از طرح که اهکاری برای رفع عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند به نظرتان رسید و یا تصور کردید که با اقدام یا اقداماتی به روشی ساده تر می توانیم به نتایج مورد نظر برسیم نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید . * حتی اگر به نظرتان رسید ، این پیشنهاد بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |

| **خدمت شماره 5-ارجاع موارد مثبت** | |
| --- | --- |
|  | |
| **این خدمت باید به چه کسانی ارائه شود؟** | |
|  | همه افرادی که نتیجه تست سریع آنها مثبت بوده است . |
| **این خدمت با چه هدفی ارائه میشود؟** | |
|  | * 1. تایید تشخیص بر قررای ارتباط * 2.بر قراری ارتباط فرد با نظام مراقبت و درمان . |
| **این خدمت چگونه ارائه میشود؟** | |
|  | * **توجه کنید شما قبل از اجرا این فرآیند لازم است دستورالعمل مشاوره مقدماتی انگیزشی را به دقت مطالعه کرده باشید.** * بهترین شرایط این است که این خدمت در ادامه روند آموزش اچ آی وی اجرا شود . * افراد زمانی که از نتیجه مثبت تست خود مطلع می شوند ممکن است به شدت مضطرب شده و حتی وارد مرحله شوک می شوند * به او کمک   **1 –**  **4– در صورت تمایل فرد را به مرکز مشاوره ارجاع دهید:**   * 1. برای فرد فرم ارجاع ( فرم شماره یک) را صادر کنید.   2. آدرس و شماره تلفن مرکز مشاوره را به فرد ارائه دهید .( در صورتی که در محل ارائه خدمت شما بیش از یک مرکز مشاوره وجود دارد ، انتخاب مرکز مشاوره بر عهده بیمار بگذارید)   3. تاریخ ارجاع را در دفتر ثبت و پیگیری مراقبت عفوت همزمان سل و اچ آی وی و در پرونده بیمار ثبت کنید   4- **حداقل یک هفته بعد نتیجه ارجاع را پیگیری کنید:**   * 1. از فرد درخصوص مراجعه به مرکز مشاوره سوال کنید : * اگر هنوز مراجعه نکرده است آموزش ها را مجددا تکرار کنید و اورا به مراجعه ترغیب کنید * اگر اعلام کرد مراجعه کرده است از او بخواهید برگه مراجعه به مرکز مشاوره ( قسمت دوم فرم شماره یک) را به شما ارائه دهد * درصورتی که برگه مذکور را گم کرده است و یا دریافت نکرده است ، با مرکز مشاوره مذکور تماس حاصل کنید و از مراجعه فرد اطمینان حاصل کنید   1. نتیجه ارجاع تاریخ و کد مرکز مشاوره بیماریهای فرد را در دفتر ثبت و پیگیری مراقبت عفوت همزمان سل و اچ آی وی و در پرونده بیمار ثبت کنید   2. در صورتی که خود فرد حاضر به اعلام نتیجه تست اچ ای وی خود است نتیجه را در دفتر ثبت و پیگیری مراقبت عفوت همزمان سل و اچ آی وی و در پرونده بیمار ثبت کنید |
| **ارتباط این خدمت با سایر خدمات این برنامه چیست ؟** | |
|  | * **خدمات قبلی** * **"آموزش به مبتلایان به سل"** :که در روند خدمات کلی مراقبت و درمان سل است.و پیش نیاز ارائه این خدمت می باشد. * **خدمات بعدی** : * **خدمت شماره 2 "انجام تست سریع اچ آی وی** : در مراکز ی که امکان تست سریع وجود دارد افرادی که بعد از خدمت کنونی داوطلب انجام تست اچ ای وی هستند . باید متعاقبا این خدمت را دریافت کنند . نتیجه خدمت کنونی ( برونداد فرآیندکنونی ) گروه هدف (درونداد فرآیند بعدی)این خدمت هستند * **خدمت شماره 3 "ارجاع برای انجام تست اچ آی وی** : در مراکز ی که امکان تست سریع وجود ندارد افرادی که بعد از خدمت کنونی داوطلب انجام تست اچ ای وی هستند . باید متعاقبا این خدمت را دریافت کنند . نتیجه خدمت کنونی ( برونداد فرآیندکنونی ) گروه هدف (درونداد فرآیند بعدی)این خدمت هستند |
| **چگونه اطمینان حاصل کنیم که فرد وارد چرخه خدمات وابسته به این خدمت شده است ؟** | |
|  | * **مطمئن شوید افراد واجد شرایط بعد ازارجاع ،جهت اقدامات تشخیص** به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری مراجعه کرده اند . لازم است نتیجه ارجاع ( مراجعه فرد ) به صورت فعال پیگیری شود . |
| **این خدمت باید در چه زمانی ارائه شود ؟** | |
|  | * با توجه به اهمیت تشخیص و درمان زود هنگام مهم است این خدمت طی ماه اول شروع درمان انجام شود |
| **چه کسی باید این خدمت را انجام دهد ؟** | |
|  | * در مراکزی که امکان مشاوره و آزمایش داوطلبانه وجود ندارد این خدمت توسط فردی که مسئول تحویل دارو به بیمار و مراقبت وی است صورت گیرد( بهورز- کاردان بهداشتی -پرستار) لازم است این فرد دوره اموزشی مقدماتی مشاوره انگیزشی را گذرانده باشد. |
| **ثبت و گزارش دهی این خدمت در چه قالبی انجام می شود ؟** | |
|  | * **نظام ثبت :** * **پرونده بیمار - ثبت** * **دفتر ثبت خدمات مرتبط با مراقبت همزمان سل و اچ آی وی** * **چک لیست شماره 1 - فرم خود ارزیابی فرایند آموزش ویژه ارائه دهندگان خدمت**: این چک لیست توسط ارائه دهندگان خدمت و برای ارزیابی عملکرد خودشان تکمیل می شود وهم جنبه ارزیابی و هم جنبه آموزش مجدد شرح وظائف را دارد. * **فرم پیشنهادات** : در صورت وجود پیشنهاد وسط کلیه ارائه دهندگان خدمت تکمیل می شود وتوسط مسئول مرکز جمع آوری شده و به منظور انالیز داده به پزشک هماهنگ کننده سل تحویل می شود * **نظام گزارش دهی** * فرم ارجاع شماره یک * **فرم گزارش شماره 1 -** این فرم ماهیانه و از روی دفتر ثبت شماره 1 توسط فرد مسئول آموزش تکمیل می شود ، و توسط مسئول مرکز به پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان ارسال می شود |
| **چگونه می توانیم بفهمیم مراحل خدمت مورد نظررا درست انجام داده ایم ؟( پایش )** | |
|  | * **خود ارزیابی :** شما در حین ارائه خدمت باید بتوانید به این 8 پرسش از خود پاسخ دهید :  1. آیا من دقیقا می دانم از اجرای این خدمت به دنیال چه هستم؟ 2. آیا همه مبتلایان به سل را غربالگری کرده ام ؟ 3. آیا اینکار به موقع انجام داده ام ( ظرف مدت یک ماه بعد از شروع درمان ) 4. آیا به موارد زیر در آموزش ارائه شده اشاره شده است ؟  * عوامل خطر ابتلا به اچ ای وی راشرح داده ام؟ * از فرد خواسته ام آمادگی خود را جهت انجام تست اچ آی وی اعلام دارد : * محل ارجاع و نحوه ارزیابی تشخیصی را برای بیمار شرح داده ام ؟ * در صورت تمایل فرد را به مرکز مشاوره ارجاع دهید: * نتیجه ارجاع را پیگیری کرده ام ؟  1. آیا به موانع کار می اندیشم ؟ 2. آیا موانعی را که به نظرم رسیده است را ثبت کرده ام ؟ 3. آیا پیشنهادی برای اجرای بهتر طرح دارم ؟آیا این پیشنهاد را ثبت کرده ام ؟ 4. آیا دفتر و فرم آمار را به درستی تکمیل کرده ام |
| **چگونه می توانیم بفهمیم به اهدافمان در طرح رسیده ایم ؟( ارزشیابی )** | |
|  | 1. چند درصد از مبتلایان به سل طی دو هفته اول تحت آموزش برای اچ آی وی قرار گرفته اند.   نحوه محاسبه :   * **صورت:** تعداد مبتلایان به سل که طی دو هفته اول درمان تحت آموزش برای اچ آی وی قرار گرفته اند. * **مخرج** : تعداد کل مبتلایان تشخیص داده شده در همان مقطع زمانی |
| **چه عواملی ممکن است مانع شوند تا به نتیجه مد نظر در ارائه این خدمت نرسیم ؟** | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از فرآیند که به نظرتان عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید . * حتی اگر به نظرتان رسید ، این عامل بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |
| **چگونه می توان برنامه را بهتر اجرا کرد ؟** | |
|  | * **تمام دست اندرکاران ارائه خدمت می توانند در این قسمت فرآیند به شما کمک کنند** * در هر مرحله از طرح که اهکاری برای رفع عامل یا عواملی مانع اجرای صحیح طرح هستند به نظرتان رسید و یا تصور کردید که با اقدام یا اقداماتی به روشی ساده تر می توانیم به نتایج مورد نظر برسیم نظرات خود را در فرم پیشنهاداتی که به همین منظور طراحی شده و در اختیارتان قرار دارد وارد کنید . * حتی اگر به نظرتان رسید ، این پیشنهاد بسیار پیش پا افتاده و ساده است ، در نگارش آن در فرم مربوطه اصلا تردید نکنید . کوچکترین و ساده ترین پیشنهادات می تواند در ارتقا برنامه به ما کمک کند . |
|  |  |

**– روش و محل ارجاع و نحوه ارزیابی تشخیصی را برای وی شرح دهید:**

1. شما برای انجام مشاوره و آزمایش تائیدی به یکی از مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع خواهید شد.
2. در این مراکز برای همه مراجعین خدمات کاملا رایگان بوده و با حفظ کامل رازداری می باشد. شما بعد از مراجعه به آن مراکز تحت مشاوره و آزمایش قرار خواهید گرفت .
3. نتیجه آزمایش شما کاملا محرمانه خواهد بود و در صورتی که شما تمایل نداشته باشید حتی این مرکز هم از نتیجه تست شما اطلاع نخواهد داشت.تنها پس از مراجعه شما به مرکز مشاوره ، به شما برگه ایی داده می شود که تائید می کند برای اقداما ت تشخیصی و درمانی به آن مرکز مراجعه کرده اید

**4– فرد با نتیجه تست مثبت را مطابق دستورالعمل تست سریع به مرکز مشاوره ارجاع دهید:**

1. برای فرد فرم ارجاع ( فرم شماره یک) را صادر کنید.
2. آدرس و شماره تلفن مرکز مشاوره را به فرد ارائه دهید .( در صورتی که در محل ارائه خدمت شما بیش از یک مرکز مشاوره وجود دارد ، انتخاب مرکز مشاوره بر عهده بیمار بگذارید)
3. تاریخ ارجاع را در دفتر ثبت و پیگیری مراقبت عفوت همزمان سل و اچ آی وی و در پرونده بیمار ثبت کنید

4- **حداقل یک هفته بعد نتیجه ارجاع را پیگیری کنید:**

1. از فرد درخصوص مراجعه به مرکز مشاوره سوال کنید :

* اگر هنوز مراجعه نکرده است آموزش ها را مجددا تکرار کنید و اورا به مراجعه ترغیب کنید
* اگر اعلام کرد مراجعه کرده است از او بخواهید برگه مراجعه به مرکز مشاوره ( قسمت دوم فرم شماره یک) را به شما ارائه دهد
* درصورتی که برگه مذکور را گم کرده است و یا دریافت نکرده است ، با مرکز مشاوره مذکور تماس حاصل کنید و از مراجعه فرد اطمینان حاصل کنید

1. نتیجه ارجاع تاریخ و کد مرکز مشاوره بیماریهای فرد را در دفتر ثبت و پیگیری مراقبت عفوت همزمان سل و اچ آی وی و در پرونده بیمار ثبت کنید
2. ادامه روند مراقبت مبتنی بر پاسخ آزمایش بر عهده مرکز مشاوره بیماریهاست لذا شما پاسخ آزمایش را پیگیری نمی کنید . فرآیند خدمتی برای شما تا این حدد است که مطمئن شوید فرد در مرکز مشاوره پرونده دارد. به او توصیه کنید که حتما برای ادامه مراقبت ها ارتباطش را با مرکز مشاوره قطع نکند
3. در صورتی که خود فرد تمایل داشته باشد ونتیجه تست اچ ای وی را اعلام کرد :
   1. درصورتی که نتیجه تست منفی بود ، به او توصیه کنید سه ماه بعد باز به همان مرکز مراجعه کند

در صورتی که نتیجه مثبت است ، به او تاکید کنید حتما روند دریافت دارو و مراقبت همزمان اچ آی وی را مطابق برنامه مرکز مشاوره به صورت جدی پیگیری کند

1. *☸ اصولا برای شناسائی یک بیماری در بین جمعیت ، برای انکه همه افراد جمعیت را تحت آزمایش تشخیصی قرار ندهند ، ابتدا نشانه ها یا نشا نه هایی را انتخاب می کنند که اگر وجود داشته باشند بیشتر احتمال دارد فرد مبتلا باشد . سپس به جای بیماری اصلی اول افراد ی که ان نشانه ها را دارند را از بین جمعیت پیدا می کنند و اقدامات تشخیصی را فقط برای آنان انجام می دهند . هر چه این نشانه ها با بیماری ارتباط بیشتری داشته باشند و اگر پیدا کردن نشانه ها امکان پذیر تر باشد احتمال پیدا کردن بیماری اصلی در آن جمعیت با دقت بیشتری انجام می شود.*  [↑](#footnote-ref-1)