

روش‌ها: در این مطالعه، یک کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران برای گروه‌هایی از بانوان جوان عضو سازمان جوانان جمعیت هلال‌احمر در سه استان آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان برگزار شد. آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان قبل و بعد از برگزاری کارگاه سنجش شد و سپس مقایسه‌ای روی این شاخص‌ها انجام شد. مدرسین، این کارگاه را با روش مشارکتی و تسهیل‌گری اداره کردند.

یافته‌ها: میانگین نمرات پیش‌آزمون در استان آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان به ترتیب ۱۴/۴۵، ۱۰/۷۱ و ۱۹/۶ از ۴۰ بود؛ میانگین نمرات در این استان‌ها پس از اجرای کارگاه به ترتیب ۲۸/۰۴، ۲۵/۱۱ و ۲۷/۵۵ بود. درصد پیشرفت آگاهی، نگرش و عملکرد به ترتیب ۱۱۳/۵ درصد، ۲۰۹/۴ درصد و ۴۳/۲ درصد به دست آمد. آنالیز آماری نشان داد که آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان شرکت‌کننده در کارگاه در هر سه استان قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی‌دار داشته است. ($p1=0.00$, $p2=0.00$, $p3=0.00$)

نتیجه‌گیری: برگزاری کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها با روش مشارکتی و تسهیل‌گری، تأثیر زیادی در بهبود وضع آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان دارد. بنابراین لزوم اجرای چنین برنامه آموزشی و تداوم آن در این استان‌ها و سایر استان‌های کشور کاملاً احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بهداشت باروری، آموزش، بحران، آگاهی، نگرش، عملکرد

بررسی تأثیر کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها در آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان داوطلب عضو سازمان جوانان جمعیت هلال‌احمر

زویا طاووسیان^۱، محمد جعفریان^۲، سید محمد حسین جواد^۳، سیدهادی موسوی^۴، فریبا کریملو^۵، پدram موسوی شندی^۶

۱. نویسنده مسئول: پزشک متخصص زنان و زایمان

Email: z_tavoosian@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد ارتباطات

۳. دکترای مددکاری اجتماعی

۴. کارشناس ارشد حقوق

۵. کارشناس ارشد روانشناسی

۶. پزشک

دریافت: ۹۱/۱۲/۱۰ پذیرش: ۹۲/۷/۶

چکیده

مقدمه: توجه به بهداشت باروری و آموزش مناسب در این زمینه، برای سلامت جامعه به ویژه در شرایط بحرانی اهمیت بسیار دارد. زیرا با پرداختن به آن می‌توان باعث کاهش مرگ و میر، جلوگیری از بیماری‌ها و نیز کمک به اقشار آسیب‌پذیر (زنان و کودکان) شد. از آنجا که جوانان در یادگیری و اشاعه آموخته‌هایشان در جامعه نقشی پررنگ دارند، سازمان جوانان جمعیت هلال‌احمر این مطالعه را با هدف بررسی تأثیر کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان داوطلب عضو انجام داده است.

مقدمه

توجه به مقوله بهداشت و از آن جمله بهداشت باروری در واقع اهمیت سلامت سرمایه‌های انسانی جامعه و نسل آینده آن است. از آنجا که با وجود شرایط بحرانی در یک کشور یا منطقه، سلامت افراد به خطر می‌افتند توجه به بهداشت عمومی و بهداشت باروری در چنین شرایطی کاملاً ضروری است، زیرا بقای منطقه بحران‌زده منوط به داشتن نسل آینده و پرتوان است و چنین نسلی تنها با توجه ویژه به سلامت و بهداشت باروری در بحران‌ها تأمین می‌شود. از این رو، نباید از بهداشت باروری در بحران‌ها غافل شد.

از آنجا که شرایط بحرانی به صورت ناگهانی به وجود می‌آیند، آمادگی برای مدیریت جوانب مختلف بحران از جمله بهداشت باروری قبل از وقوع واقعه اهمیت خاصی دارد. یکی از مهم‌ترین مسائل در رابطه با بهداشت باروری اجرای برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی مردم در سنین مختلف است. در شرایط اضطراری نیاز مردم آسیب‌دیده به پاسخگویی و کمک‌رسانی بیشتر می‌شود. زنان و کودکان در بحران آسیب‌پذیرتر می‌شوند، بنابراین ما به گروه‌هایی برای آگاه‌سازی جمعیت آسیب‌دیده از بحران محتاج هستیم.

در برنامه‌ریزی‌های آموزشی هرگز نباید از قشر جوان جامعه غافل شد، چرا که جوانان به خاطر روحیه پرشور و انرژی بالا، قادر به یادگیری و اشاعه آموخته‌های خود در سطح جامعه هستند. از طرفی بسیاری از مسایل بهداشت باروری جدا از قضیه بحران در شرایط کاملاً غیرعادی برای جوانان جامعه مفید و سازنده است.

کشور ایران با نوع ساختار جمعیتی خود از نیروهای جوان و فعال زیادی برخوردار است. تعداد قابل توجهی از این جوانان، اعضای داوطلب سازمان‌ها و NGOها هستند. سازمان جوانان جمعیت هلال‌احمر با در اختیار داشتن بخش مؤثری از این نیروهای آماده یادگیری و نیز آموزش‌دهی* در شرایط بحرانی، بر آن شد تا برنامه‌های آموزشی را به شکل کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها طرح‌ریزی و اجرا کند. در کنار اجرای این برنامه آموزشی، پژوهشی نیز برای بررسی تأثیر این کارگاه آموزشی بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد گروه‌های تحت آموزش انجام می‌شود.

در این مطالعه آموزشی پژوهشی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد UNFPA یاریگر و حامی سازمان جوانان هلال احمر است.

در این کارگاه جوانان عضو سازمان با مباحث مهمی از بهداشت باروری آشنا شده و با توجه به نحوه برگزاری کارگاه آموزشی یاد می‌گیرند که این مفاهیم را در شرایط بحران به افراد جامعه منتقل کنند. این مسئله یعنی آمادگی جوانان برای آموزش مؤثر و سریع در یک منطقه بحران‌زده بسیار اهمیت دارد زیرا آموزش مناسب، عملکرد افراد جامعه را در زمان وقوع بحران ارتقا می‌دهد و از بروز بسیاری مشکلات جلوگیری می‌کند. برای مثال، اگر افراد در مورد بیماری‌های آمیزشی آگاهی مناسب داشته باشند پس از وقوع بحران از انتشار بسیاری از این بیماری‌ها پیشگیری می‌شود، همین‌طور کنترل درستی در زمینه اپیدمی اچ.آی.وی صورت می‌گیرد.

روش‌ها

(۱) مفهوم سلامت، ارتقای سلامت، سلامت باروری؛

ضرورت توجه به بهداشت باروری در بروز بحران؛
توضیح ابتدایی در مورد MISP،

(۲) مشاوره قبل از ازدواج، قبل از بارداری،
مراقبت‌های دوران بارداری، پیشگیری از بارداری
ناخواسته؛ اقدامات پیشگیرانه از بارداری ناخواسته
در بحران‌ها و توجه به قربانیان حوادث جنسی
(MISP)،

(۳) زایمان ایمن، مزایای زایمان طبیعی نسبت به
روش سزارین الکتیو، مراقبت‌های پس از زایمان،
اهمیت شیر مادر؛ سلامت مادر و کودک در هنگام
بروز بحران، زایمان ایمن و شیردهی در بحران
(MISP)،

(۴) آشنایی با بیماری‌های آمیزی و نحوه پیش‌گیری
و درمان آن‌ها؛ برخورد با عفونت‌های آمیزی هنگام
بروز بحران (MISP)؛ اجرای برنامه condom
demonstration

(۵) اچ آی وی، پیشگیری و درمان؛ اچ آی وی در
بحران (MISP)،

(۶) مشارکت مردان در بهداشت باروری؛ مشارکت
مردن در بهداشت باروری در بحران،

(۷) بهداشت باروری در سالمندی؛ خشونت در
سالمندان در هنگام بروز بحران،

به منظور تعیین وضع آگاهی، نگرش و عملکرد افراد
شرکت‌کننده در کارگاه‌ها، پیش‌آزمون آماده شد که
شامل ۴۰ پرسش ۴ گزینه‌ای بود. در طراحی
پرسشنامه به این مسئله توجه شده بود که بعضی
سؤالات به سنجش آگاهی اختصاص داشته باشند.
برخی دیگر نحوه نگرش شرکت‌کنندگان را مورد
توجه قرار دهند و بعضی از پرسش‌ها نیز نوع

این طرح در پاییز ۱۳۹۱ به صورت سه کارگاه
آموزشی مجزا هر کدام به مدت سه روز در سه
استان آذربایجان شرقی (۹۱/۷/۲۹ الی ۹۱/۸/۱)،
سمنان (۹۱/۸/۱۵ الی ۹۱/۸/۱۷)، کردستان (۹۱/۹/۷)
الی ۹۱/۹/۹ اجرا شد.

ابتدا محتوای آموزشی به صورت اولیه آماده و
تدوین شد. در جلسات کمیته راهبردی این طرح
محتوای آموزشی مورد بررسی قرار گرفت و توافق
شد که عوامل اجرایی و مدرسین مطابق بر این
محتوا در هر سه استان برنامه آموزشی کارگاه را
پیش ببرند. در هر کارگاه قرار بود ۲۵ نفر از بانوان
جوان داوطلب عضو سازمان جوانان جمعیت
هلال‌احمر شرکت داشته باشند و انتخاب این افراد
آموزش‌گیرنده را مسئولان هلال‌احمر هر استان بر
عهده داشتند.

برای محتوای آموزشی، طرح درس هر مبحث آماده
شد. مبنای کار بر این قرار گرفت که آموزش در
کارگاه به شکل سنتی و سخنرانی نباشد بلکه مدرس
هر مبحث در واقع تسهیل‌گری باشد که مباحث را
به صورت مشارکتی مطرح کند و پیش‌برد اعضا
شرکت‌کننده در کارگاه‌ها برای یادگیری بهتر هر
فصل باید حضوری فعال در جلسات می‌داشتند.

از وسایل کمک‌آموزشی از جمله پاورپوینت،
فیلیپ‌چارت، کاربرگ‌هایی برای تمرین، کاغذهای
A4 سفید و رنگی، چسب، ماژیک در اندازه و
رنگ‌های مختلف استفاده شد.

مباحثی که برای طرح در این کارگاه بهداشت
باروری در بحران‌ها در نظر گرفته شده بود، به
ترتیب زیر است:

داده‌های مربوط به پیش‌آزمون‌ها، پس‌آزمون‌ها و نظرسنجی‌های جداول مادر مربوطه که بدین منظور تعبیه شده بود وارد شدند در آنالیز آماری این داده‌ها از آزمون X^2 و t-test و نرم‌افزارهای اکسل و SPSS II استفاده شد.

یافته‌ها

در کارگاه بهداشت باروری در بحران که در استان‌های آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان اجرا شد به ترتیب ۳۰ نفر، ۳۳ نفر و ۳۹ نفر و در مجموع ۱۰۲ نفر از بانوان جوان داوطلب سازمان جوانان شرکت داشتند. بعضی از افراد که حضور فعال سه روزه نداشتند و آزمون‌ها را کامل پاسخ ندادند از بررسی‌ها حذف شدند. در نهایت ۸۶ نفر مورد ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد در حوزه بهداشت باروری در بحران‌ها قرار گرفتند.

محدوده سنی این افراد ۲۲-۳۸ سال بود. حداقل میزان تحصیلات کاردانی و حداکثر پایان مقطع کارشناسی ارشد بود. بعضی از افراد، تحصیلات مرتبط با رشته‌های علوم پزشکی، حوزه سلامت و بهداشت داشتند و بقیه غیرمرتبط بود. افراد با تحصیلات مرتبط در تبریز ۴ نفر، سمنان ۴ نفر و سنندج ۵ نفر بودند که به نسبت کل شرکت‌کنندگان هر کارگاه تفاوت معنی‌داری در این سه استان وجود نداشت. متغیروضعیت تأهل و تعداد فرزندان بررسی شدند ولی همانند سن و تحصیلات میان این سه شهر تفاوت معنی‌داری در گروه فراگیران مشاهده نشد.

الف) از میان ۳۰ شرکت‌کننده در برنامه کارگاه تبریز، ۲۴ نفر حضور کامل داشتند و آزمون‌های دوگانه آن‌ها قابل قبول بود. در این کارگاه کمترین نمره

عملکرد افراد را مشخص کنند. قبل از هر کارگاه افراد شرکت‌کننده به این سئوالات پاسخ دادند و پیش‌آزمون‌ها طبق کلید پاسخ‌نامه تصحیح شد. بلافاصله پس از اجرای هر کارگاه نیز همان پرسش‌ها به صورت پس‌آزمون در اختیار فراگیران قرار داده شد. این برگه‌ها نیز طبق کلید پاسخ‌نامه تصحیح شدند.

نمرات پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها در هر کارگاه به تفکیک بررسی شد و برای تعیین میزان تأثیر کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها که به صورت مشارکتی اجرا شد، مورد استفاده قرار گرفت.

از آنجایی که ممکن است این برنامه‌ها به صورت سراسری در سایر استان‌ها نیز اجرا شوند توجه به کیفیت اجرای کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها و نیز رضایت‌مندی افراد شرکت‌کننده اهمیت داشت.

برگه‌های ارزشیابی برای نظرسنجی آماده شد که در پایان هر کارگاه توسط شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد.

همچنین فردی از میان اعضای کمیته راهبردی، وظیفه نظارت بر اجرای کارگاه‌ها و بررسی سطح کیفی و نیز تجدید نظر علمی محتوای آموزشی اولیه را به عهده گرفت. در پایان هر کارگاه آموزشی تعداد ۵ تا ۶ نفر از میان فرگیران انتخاب شدند تا در یک کارگاه ویژه سه روزه که در تهران شرکت کنند. این کارگاه به بیان روش‌های تسهیل‌گری اختصاص پیدا کرد تا این افراد منتخب آمادگی لازم برای آموزش مباحث آموخته‌شده را به سایرین در سطح استان‌ها پیدا کنند. به منظور یکسان‌سازی آموزش در هر سه استان، مدرسین کارگاه آموزشی تغییر نکردند.

کارگاه آموزشی تفاوت معنی‌داری داشت.

($P_2=0.00$) (جدول ۲)

پ) از میان ۳۹ فرد شرکت‌کننده در برنامه کارگاه سنندج، ۳۴ نفر حضور کامل در کارگاه داشتند و آزمون‌های دوگانه آن‌ها قابل قبول و ارزیابی بود. در این کارگاه کمترین نمره پیش‌آزمون ۹ از ۴۰ و بیشترین نمره ۲۹ و میانگین نمره گروه فراگیران ۱۹/۶ بود. پس از اجرای برنامه آموزشی بیش‌ترین نمره پس‌آزمون ۳۸ و کم‌ترین نمره ۱۹ و میانگین نمره پس‌آزمون ۲۷/۵۵ بود.

مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و توجه به میزان پیشرفت پس از کارگاه که برابر ۴۳/۲ درصد بود نشان‌دهنده این موضوع بود که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد شرکت‌کننده قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی‌داری داشت.

($P_3=0.00$) (جدول ۳)

به این ترتیب در هر سه استان با درصد پیشرفت قابل‌ملاحظه‌ای در پاسخ‌گویی به سئوالات پس‌آزمون روبه‌رو بودیم. به نظر می‌رسد مباحث مطرح‌شده در کارگاه ضروری و نحوه آموزش به شکل کارگاه مشارکتی مؤثر و مطلوب بوده است. (نمودار ۱)

پیش‌آزمون ۸ از ۴۰، بیشترین نمره ۲۶ و میانگین نمره گروه فراگیران ۱۴/۴۵ بود. پس از اجرای برنامه آموزشی بیشترین نمره پس‌آزمون ۳۲ از ۴۰ و کم‌ترین نمره ۲۳ و میانگین نمره پس‌آزمون ۲۸/۰۴ بود.

مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و توجه به میزان پیشرفت ۱۳/۵ درصدی پس از کارگاه آموزشی، نشان داد که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی‌داری داشت.

($P_1=0.00$) (جدول ۱)

ب) از میان ۳۳ شرکت‌کننده در برنامه کارگاه سمنان، ۲۸ نفر حضور کامل داشتند و آزمون‌های دوگانه آن‌ها قابل قبول و ارزیابی بود. در این کارگاه کمترین نمره پیش‌آزمون ۱ و بیشترین نمره ۲۰ و میانگین نمره گروه فراگیران ۱۰/۷۱ بود. پس از اجرای برنامه آموزشی بیشترین نمره پس‌آزمون ۳۱ و کمترین نمره ۱۴ و میانگین نمره پس‌آزمون ۲۵/۱۱ بود.

مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و توجه به میزان پیشرفت پس از کارگاه آموزشی که برابر ۲۰۹/۴ درصد بود نشان داد که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد شرکت‌کننده قبل و بعد از برگزاری

جدول ۱: مشخصات آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استان آذربایجان شرقی

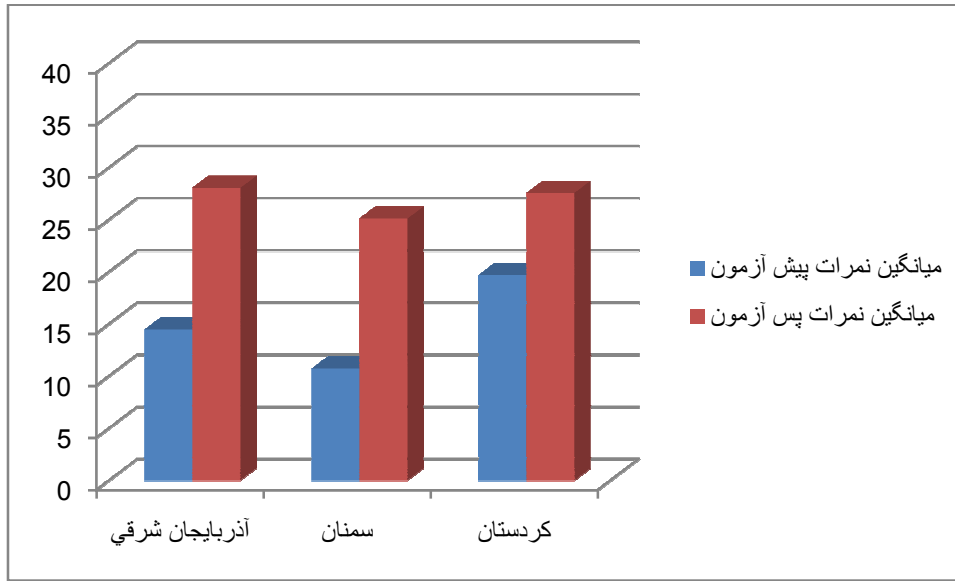
	پیش‌آزمون (نمره)	پس‌آزمون (نمره)	پیش‌آزمون (درصد)	پس‌آزمون (درصد)	درصد پیشرفت
میانگین	۱۴/۴۵	۲۸/۰۴	۳۶/۱۴	۷۰/۱	۱۱۳/۵
کمینه	۸	۲۳	۲۰	۷۵/۵	۰
بیشینه	۲۶	۳۲	۶۵	۸۰	۲۴۴/۴
واریانس	۴/۵۹۸	۲/۸۵	۱۱/۴۹	۷/۱	۷۰

جدول ۲: مشخصات آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استان سمنان

	پیش‌آزمون (نمره)	پس‌آزمون (نمره)	پیش‌آزمون (درصد)	پس‌آزمون (درصد)	درصد پیشرفت
میانگین	۱۰/۷۱	۲۵/۱۱	۲۹/۷۶	۶۹/۷۴	۲۰۹/۴
کمینه	۱	۱۴	۲/۷۷	۳۸/۸۸	۲۱/۰۵
بیشینه	۲۰	۳۱	۵۵/۵۵	۸۶/۱۱	۱۵۰۰
واریانس	۴/۴۷	۴/۲۸	۱۲/۴۱	۱۱/۸۸	۲۷۱/۶۳

جدول ۳: مشخصات آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استان کردستان

	پیش‌آزمون (نمره)	پس‌آزمون (نمره)	پیش‌آزمون (درصد)	پس‌آزمون (درصد)	درصد پیشرفت
میانگین	۱۹/۷	۲۷/۵	۴۹/۲	۶۸/۸	۴۳/۲
کمینه	۹	۱۹	۲۲/۵	۴۷/۵	-۹/۵
بیشینه	۲۹	۳۸	۷۲/۵	۹۵	۱۵۵/۵
واریانس	۳/۸	۴/۶	۹/۵	۱۱/۷	۲۹/۴



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در سه استان

- در بررسی‌های جزئی‌تر بر پاسخ‌گویی افراد در سوالات مطرح شده در هر استان، مباحثی که نیاز به آموزش‌های بیشتری دارند تعیین شد. همین طور در هر استان بر اساس این پاسخ‌گویی مشخص شد که در کدام مباحث نقاط قوت اولیه وجود داشته است و پرداختن به این مباحث می‌تواند در اولویت‌های بعدی واقع شود.
- بر اساس پاسخ‌گویی پرسش‌ها در پیش‌آزمون در استان آذربایجان شرقی بیشترین نقاط ضعف افراد شرکت‌کننده به ترتیب در مباحث زیر بوده است:
- ۱) زایمان ایمن (میزان پاسخگویی ۶/۹ درصد)،
 - ۲) بیماری‌های آمیزشی (میزان پاسخگویی ۱۴/۵ درصد)،
 - ۳) سلامت سالمندی (میزان پاسخگویی ۱۴/۸ درصد).
- همین طور آگاهی اولیه در مباحث زیر بیش از سایر مباحث بوده است:
۱. اچ.آی.وی، ارتقای سلامت (در یک سطح با میزان پاسخگویی ۸۵ درصد)
 ۲. اهمیت شیر مادر (میزان پاسخگویی ۷۰/۸۳ درصد)
- در استان سمنان بیشترین نقاط ضعف به مباحث زیر مربوط بوده است:
۱. بیماری‌های آمیزشی (میزان پاسخگویی ۴/۱۶ درصد)
 ۲. مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن (در یک سطح با میزان پاسخگویی ۸/۳ درصد)
 ۳. سلامت سالمندی (میزان پاسخگویی ۱۲/۲۴ درصد)
- و آگاهی‌های بیشتر به ترتیب در مباحث زیر بود:
- ۱) اهمیت شیر مادر (میزان پاسخگویی ۸۸/۰۹)
 - ۲) مشاوره قبل از ازدواج (میزان پاسخگویی ۸۷/۵ درصد)

گروه شاهد با گروه‌هایی که در کارگاه بهداشت باروری به شکل مشارکتی داشته‌اند مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرند.

تحلیل آماری این مطالعه نشان داد که در هر سه استان میان سطح آگاهی، نگرش و عملکرد گروه فراگیران قبل و بعد از برگزاری کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها تفاوتی معنی‌دار وجود دارد. به گونه‌ای که: $p1=0.00$, $p2=0.00$, $p3=0.00$

تفاوت‌های پایه‌ای نیز در میزان آگاهی، نگرش و عملکرد اعضای شرکت‌کننده در این کارگاه‌ها در زمینه بهداشت باروری در بحران‌ها در میان سه استان وجود داشت که میانگین نمره پیش‌آزمون را در این سه استان می‌توان با هم مقایسه کرد.

$$(m1=45/14, m2=71/10, m3=6/19)$$

درصد پیشرفت شرکت‌کنندگان در پاسخ‌دهی به سئوالات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نیز به ترتیب در سه استان به صورت زیر بوده است: تبریز ۴۳/۲ درصد؛ سمنان ۲۰۹/۴ درصد؛ سنجندج ۴۳/۲ درصد.

به طور کلی میزان نسبتاً پایین پاسخ‌دهی فراگیران به پیش‌آزمون‌ها در هر سه استان نشان‌دهنده این مطلب است که مسئولان سازمان جوانان، استان‌های مناسبی را برای آموزش در مرحله پایلوت انتخاب کردند و لزوم اجرای چنین برنامه‌های آموزشی و تداوم این آموزش‌ها در این سه استان کاملاً احساس می‌شود.

بحران مهمی چون زلزله اخیر در آذربایجان شرقی، محرومیت اقلیمی در سمنان، تفاوت‌های خاص فرهنگی و نیز بقایای اثرات سال‌های جنگ در کردستان، همگی از ویژگی‌هایی بود که مدیران سازمان جوانان مد نظر داشتند.

در استان کردستان بیشترین نقاط ضعف به مباحث زیر مربوط بوده است:

۱. بیماری‌های آمیزشی (میزان پاسخگویی ۸/۸۲ درصد)،

۲. سلامت در دوران سالمندی (میزان پاسخگویی ۱۰/۹۲ درصد)،

۳. زایمان ایمن (میزان پاسخگویی ۲۲/۵۴ درصد)،

۴. مشارکت مردان (با میزان مشابه پاسخگویی ۲۲/۰۵ درصد).

و آگاهی‌های بیشتر به ترتیب در مباحث زیر بود:

۱. ایدز (میزان پاسخگویی ۹۴/۷ درصد)،

۲. اهمیت شیر مادر (میزان پاسخگویی ۸۹/۲۱ درصد).

بحث

بر اساس یافته‌های حاصل از این طرح آموزشی و پژوهشی مطابق انتظار، کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها روی آگاهی، نگرش و عملکرد گروه فراگیران (جوانان عضو سازمان جوانان جمعیت هلال احمر) کاملاً مؤثر بوده است. آن چه در این بررسی مهم به نظر می‌رسد نحوه آموزش و تسهیل‌گری به شیوه مشارکتی است که نشان‌دهنده تأثیر زیاد این شیوه بر روی متغیرهای مورد نظر ما (آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه بهداشت باروری) بوده است. البته در این بررسی صرفاً از جنبه توصیفی می‌توان به اثربخشی زیاد چنین نوع آموزشی اشاره کرد. در واقع به نظر می‌رسد مطالعه‌ای نیز انجام شود که همین مباحث بهداشت باروری به صورت موازی به گروهی دیگر با روش آموزش به صورت سخنرانی مستقیم و نه مشارکتی ارائه شود تا این گروه جدید از فراگیران به عنوان

زیرا صحبت در این حوزه ناخوش آیند، خجالت‌آور و گاهی گناه تصور می‌شود (۱)

امروزه چنین غفلت‌هایی موجب‌شده تا بیماری‌های آمیزشی یکی از دو مشکل اساسی در بسیاری از کشورها باشد (۲)

جوانانی که اطلاعات مناسب در زمینه بهداشت باروری و جنسی ندارند بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند (۳). برای کاهش مشکلات بهداشت باروری باید رفتارهای پرخطر را کاهش داد و این نیاز به آموزش صحیح دارد. (۴)

در تحقیقاتی مشابه دیده شده که آگاهی زنان جوان پیرامون مباحث بهداشت باروری در مرحله قبل از ازدواج همراه با عقاید نادرست است.

در یک بررسی در بحرین، ۹۵ درصد از زنان متأهل آگاهی‌های بهداشت باروری و جنسی ناکافی داشتند. (۵)

پاره‌ای از مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از عقاید نادرست در زمینه بهداشت باروری در ذهن جوانان کشور ما نیز وجود دارد. (۶)

با چنین شرایطی لزوم آموزش‌های همه‌جانبه در زمینه بهداشت باروری برای افراد جامعه به ویژه قشر جوان احساس می‌شود. مطالعه گرینبرگ^۱ مؤید آن است که آموزش‌های مناسب در کاهش بیماری‌های آمیزشی و ارتقای بهداشت باروری و سلامت جامعه کاملاً مؤثر است (۷).

تیسستل^۲ معتقد است آموزش بهداشت باروری نه تنها باعث افزایش آگاهی افراد جامعه می‌شود بلکه با

به هر حال در بحران‌ها نهادینه‌شدن موارد آموزشی در راستای ذهنیت و عملکرد امدادگران که بسیاری از آنان جوانان داوطلب هستند اهمیت بسیار دارد. نحوه کمک‌رسانی با بسته اولیه حداقل خدمات (MISP) اگر به صورت سازمان‌دهی شده به جوانان آموزش داده شود، هدف بسیار بزرگی را حین بروز بحران (مشکلات نظامی، همه‌گیری‌های عفونی، پدیده‌های آسیب‌رسان طبیعی، صدمات ناگهانی اجتماعی) تأمین می‌کند. جوان‌بودن بخش بزرگی از جمعیت کشور ایران، لزوم اجرای چنین طرح‌هایی را به طور گسترده‌تر می‌طلبد تا قشر وسیعی از افراد جامعه را که در سنین باروری نیز هستند تحت پوشش اطلاع‌رسانی و خدمات ویژه MISP در موقع بروز بحران‌ها قرار دهد.

در بررسی‌های به عمل آمده، مقاله یا مقالاتی که حین برگزاری کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها، آگاهی-نگرش-عملکرد شرکت‌کنندگان را سنجیده و ارائه کرده باشد یافت نشد. لذا جهت بحث امکان مقایسه مستقیم یافته‌های ما با مطالعه مشابه آن وجود نداشت. از این رو، به ارائه نتایج مذکور در پژوهش‌هایی می‌پردازیم که بیشترین نزدیکی را با موضوع مورد مطالعه ما داشتند.

موضوع مهم این است که در شرایط عادی و غیربحرانی هم بسیاری از مشکلات جامعه و درون خانواده‌ها (به عنوان مهم‌ترین بنیان‌های اجتماعی) به‌خاطر ناآگاهی و یا اطلاعات ناکافی در زمینه بهداشت باروری است. بنا بر بعضی مطالعات، نیمی از مشکلات جنسی ناشی از همین آگاهی ناکافی است و اصولاً ارزیابی مسایل جنسی و بهداشت باروری در بعضی جوامع مورد غفلت واقع می‌شود

¹ Greenberg

² Thistle

تغییر رفتار و عملکرد موجب رسیدن به سطح بهداشتی مناسب می‌شود (۸).

بسیاری از مطالعات هم نشان داده‌اند که در کشورهای در حال توسعه اطلاعات بهداشت باروری به ندرت توسط متخصصین منتقل می‌شوند. حتی والدین هم منبع نیستند. مهم ترین منبع اطلاعات برای جوانان، دوستان و گاه رسانه‌ها هستند (۹ و ۱۰) در کشورهایی نظیر فیلیپین، اندونزی، ویتنام و نایروبی ثابت شده است که همسالان افراد جوان مهم ترین منبع اطلاعات در زمینه بهداشت باروری و جنسی هستند. (۱۱)

از آنجا که چنین اطلاعاتی ناکافی و آمیخته به انواع عقاید نادرست و گاه خرافه‌گونه هستند آموزش گسترده در زمینه بهداشت باروری و به ویژه بهداشت باروری در هنگام بروز بحران اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. از طرفی روش‌های نوین آموزشی در میزان یادگیری و تأثیر دانسته‌ها بر نگرش و عملکرد افراد، می‌تواند جایگاه خاص و جدیدی داشته باشد، بنابراین بهتر است مطالعات و طرح‌های مشابه این مطالعه در زمینه نوع و روش آموزشی بهداشت باروری با تکنیک‌هایی جدیدتر هم صورت گیرد.

در این طرح، از روش کارگاهی و مشارکتی در تسهیل امر یادگیری مباحث بهداشت باروری برای فراگیران استفاده شد که بسیار مؤثر و کارآمد بود.

نتیجه‌گیری

از آنجا که آگاهی، نگرش و عملکرد خانم‌های جوان عضو سازمان جوانان شرکت کننده در کارگاه بهداشت باروری در بحران در سه استان آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان تفاوت معنی‌دار و

قابل ملاحظه‌ای در زمان پیش از کارگاه با پس از برگزاری دوره داشته است، نتیجه می‌گیریم که تداوم یافتن اجرای کارگاه و سراسری شدن آن برای تمامی استان‌های کشور ضرورت دارد.

با توجه به اینکه آموزش در این کارگاه مبتنی بر تسهیل‌گری با روش مشارکتی بود که تأثیر زیادی در یادگیری داشت پیشنهاد می‌شود در ادامه اجرای این طرح همین روش آموزشی برای کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها به کار گرفته شود.

از سویی بر اساس تعریف بهداشت باروری اقدامات لازم در این خصوص مربوط به سنین مختلف و نیز مقاطع گوناگون از زندگی یک فرد است. طوری که از دوره جنینی یک فرد باید مورد توجه قرار گیرد و بعد در سراسر زندگی تکاملی او و حتی در زمان سالمندی هم ادامه پیدا کند. به همین خاطر جای خالی ارائه پاره‌ای از مباحث در این کارگاه آموزشی احساس می‌شود که در نظرسنجی‌های پایانی نیز به بعضی از این مباحث مطرح نشده اشاره شد.

همان گونه که قبلاً ذکر شد ۷ مبحث در محتوای اولیه آموزش آماده شده بود که تنها ۶ مبحث در هر سه کارگاه ارائه شد و مبحث بهداشت باروری در سالمندی تدریس نشد. پس از ارزیابی و نظارت روی برنامه‌های هر سه کارگاه و کتابچه آموزشی اولیه، تغییراتی در جهت بهبودی سطح علمی مباحث و تکمیل آن پیشنهاد شد. ضمن تأکید بر ارائه ۷ مبحث قبلی به طور کامل سرفصل‌های جدیدی نیز تدوین شده، که شامل موارد زیر است:

- بهداشت باروری در جنین، نوزاد و کودک
- توجه به بهداشت باروری کودکان در زمان بروز بحران

- بهداشت در دوران بلوغ
 - نحوه برخورد با قربانیان سنین بلوغ در حوادث
 جنسی پیش‌آمده در زمان بحران
 - بهداشت باروری با رویکرد پیشگیرانه
 - شامل غربال‌گری‌های خاص مثل پاپ‌اسمیر،
 ماموگرافی، تست آنتی‌ژن ویژۀ پروستات
 - ناباروری

با توجه به مباحث جدید پیشنهادی و نیز ارزیابی سه

سپاسگزاری

کارگاه قبل، بهتر است با افزایش ساعات آموزش
 برنامه کارگاه به شکل چهار روزه برگزار شود یا
 برای این مباحث ۱۸ ساعت آموزشی در نظر گرفته
 شود که با احتساب **دو ساعت پانل پرسشی با همهٔ**
تسهیل‌گران می‌توان یک برنامه آموزشی ۲۰ ساعته را
 برای این کارگاه بهداشت باروری در نظر گرفت.
 از آنجا که یکی از اهداف کارگاه بهداشت باروری
 این است که شرکت‌کنندگان خود به عنوان مربی و
 آموزش‌دهنده مباحث باشند، لذا باید مستندات علمی
 و صحیح در اختیارشان قرارگیرد. بنابراین محتوای
 آموزشی تجدید نظر و ویرایش شده باید در اختیار
 ایشان قرار گیرد. از آنجا که روش تدریس بسیار

حائز اهمیت است، ثبت و ضبط وقایع آموزشی در
 کارگاه‌های بهداشت باروری ضرورت دارد. از این‌رو،
 بهتر است شرایطی فراهم آید تا برای کمک بیشتر به
 آموزش‌گیرندگان از تمامی کلاس‌ها فیلم‌برداری
 شود. امید است با اجرای برنامه‌های آموزشی و
 پژوهشی ارزشمند در زمینه بهداشت باروری در
 بحران، **کمترین آسیب‌ها را در شرایط بحرانی در**
کشور عزیزمان شاهد باشیم.

References

1. Maclaren A. Primary care for women, comprehensive sexual health assessment. *Journal of nurse midwifery*, 1995; 40(2): 104-119
2. Mclihaney J. Sexually transmitted infection and teenage sexuality. *J Obstet Gynecol* 2000; 183:334-338
3. Sundby Y, Young people's sexual and reproductive health rights. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006 Jun; 20 (3):355-68
4. Carlson K, Eisenstat S. Primary care of women. London: Mosby, 2002: 164
5. Shahed University. [The first seminar of family and sexual problems. The collection of the articles summaries book]. Tehran: Shahed university, 2003: 27 (In Persian)
6. Pakgohar M, Mirmohammadaliyi M, Mahmoudi M, Farnam F. [The effect of pre-marriage consolation on couple sexual health]. *Hayat* 2005; 11(3-4): 39-46 (In Persian)
7. Greenberg J, Brues C, Haffner D. Exploring the dimension of human sexuality. Boston: Janes & Bartlet, 2002: 62.
8. Thistle S, Carolin R. Sex & relationship education. *J Nursing Standard* 2002; 17(1): 44-65
9. Olfati F, Aligholi S. [A study on education needs of teenage girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin]. *The Journal of Qazvin Univ of Med Sci*. 2008; 12(2): 76-82 (In Persian)
10. Jejeebhoy ShJ. Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. *Sac Sci Med*. 1998 May; 46 (10): 1275-90.
11. Williams L. *Empirical approach to designing marriage program*. *Am J Family Therap* 1999; 27: 271-283
12. Stopparads M. Family health guide. New York: DK (A Dorling Kindersley book); 2002: 116
13. Ebne Sina Research Center. [The effect of the sexual health on fertility and Infertility]. Tehran: Shahid Beheshti university of medical sciences; 2004: 38, 43,56,67,85 (In Persian)
14. Donati S. Sex education in secondary schools. *J Adolescent Med* 2000; 26: 303-3.
15. Brown AD, Jejeebhoy SJ, Iqbal S, Kathryb M. *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*. UNDP/ UNFPA/ WHO/ World Bank, Geneva: WHO. 2001; 56-60
16. Wilson H, Mac Andrew S. *Sexual health: foundations for practice*. London: Bailliere Tindall; 2000: 3