

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

---





---

سرشناسه	: شیاوو، رناتا Schiavo, Renata
عنوان و نام پدیدآور	: ارتباط در حوزه سلامت: از نظریه تا اجرا/ نویسنده رناتا شیاوو؛ ترجمه پیرحسین کولیوند ... [و دیگران]
مشخصات نشر	: تهران: میرماه، ۱۳۹۱.
مشخصات ظاهری	: ۲۵۶ص: جدول
شابک	: ۱۲۰۰۰ ریال: ۲-۵۹-۶۰۴۰-۶۰۰-۶۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Health communication: from theory to practice, c2007
یادداشت	: ترجمه پیرحسین کولیوند، هادی کاظمی، محمدحسین کاوه، مرتضا جلالی فخر.
موضوع	: ارتباط در پزشکی
موضوع	: سلامت پروری
موضوع	: بهداشت- برنامه ریزی
شناسه افزوده	: کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰- مترجم
رده بندی کنگره	: ۴۱۳۹۱ الف۹ش/۱۱۸ R
رده بندی دیویی	: ۶۱۰/۶۹۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۹۰۰۱۵۲

---

# ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

نویسنده:

**دکتر زانا شیاوو**

استادیار بهداشت عمومی

دانشکده آموزش اشتاین هارد دانشگاه نیویورک

ترجمه:

**دکتر هادی کاظمی**

رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

**پیر حسین کولیوند**

معاون توسعه و منابع انسانی

مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

**دکتر محمد حسین کاوه**

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

**دکتر مرتضا جلالی فخر**

دانش آموخته دانشگاه علوم پزشکی تهران



مهرشاه

۱۳۹۱ خورشیدی



## ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا



نویسنده: دکتر رناتا شیواو

ترجمه: پیر حسین کولیوند، دکتر هادی کاظمی، دکتر محمدحسین کاوه، دکتر مرتضا جلالی فخر

ویراستار: ام البنین عینی میرحسینلو

ناشر: میرماه (۲-۱-۲۲۷۲۲۹۰)

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

صفحه آرایی: شادی حمیدی

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: چاپ نخست / ۱۳۹۱

شمارگان: ۱۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۲۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۰۴۰-۵۹-۲

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (ع) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ع)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

## به نام خداوند جان و خرد

ارتباط، به انتقال یا مبادله ی اطلاعات، احساسات، افکار و نگرش ها اطلاق می گردد و بر اشتراک گذاری معنا بین کسانی که با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند، دلالت می نماید. ارتباط مقاصد متعددی را دنبال می کند: ۱) به راه انداختن کارها، ۲) معلوم ساختن نیازها و لوازم، ۳) مبادله ی اطلاعات، افکار، نگرش ها، و باورها، ۴) ایجاد درک مشترک، و/یا ۵) برقرار ساختن و استمرار بخشیدن روابط. تحقق مقاصد ارتباط در گرو شرایطی است که در منابع علمی مربوط مورد بحث قرار گرفته اند. درنگ و تدبیری هر چند کوتاه در آیات قرآن کریم و روایات اهل بیت- علیهم السلام- نیز به خوبی بلکه بالاتر، درس های بسیاری برای ارتباط اثربخش با مردم فراهم می نماید. به عنوان نمونه آنجا که خداوند بر زبان مشترک، «و ما هیچ رسولی در میان قومی نفرستادیم مگر به زبان آن قوم، تا بر آنها معارف و احکام الهی را بیان کند...» (ابراهیم، ۴)، نرم خویی، شفقت، و مشورت کردن، «... و اگر تندخو و سخت دل بودی هر آینه از گرد تو پراکنده می شدند، پس از آنان درگذر و برای ایشان آمرزش بخواه و با آنان در کار مشورت کن، ...» (آل عمران، ۱۵۹) و گوش سپردن و شنونده ی خوب بودن، «... و یقولون هو اذن قل اذن خیر لکم...» (توبه، ۶۱) تأکید می فرماید؛ یا از جمله ی صفات برجسته ی رسول گرامی اسلام آراستگی، خوش بویی، در دسترس بودن، با تمام وجه به گوینده یا سؤال کننده روی کردن، سکوت کردن و خودداری از قطع سخن گوینده بوده است؛ و در روایات نورانی و حیات بخش اهل بیت نیز بر حسن خلق، محبت، گشاده رویی، تکریم مردم، حیا، متانت، ادب، و ... در ارتباطات با مردم تأکید شده است.

ارتباط نقش کلیدی در ارائه ی مراقبت بهداشتی و ارتقای سلامت ایفا می کند. بر اساس اصول راهنمای مردم سالم ۲۰۱۰، ارتباط در حوزه ی سلامت شامل مطالعه و کاربست راهبردهای ارتباطی برای آگاه ساختن و تأثیر گذاشتن بر تصمیمات فردی

و اجتماعی می شود که سلامت را ارتقاء می دهند. در واقع، مهارت های اثربخش ارتباط و کار تیمی، بنیان های مراقبت بهداشتی ایمن، قابل اعتماد، و با کیفیت بالا هستند. از این رو، کارشناسان حرفه ای سلامت و خدمات اجتماعی، برای تعامل موفق با طیف متنوع کارکنان و خدمت گیرندگان در حوزه ی سلامت، بایستی به توسعه ی مهارت های ارتباط اثربخش در خود بپردازند.

آشکارترین کاربرد ارتباط در حوزه ی سلامت، در زمینه ی پیشگیری از بیماری و مراقبت بوده است. ارتباط بین فردی اثربخش میان ارائه دهنده ی خدمات سلامت و مراجعان، یکی از مهمترین عناصر برای بهبود و افزایش رضایت مندی، تمکین و پیامدهای سلامت در مراجعان است. ارتباط مطلوب به گفتمان وسیعی منجر می شود که بیماران را قادر می سازد تا اطلاعات حساس مربوط به مشکلات سلامت خود را فاش کنند و ارائه دهندگان را توانا می کند تا تشخیص های دقیق تری بدهند و در نتیجه مراقبت دهنده و بیمار در فرایند ارتباطی آکنده از اعتماد و احترام متقابل، به طور مشترک برای بهبود و ارتقای سلامت تصمیم بگیرند. همچنین، ارتباط خوب، آموزش و مشاوره ی مراقبت بهداشتی را ارتقاء می بخشد. پژوهش ها نیز اثربخش بودن آموزش مهارت های ارتباطی به کارشناسان بهداشتی و بیماران را در بهبود تعاملات بین فردی و گروهی در موقعیت های بالینی (برای مثال، بین مراقبت دهنده و بیمار، بین ارائه دهندگان، و در میان اعضای تیم مراقبت بهداشتی) آشکار و تأیید کرده اند. بنابراین، ارتباط اثربخش می تواند؛ ۱) پیامدهای مرتبط با سلامت را در وضعیت های حاد و مزمن بهبود بخشد، ۲) تأثیر نژاد، قومیت، و عوامل اختصاصی بیماری و اجتماعی اقتصادی را (در فرایند و نتایج مراقبت) کاهش دهد، و ۳) اثربخشی خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت را افزایش دهد.

ارتباطات مؤثر و کارآمد، برای افزایش کارایی و اثربخشی هزینه های نظام سلامت بسیار اهمیت دارد. بنابر شواهد و خرد جمعی صاحبان تجربه و نظر، سلامت و بهزیستی اجتماع که اساس و محور توسعه ی همه جانبه ی جامعه است، متأثر از عملکردهای تمام بخش های اجتماعی، اقتصادی، و سیاسی، و کمّ و کیف مشارکت مردم می باشد. از این رو، نظام سلامت در تحقق رسالت متعالی خود بایستی به تعامل مؤثر با سایر بخش ها و اقشار مردم، جلب مشارکت، توانمندسازی و حمایت همه جانبه ی آنان نیز





اهتمام جدی داشته باشد. این حقیقت و درک اساسی، در اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت در سال ۱۹۸۶ در اوتاوا تبیین، و متعاقب آن در کنفرانس‌های بعدی بسط یافته و مورد تأکید قرار گرفته است. اندیشمندان حوزه‌ی سلامت از سراسر جهان در این کنفرانس‌ها، ملزومات اساسی برای سلامت را صلح، سرپناه، آموزش، غذای سالم و کافی، درآمد مناسب، اکوسیستم با ثبات، منابع پایدار، و عدالت اجتماعی ذکر کرده‌اند. جلب حمایت همه‌جانبه، قاندرسازی، واسطه‌گری، رویکردهای جامع به توسعه‌ی سلامت، بهره‌گیری از فرصت‌ها و ظرفیت‌های اجتماعی در بخش‌های مختلف جامعه، و توسعه‌ی آموزش و یادگیری راهبردهای مهم ارتقای سلامت محسوب شده‌اند؛ و تحقق رسالت ارتقای سلامت را از طریق ساز و کارهای: ایجاد سیاست عمومی سلامت، خلق محیط‌های حامی ارتقاء سلامت، تقویت عملکرد اجتماع، توسعه مهارت‌های فردی سازمان‌دهی (جهت‌دهی) مجدد خدمات بهداشتی میسر دانسته‌اند. تأمل در این واقعیت‌ها، جایگاه و اهمیت ارتباط اثربخش را در نیل به اهداف ارتقای سلامت به خوبی نمایان می‌سازد.

اما، به همان اندازه که ارتباط می‌تواند در اثربخشی و کارآمدی خدمات سلامت مفید و مؤثر واقع شود، ارتباط غیراثربخش نیز می‌تواند تأثیر منفی داشته باشد. شواهد بسیاری وجود دارد که می‌توان شکاف بزرگ بین کیفیت مورد انتظار و محقق شده در مراقبت بهداشتی را به ارتباط غیراثربخش بین ارائه‌دهندگان خدمات و بیماران و خانواده‌های آنان، ارائه‌دهندگان خدمات با یکدیگر، سازمان‌های بهداشتی و کارشناسان ارائه‌دهنده‌ی خدمات نسبت داد. بسیاری از چالش‌هایی که امروزه خدمات بهداشتی با آنها مواجه است، در حقیقت، شکست و نارسایی در ارتباط را بازتاب می‌دهند.

متأسفانه، ارتباط اثربخش همیشه به طور طبیعی و خود به خود اتفاق نمی‌افتد، و مهارت‌ها نیز به آسانی کسب نمی‌شود. حتی زمانی که مراجع و ارائه‌دهنده از یک منطقه‌ی جغرافیایی هستند و به یک زبان سخن می‌گویند، اغلب پیشینه‌های آموزشی، اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی متفاوتی دارند. حتی زمانی که ارائه‌دهندگان می‌دانند چه پیامی را لازم است انتقال دهند، مهارت‌های بین فردی برای انتقال آنها به نحو مؤثر وجود ندارند. آنها اغلب نمی‌دانند چگونه با بیماران خود ارتباط برقرار کنند.

امروزه، ارتباط اثربخش به عنوان ابزار و سازوکار مهم برای ارتقای سلامت جامعه،



پذیرفته شده و بر آن تأکید می شود. اصول ارتباط در بهداشت اغلب در انواع برنامه های پیشگیری و راهبردهای کنترل بیماری و ارتقای سلامت اجتماعی، از جمله در جلب حمایت همه جانبه برای مسایل مرتبط با سلامت، بازاریابی طرح ها و خدمات بهداشتی، آموزش بیماران، و آموزش مصرف کنندگان در باره ی موضوعات کیفیت خدمات بهداشتی کاربرد وسیع و اساسی دارند. اکنون تردیدی نیست که نیاز به تلاش های پیشرونده در حوزه ی ارتباط برای سلامت در تمام زمینه ها در حال افزایش است. خوشبختانه، منابع علمی موجود برای بهبود ارتباطات در حوزه ی سلامت نیز در حال افزایش و پیشرفت هستند.

کتاب حاضر از معدود منابع جامع و جدیدی است که به نحوی شایسته به تبیین و واکاوی مفاهیم و نظریه های ارتباط در حوزه ی سلامت پرداخته و کاربرد این علم و هنر را در عرصه های گوناگون ارتقای سلامت و اجرای اثربخش راهبردهای و ساز و کارهای آن مورد بحث قرار داده است. محتوای این کتاب می تواند برای کارگزاران و ارائه دهندگان خدمات سلامت، به ویژه کارشناسان حرفه ای در واحدهای مختلف نظام سلامت بلکه سایر بخش های اجتماعی که تأمین سلامت و رفاه اجتماعی مردم را محور و غایت فعالیت ها و برنامه های خود می دانند، مفید و راهگشا باشد. از جناب دکتر علی یزدی نژاد مدیر محترم مسئول انتشارات میرمه به جهت عنایت و دقت نظری که در انتشار کتاب حاضر داشته اند، سپاسگزاری می نمائیم. مترجمان در برگردان این اثر ارزشمند، تلاش کرده اند تا ضمن امانتداری تا حد توان متنی روان و مفید را برای خوانندگان محترم تنظیم نمایند. با وجود این، کار خود را بی نقص نمی دانند و مشتاقانه از نظرات اصلاحی و بازخوردهای خوانندگان ارجمند به ویژه اساتید و دانشجویان استقبال می نمایند.

گروه مترجمین

تابستان ۱۳۹۱



**بخش اول - کلیات، مفاهیم و تعاریف ..... ۱۵**

**فصل اول - مفهوم «ارتباط در حوزه سلامت» چیست؟ ..... ۱۷**

- تعریف ارتباط در حوزه سلامت ..... ۱۸
- «ارتباط در حوزه سلامت» در قرن بیست و یکم: «خصوصیات کلیدی و تعریفها» ..... ۲۱
- نقش «ارتباط در حوزه سلامت» در بازار سلامت ..... ۳۱
- «ارتباط در حوزه سلامت» در سلامت عمومی ..... ۳۲
- «ارتباط در حوزه سلامت» توانایی‌ها و ناتوانی‌ها ..... ۳۳
- نکات کلیدی این بخش ..... ۳۵
- برای بحث و تمرین ..... ۳۵

**فصل دوم - نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط**

**به آن‌ها ..... ۳۷**

- تأثیر گذاری‌های نظری مهم در «ارتباط در حوزه سلامت» ..... ۳۹
- مسایل و موضوعات فعلی بهداشت و درمان: در خواست برای استفاده از برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت ..... ۵۸
- مفاهیم کلیدی ..... ۶۸

**فصل سوم - تأثیر عوامل فرهنگی، جنسی، نژادی، مذهبی و جغرافیایی**

**بر درک افراد از سلامتی و بیماری ..... ۶۹**

- رویکردها در تعریف سلامت و بیماری ..... ۷۰
- تفاوت تعریف سلامت در فرهنگ‌های مختلف؛ یک تحلیل مقایسه‌ای خلاصه ..... ۷۲
- تأثیر جنسیت بر رفتارهای مبتنی بر سلامت و درک افراد از سلامت و بیماری ..... ۷۵
- رفتارهای سلامت محور و آرزوها و امیدها ..... ۷۵
- پذیرش فرهنگی ..... ۷۷
- مفاهیم کلیدی ..... ۷۸

**بخش دوم: رویکردهای ارتباطی در حوزه سلامت و سطوح اجرا ..... ۸۱**

**فصل چهارم - روابط بین فردی ..... ۸۳**

- پویایی رفتارهای بین فردی ..... ۸۴
- فرآیند اجتماعی و شناختی در ارتباطات بین فردی ..... ۸۵
- قدرت ارایه خدمت به طور چهره به چهره و مشاوره ..... ۸۸

ارتباط به عنوان مرکز ظرفیت بالینی.....	۹۰
ارتباطات مبتنی بر تکنولوژی.....	۹۷
<b>فصل پنجم - روابط عمومی و حمایت عمومی.....</b>	<b>۱۰۱</b>
«روابط عمومی» چه مفهومی دارد؟.....	۱۰۱
قدرت رسانه‌های جمعی در تصمیمات بهداشت و درمان.....	۱۰۸
شاخص‌های کلیدی در برنامه‌های روابط عمومی.....	۱۱۲
شاخص‌های ارزیابی برنامه‌های روابط عمومی.....	۱۱۲
مفاهیم کلیدی.....	۱۱۴
<b>فصل ششم - بسیج عمومی.....</b>	<b>۱۱۷</b>
رویکرد پایین به بالا به «بسیج عمومی».....	۱۱۸
بسیج عمومی به عنوان یک فرآیند اجتماعی.....	۱۱۹
مراحل کلیدی برنامه‌های «بسیج عمومی».....	۱۲۲
نکات کلیدی.....	۱۲۶
<b>فصل هفتم - روابط حرفه‌ای پزشکی.....</b>	<b>۱۲۹</b>
ارتباط با ارایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان؛ رویکرد رو در رو.....	۱۳۰
مبانی نظری در برنامه‌های ارتباطی با متخصصان عرصه بهداشت و درمان.....	۱۳۲
عناصر کلیدی برنامه‌های ارتباطی با متخصصان عرصه بهداشت و درمان.....	۱۳۲
نگاه کلی به فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی.....	۱۳۷
مفاهیم کلیدی.....	۱۳۹
<b>فصل هشتم - روابط بین شریکان در "ارتباط در حوزه سلامت".....</b>	<b>۱۴۱</b>
روابط بین شریکان، یک تعریف تجربی.....	۱۴۲
روابط بین شریکان؛ یک رویکرد مؤثر و ساختاری.....	۱۴۳
مفاهیم کلیدی.....	۱۴۸

## بخش سوم - طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتباطی در حوزه

### سلامت..... ۱۵۱

<b>فصل نهم - کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی «ارتباط در حوزه سلامت».....</b>	<b>۱۵۳</b>
چرا برنامه ریزی مهم است؟.....	۱۵۵
رویکردهای برنامه‌ریزی ارتباط در حوزه سلامت.....	۱۵۷
چرخه‌ی "ارتباط در حوزه سلامت" و فرایند برنامه ریزی راهبردی.....	۱۵۸
گام‌های کلیدی در برنامه ریزی "ارتباط در حوزه سلامت".....	۱۶۰
عناصر یک برنامه‌ی مؤثر "ارتباط در حوزه سلامت".....	۱۶۳
برقرار ساختن هدف کلی برنامه، یک دیدگاه عملی.....	۱۶۷

اهداف پیامدی؛ رفتاری، اجتماعی، و سازمانی.....	۱۶۹
مفاهیم کلیدی .....	۱۷۲
<b>فصل دهم - تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان.....</b>	<b>۱۷۵</b>
نحوه‌ی انجام تحلیل جامع موقعیت و تهیه‌ی ویژگیهای مخاطبان.....	۱۷۶
سازمان دهی و گزارش یافته‌های پژوهش.....	۱۹۹
روش شناسی‌های رایج پژوهش.....	۲۰۱
مفاهیم کلیدی .....	۲۱۷
<b>فصل یازدهم - شناخت اهداف میانی و راه کارهای برنامه .....</b>	<b>۲۱۹</b>
چگونگی گسترش و معتبرسازی اهداف میانی برنامه .....	۲۲۰
طرح ریزی یک راه کار ارتباطی.....	۲۲۷
مفاهیم کلیدی .....	۲۳۱
<b>فصل دوازدهم - توسعه طرح‌های اجرایی و ارزیابی.....</b>	<b>۲۳۳</b>
تعریف کلی برنامه‌های اجرایی و ارزیابی .....	۲۳۴
طرح‌های ارزیابی .....	۲۳۶
مفاهیم کلیدی .....	۲۵۲



---

بخش اول  
کلیات، مفاهیم و تعاریف

---





---

## فصل اول

# مفهوم «ارتباط در حوزه سلامت» چیست؟

---

ارتباط در حوزه سلامت مفهومی است که به سرعت و با اهمیت فزاینده‌ای در هر دو عرصه سلامت عمومی و بخش‌های انتفاعی و غیر انتفاعی ارایه دهنده خدمات سلامت در جامعه، در حال رشد است. بنابراین بسیاری از افراد و سازمان‌ها در طول زمان کوشیده‌اند تا این مفهوم را تعریف کرده و یا با توجه به نیازهایشان باز تعریف کنند. به علت چند وجهی بودن ذات «ارتباط در حوزه سلامت» بسیاری از تعریف‌ها ممکن است با تعریف‌های دیگر متفاوت و گاه حتی متضاد باشند. اگرچه هنگامی که این تعریف‌ها را تحلیل می‌کنیم، متوجه می‌شویم که در بیشتر آن‌ها تأکید بر نقشی است که «ارتباط در حوزه سلامت» می‌تواند در تأثیرگذاران این عرصه داشته باشد تا در نهایت با ایجاد تغییر در رفتار افراد و یا حتی سیاست‌های کلان، باعث پیشرفت سلامت در جامعه شود.

تعریف درست این مفهوم به مدیران و صاحبان مشاغل حوزه سلامت، این امکان را می‌دهد تا زودتر نیازهای آموزشی کارکنان و افراد شاغل در این عرصه را شناسایی و در صدد برطرف کردن آن‌ها برآیند. در نهایت یک تعریف درست، باعث ایجاد یک ظرفیت مناسب برای استفاده موفق از رویکردهای ارتباطی برای تأثیرگذاری بر یک گروه مخاطب خاص و با یک هدف ویژه می‌شود.

در این قسمت از کتاب پیش رو، تعریف‌های موجود در این عرصه را به چالش می‌کشیم و نشان می‌دهیم که «ارتباط در حوزه سلامت» به همان اندازه که در بخش خصوصی لازم و ضروری است، در ارتباط با سلامت عمومی جامعه و در بخش دولتی نیز دارای اهمیت است. در نهایت نکات کلیدی، فرصت‌ها و محدودیت‌های هر کدام از رویکردهای متفاوت «ارتباط در حوزه سلامت» را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

### تعریف ارتباط در حوزه سلامت

همان‌طور که گفته شد، معانی متعددی از این مفهوم تاکنون ارایه شده است. در بیشتر این تعریف‌ها تأکید بر نقشی است که «ارتباط در حوزه سلامت» در حمایت و پیشبرد سلامت فردی و اجتماعی دارد. در این قسمت ما به تحلیل و ارزیابی این تعریف‌های مختلف می‌پردازیم و تلاش می‌کنیم تا از میان آن‌ها به یک تعریف مشترک برسیم. اولین قدم برای این تحلیل، بررسی معنی تحت الفظی و البته تاریخی خود کلمه «ارتباط» است.

#### □ معنی «ارتباط» چیست؟

برای دانستن مفهوم «ارتباط در حوزه سلامت» نیاز داریم تا به معنی فرهنگ نامه‌ای کلمه «ارتباط» بازگردیم. این معانی عبارتند از:

- ۱- انتقال اطلاعات بین افراد، برای نمونه به وسیله حرف زدن، نوشتن و یا استفاده از یک ساختار معمول از رفتارها و نشانه‌ها
- ۲- پیام که می‌تواند یک پیام گفتاری یا نوشتاری باشد.
- ۳- عمل ارتباط برقرار کردن.
- ۴- تفاهم، برقراری یک حس و یا درک مشترک بین افراد.
- ۵- دسترسی، به معنی دسترسی یا ارتباط، برای مثال، در ارتباطی بین دو اتاق یا بین دو فضای مجزا.

در حقیقت تمام این تعریف‌ها می‌تواند به ما در شناسایی شاخصه‌های یک برنامه «ارتباط در حوزه سلامت» موفق و کاربردی یاری رساند.

همانند بقیه انواع «ارتباط»، ارتباط در حوزه سلامت هم بر پایه یک راه دو طرفه برای انتقال اطلاعات بنا شده است که از یک سیستم عمومی نشانه‌ها و رفتارها استفاده می‌کند و این راه ارتباطی باید همیشه در دسترس بوده و توانایی ایجاد یک حس و

## مفهوم «ارتباط در حوزه سلامت» چیست؟ / ۱۹

درک مشترک را در میان افراد گروه برقرار کننده ارتباط و مخاطبان هدف داشته باشد. (لازم به ذکر است منظور از مخاطبان هدف، تمام افرادی هستند که برنامه ارتباطی طراحی شده، در تلاش برای تأثیر گذاری و تغییر رفتار آنان است) در نهایت کانال‌های ارتباطی، مانند رسانه‌های دیداری، نوشتاری و نظایر آن، درهای اتصال دهنده افراد گروه و مخاطبان هدف هستند.

ریشه‌های برقراری ارتباط، در نیاز مردم به انتقال و به اشتراک گذاری معانی و تفکراتشان با یکدیگر نهفته است. یک نگاه کلی به مبدأ اولین اشکال ارتباطی، مانند نوشتن، مشخص می‌کند که دلایلی که انسان‌ها استفاده از نشانه‌ها، گسترش نمادهای گرافیکی و سایر اشکال ابتدایی نوشتن را آغاز کردند، بسیار شبیه به دلایلی است که ما در حال حاضر می‌توانیم برای ارتباط در حوزه سلامت فهرست کنیم.

یکی از مهم ترین پرسش‌ها در مورد مبدأ و سرآغاز نوشتن این است: «چرا و با چه دلایل ویژه‌ای نوشتن به وجود آمد؟». گرچه هنوز هم جواب کامل و بدون شک و تردیدی برای این پرسش وجود ندارد، اما بسیاری از نظریه‌های منتشر شده در این مورد حاکی است که این گسترش به دلایل دولتی و حکومتی بوده است. چنین شواهدی ما را به این اندیشه وامی‌دارد که نیازها و خواسته‌های مردم برای تأثیر گذاری و ارتباط با یکدیگر، یکی از مهمترین دلایل ضرورت شکل‌گیری اشکال اولیه نوشتاری است. چنین نیازهایی در سایر اشکال ارتباطی که در جستجوی ایجاد احساس موفقیت و پیشرفت، و افزایش دوستی‌ها در میان افراد بوده است نیز مشهود است.

جمله تأثیر گذاری در تعریفی که مؤسسه «مردم سالم» در سال ۲۰۱۰ از «ارتباط در حوزه سلامت» داشت نیز به چشم می‌خورد. در تعریف این مؤسسه از «ارتباط در حوزه سلامت» آمده است: «هنر و تکنیک آگاه‌سازی، تأثیر گذاری و برانگیختن افراد، مؤسسات و جوامع در مورد موضوع‌های اصلی و مهم سلامت».

نقش مهم دیگر ارتباط، خلق یک محیط مناسب و قابل قبول برای به اشتراک گذاری درک، جذب و بحث پیرامون اطلاعات انتقال داده شده، برای گروه مخاطب هدف است. برای فراهم کردن چنین محیطی، برنامه ریزان باید درک عمیقی از نیازها، اعتقادات، تابوها، شیوه زندگی و عرف‌های اجتماعی مخاطبان داشته باشند. همچنین در

## ۲۰ / ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

ارتباط، ما نیاز به نوعی از پیام داریم که به سادگی به وسیله مخاطبان درک شود. این جنبه از ارتباط به خوبی در تعریفی که «پیرسون و نلسون» از مفهوم «ارتباط» ارائه می‌دهند، نمایان است.

آن‌ها می‌گویند «ارتباط» یعنی: فرآیند درک و به اشتراک گذاری معانی و مفاهیم. اگر به دنبال یک مثال عملی برای روشن کردن این تعریف می‌گردید، به نمونه زیر توجه نمائید. فرض کنید می‌خواهید یک لطفه درباره یکی از ویژگی‌های شخصیتی یکی از دوستان صمیمیتان بگویید. حالا یک حالت دیگر را در نظر بگیرید. این که به جای یکی از دوستان صمیمیتان می‌خواهید در مورد یکی از همکارانتان و یا فردی که تازه با او آشنا شده‌اید، یک لطفه بگویید. احتمالاً دوست صمیمیتان به لطفه شما خواهد خندید اما همکار و یا آشنای تازه‌تان، از دست شما ناراحت خواهد شد. در برقراری ارتباط نیز، انتخاب محتوای پیام به میزان آشنایی و نزدیکی شما با مخاطبان بستگی دارد. این آشنایی بیشتر، احتمال انتقال کامل اطلاعات به اشتراک گذاشته شده را افزایش می‌دهد. بنابراین برقراری ارتباط، به ویژه پیرامون موضوعاتی مانند مرگ، زندگی و نظیر آن چه در مراقبت‌های سلامتی مطرح می‌شود، یک فرآیند طولانی مدت است. این چنین ارتباطی علاوه بر آن که نیاز به درک کامل و درست مخاطبان دارد، به توانایی و البته خواست انتقال دهندگان اطلاعات برای همسان سازی و طراحی مناسب اهداف، راهکارها و فعالیت‌ها بر اساس بازخورد از مخاطبان نیز، بستگی دارد.

تکنیک‌های ارتباطی در موضوع سلامت، برای سال‌ها در بخش‌های خصوصی و غیر انتفاعی برای اهداف مرتبط با سلامتی در سطح عمومی، شرکتی و یا به طور ویژه برای یک محصول خاص استفاده شده‌اند.

همانطور که بسیاری از مؤلفان اشاره کرده‌اند؛ ارتباط در حوزه سلامت از عوامل مختلفی مانند میزان آموزش در حوزه سلامت، بازاریابی، بازاریابی اجتماعی، روانشناسی، انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی تأثیر می‌پذیرد.

اهمیت هر کدام از این عوامل بستگی به محیط‌های مختلف و فعالیت‌های متفاوتی که قرار است انجام بشود، دارد.

## مفهوم «ارتباط در حوزه سلامت» چیست؟ / ۲۱

در ادامه، برخی از آخرین تعریف‌های مرتبط با این حوزه، بر اساس کلید واژه‌های هر تعریف و نقشی که برای ارتباط در حوزه سلامت در نظر گرفته‌اند، آورده شده است. از مهمترین شاخصه‌هایی که در بیشتر تعریف‌ها مشترک است، می‌توان به «به اشتراک گذاری معانی یا اطلاعات»، «تأثیرگذاری در افراد یا جوامع»، «آگاه سازی»، «برانگیختن مخاطبان هدف»، «انتقال اطلاعات» و «تغییر رفتارها» اشاره کرد.

جنبه مهم دیگری از ارتباط در حوزه سلامت «حمایت از تغییرات رفتاری ایجاد شده و پایدار نگه داشتن این تغییرات است». در حقیقت یکی از شاخصه‌های کلیدی برای یک برنامه ارتباطی موفق در حوزه سلامت، میزان پایداری تأثیر یک برنامه ارتباطی در طولانی مدت است.

در کنار این، گسترش روز افزون وسایل ارتباطی نیز، روز به روز امکان تأثیرگذاری بر مخاطبان و توان ایجاد تغییر رفتارها و بینش علمی جامعه در ارتباط با سلامت را آسان تر و پایداری آنها را افزایش می‌دهد.

اگر ما این نگاه و رویکرد رفتار محور را، به تعریف‌هایی که تا کنون برای «ارتباط در حوزه سلامت» ارایه شده است، بیاندازیم به تعریف جدیدی می‌رسیم: «ارتباط در حوزه سلامت، یک رویکرد چند وجهی و با اصول متعدد است که در نهایت هدف آن، انتقال اطلاعات مرتبط با سلامت در راستای تأثیرگذاری، متحد کردن و حمایت از افراد، صنوف، صاحبان مشاغل مرتبط با سلامت، گروه‌های اجتماعی، سیاست گذاران و عموم مردم است تا آنها را به اتخاذ یک رفتار، عمل و یا سیاست مناسب که در نهایت باعث ارتقای سلامت جامعه می‌شود، وا دارد».

## «ارتباط در حوزه سلامت» در قرن بیست و یکم: «خصوصیات کلیدی و تعریف‌ها»

«ارتباط در حوزه سلامت» درباره ارتقای سلامت با حمایت از تغییرات مثبت رفتاری و اجتماعی است. این نگاه به شکل فزاینده‌ای جایگاه خود را در مداخلات حوزه سلامت تثبیت کرده است. این رویکرد جامع به درک و درگیری کامل مخاطبان، در برنامه‌های ارتباطی تکیه دارد.

کلمات اصلی	تعریف‌ها
<p>آگاه‌سازی و تأثیر گذاری بر تصمیمات فردی و اجتماعی</p>	<p>۱- «ارتباط در حوزه سلامت» یک راهکار اصلی برای آگاه‌سازی عموم مردم درباره موضوعات مرتبط با سلامت و نگاه داشتن مسایل اصلی مرتبط با سلامت در توجه و دستور العمل جوامع است. (دپارتمان سلامت «نیوسوت ولز»، استرالیا، سال ۲۰۰۶)</p> <p>۲- مطالعه درباره استفاده از راهکارهای ارتباطی برای آگاه‌سازی و تأثیر گذاری بر تصمیم‌گیری افراد و جوامع به منظور ارتقای سطح سلامت (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی آمریکا، سال ۲۰۰۵)</p> <p>۳- پیشگیری از بیماری‌ها به وسیله تغییر در رفتار افراد (فریموس، لینان و پاتر، سال ۲۰۰۰)</p> <p>۴- فرآیند توسعه یافتن و انتشار پیام‌های طراحی شده برای گروهی خاص به منظور تأثیرگذاری بر اطلاعات، باورها و اعتقادات افراد برای انتخاب رفتارهای سالم تر (اسمیت و هورتیک، سال ۱۹۹۹)</p>
<p>تحریک افراد</p>	<p>۱- «ارتباط در حوزه سلامت» به معنی استفاده از ابزار و تکنیک‌های ارتباطی برای ایجاد تغییر مثبت در افراد، عموم مردم و سازمان‌ها با هدف ارتقای سلامت افراد و محیط زندگی آن‌ها است (مایاخ وهالتگرید، سال ۱۹۹۵) این ارتباط می‌تواند شامل فعالیت‌های گوناگون مانند رابطه هدفمند بیمار و افراد شاغل در کلینیک، برگزاری کلاس‌ها، ارسال پیام‌ها، طراحی برنامه‌های رسانه‌ای و نظایر آن باشد.</p> <p>۲- هنر و تکنیک آگاه‌سازی، تأثیر گذاری و تحریک افراد، مؤسسات و مخاطبان عمومی درباره اهمیت سلامت با هدف پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سلامت، تأثیرگذاری بر سیاست‌های کلان سلامت در جامعه و پیشرفت و سالم شدن شیوه زندگی افراد. (راتزان و همکاران، سال ۱۹۹۴)</p> <p>۳- هنر و تکنیک آگاه‌سازی، تأثیرگذاری و تحریک افراد، سازمان‌ها و مخاطبان وسیع اجتماعی درباره مسایل مهم مرتبط با سلامت با تکیه بر حقایق علمی و رعایت ملاحظات اخلاقی</p>
<p>تغییر رفتارها</p>	<p>۱- «ارتباط در حوزه سلامت» مانند آموزش در همین حوزه، تلاش می‌کند تا یک سری از تغییرات را در رفتار تعداد زیادی از مخاطبان بر اساس حل مشکل مشخص و در مدت زمان از پیش تعیین شده، ایجاد کند. (کلیفت و فریموس، سال ۱۹۹۵)</p>
<p>افزایش درک و دانش افراد درباره موضوعات مرتبط با سلامت</p>	<p>۱- هدف از «ارتباط در حوزه سلامت» افزایش دانش و درک مردم از موضوعات مرتبط با سلامت به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه است (موتوری، سال ۲۰۰۶)</p>

تعریف‌ها	کلمات اصلی
۱- ارتباط در حوزه سلامت» به معنای آگاه‌سازی مردم با استفاده از در اختیار قرار دادن دانش مسایل و مداخلات ویژه مرتبط با سلامت است (موتوری، سال ۲۰۰۵)	آگاه‌سازی مردم
۱- فرآیند مشارکت که بر یک ارتباط دو سویه مبتنی است که هدف آن انتقال فعال اطلاعات، ایده‌ها، دانش و تکنیک‌ها میان فرستنده و گیرنده اطلاعات است و به قصد افزایش درک دانش عمومی و ایجاد عزم اجتماعی برای ارتقای سطح سلامت و شناسایی اقدامات مؤثر ممکن برای رسیدن به این هدف اجرا می‌شود. (سال ۲۰۰۵) ۲- گسترش علمی، توزیع هوشمندانه و ارزیابی دقیق تناسب اطلاعات در دسترس و قابل درک بودن اطلاعاتی که با هدف ارتقای سلامت به مخاطبان ارسال می‌شود.	مبادله اطلاعات در یک ارتباط دو سویه

حقیقت آن است که در طول پنجاه سال اخیر، مبنای تعریف «ارتباط در حوزه سلامت» دوباره مورد تحلیل قرار گرفته و تغییر کرده است.

مهم‌ترین ارتباط برقرار کنندگان در حوزه سلامت، دیگر آن‌هایی نیستند که در روزنامه‌ها مقاله می‌نویسند یا در سایر رسانه‌ها در مورد سلامت صحبت می‌کنند. مهم‌ترین افراد، اعضای اصلی تیم‌های سلامت اجتماعی و یا گروه‌های سلامت حرفه‌ای هستند. برقراری ارتباط در این حوزه دیگر به عنوان یک مهارت تعریف نمی‌شود، بلکه عملی مبتنی بر دانش است که نیاز به تمرین و انگیزه فراوان دارد و شرایط آن بر اساس نوع مخاطبان و ابزار و موقعیت ارتباطی موجود، متفاوت می‌شود.

در گذشته و احتمالاً شایع‌ترین شکل انجام کار تا به امروز، بدین گونه بوده است که افرادی که در زمینه ارتباط در حوزه سلامت کار می‌کردند، در زمان انجام کار آموزش می‌دیدند. در واقع افرادی با تخصص در حوزه‌های مختلف مانند جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، سلامت عمومی با ویژگی‌های متفاوتشان برای انجام کاری مانند ساخت یک فیلم، تبلیغ و یا چاپ یک نشریه در حوزه سلامت، گردهم می‌آمدند و براساس یک هدف مشترک به فعالیت می‌پرداختند. آن‌ها در زمانی که مشغول انجام کارشان بودند، می‌آموختند که چگونه مهارت‌های پیشین‌شان را با این حوزه جدید و جریان اصلی ارتباط در حوزه سلامت، سازگار کنند.

اما در میانه دهه نود و با افزایش روز افزون نیازها به افرادی متخصص در این حوزه، چند دانشگاه در آمریکا برنامه ویژه تحصیلی‌شان را برای تربیت افراد متخصص

در همین زمینه آغاز کردند. همین کار باعث شد تا تلاش‌های آکادمیک از سراسر جهان در این زمینه نوظهور آغاز شود. مقالات متعددی درباره ارتباط در حوزه سلامت به چاپ رسید. در واقع ارتباط در حوزه سلامت، از تخصصی که در حین انجام کار آموزش داده می‌شد، به تخصصی که نیاز به تحصیلات پیش از ورود به بازار کار دارد، تبدیل شد. در نتیجه، روز به روز میزان درک این مطلب که میزان صلاحیت تکنیکی افراد می‌تواند در نتایج برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت مؤثر باشد، افزایش یافت. یک رویکرد ساختارمند به برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت، اجرای بدون عیب و نقص این برنامه‌ها و یک ارزیابی درست و شاخصه‌مند، نتیجه یک برنامه آموزشی و تمرینی مناسب است.

در زمینه «ارتباط در حوزه سلامت» فرآیند آموزش، یک تلاش پایان‌ناپذیر است که با پیشرفت مستمر برنامه‌ها و وسایل آموزشی، روز به روز آسان‌تر می‌شود. آموزش باید در دانشگاه‌ها آغاز شود و البته باید به وسیله فعالیت‌های علمی و آموزش در حین خدمت، تکمیل شود.

یک برنامه آموزش در حوزه سلامت زمانی می‌تواند به بالاترین حد اثرگذاری خود برسد که به وسیله یک گروه کامل، شامل صاحبان مشاغل مختلف در حوزه سلامت و متخصصان سلامت عمومی جامعه مورد ارزیابی و اجرا قرار گیرد. کار گروهی و توافق بین طرفین برای انتخاب و شناسایی دقیق اهداف و نتایج یک برنامه، کلید طراحی یک برنامه‌ی موفق و اجرا و نظارت درست بر آن است.

در نهایت لازم به یادآوری است که هیچ نسخه و تعریف شفابخش و جادویی که ما را به موفقیت و راه درست رهنمون کند، وجود ندارد. بلکه اصول «ارتباط در حوزه سلامت» باید همواره مورد تحلیل قرار گیرند و ما باید همیشه در جستجوی هماهنگ کردن زوایای مختلف نگاه به این حوزه باشیم تا بتوانیم به یک نگاه جامع‌نگر و کاربردی برسیم.

از اهداف اصلی این کتاب، اعتقاد به این باور است که شناسایی و بررسی کارکنان این حوزه، عامل اصلی گسترش تئوری‌ها، مدل‌های اجرایی و رویکردهای مختلف در این زمینه می‌باشد که لازم است برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران این عرصه را آگاه کرده و راهنمایی نماید.

لیستی از شاخص‌های کلیدی در مقوله «ارتباط در حوزه سلامت»، که در ادامه بیشتر مورد ارزیابی و تحلیل قرار می‌گیرند، به این شرح است:



خصوصیات کلیدی ارتباط در حوزه سلامت	
۱	مخاطب محور
۲	مبتنی بر پژوهش
۳	چند وجهی
۴	راهبردی
۵	برنامه ریزی شده
۶	با صرفه از لحاظ اقتصادی
۷	خلاق در حمایت از برنامه
۸	طراحی شده بر مبنای مخاطب و رسانه خاص
۹	برقراری رابطه
۱۰	با هدف تغییرات رفتاری یا اجتماعی

#### □ مخاطب محور

«ارتباط در حوزه سلامت» یک فرآیند طولانی مدت است که با خواسته‌ها و نیازهای مخاطب آغاز و با همان نیازها و خواسته‌ها پایان می‌پذیرد. مخاطب تنها هدف محض برنامه‌ها نبوده، بلکه یک عضو فعال در فرآیند تحلیل موضوعات مرتبط با سلامت برای یافتن یک راه حل با صرفه و از لحاظ فرهنگی مناسب، برای حل مشکلات است.

در گیر کردن مخاطبان در برنامه، نه تنها به ما برای شناسایی خواسته‌ها، نیازها و باورهایشان کمک می‌کند، بلکه آغازی برای متعهد ساختن آنان برای شناختن و اجرای نکات کلیدی برنامه‌های طراحی شده است. این مهم به طور معمول با همکاری دو جانبه میان مخاطبان از یک سو و سازمان دهندگان و هدایت کنندگان کلیدی برنامه یا برنامه‌های ارتباطی از سوی دیگر امکان پذیر می‌شود. به عنوان نمونه هنگامی که می‌خواهیم یک برنامه به منظور افزایش بقای بیماران مبتلا به سرطان سینه را طراحی کنیم، همه راهکارها و نکات کلیدی برنامه باید در گروهی متشکل از اعضای گروه طراحی کننده برنامه، بیماران و نمونه‌ای از مخاطبان هدف مورد بحث، آزمون و تحلیل قرار گیرد.

مهم تر آن که مخاطبان باید احساس کنند به جایگاه آن‌ها اهمیت داده شده و به خوبی از شرایط برنامه آگاه شده اند. مخاطبان باید مهم ترین قسمت در برنامه‌های اجرا-محوری باشند که در نهایت به تغییرات رفتاری و اجتماعی منجر می‌شود.

#### □ مبتنی بر پژوهش

«ارتباط در حوزه سلامت» ریشه در تحقیقات دارد. یک برنامه ارتباطی موفق، علاوه بر آن که به درک درستی از نیازهای مخاطبان نیاز دارد، باید مبتنی بر شناخت

درستی از شرایط محیطی نیز باشد. این شرایط شامل شناسایی برنامه‌های اجرا شده، سیاست‌ها، عرف‌های اجتماعی، موضوعات کلیدی و موانع موجود بر سر راه حل مشکلات است.

در یک نگاه کلی، یکی از شرایط اساسی برنامه‌های ارتباطی، توجه به محیطی است که مخاطبان در آن زندگی می‌کنند و شرایط آن بر مخاطبان هدف تأثیر می‌گذارد. خلق یک محیط مناسب و تأثیر بر افراد کلیدی مانند اعضای خانواده مخاطبان، برای حمایت و کمک به آنها، یکی از مهمترین اهداف برنامه‌های «ارتباط در حوزه سلامت» است. رسیدن به چنین هدفی نیاز به یک رویکرد تحقیقاتی جامع نگر دارد که مبتنی بر پیشرفت ساختاری تحلیل موقعیت و خصوصیات مخاطبان است. در حقیقت توانایی تحلیل موقعیت مخاطبان به معنی بررسی وضعیت فردی، اجتماعی و سیاسی آنان است و تحلیل خصوصیات آنان بیانگر نیازها، ارزش‌ها، شکل‌های رفتاری و شاخص‌های آماری مخاطبان است. تحلیل موقعیت و خصوصیات مخاطبان، از اقدامات اولیه و بنیادی برنامه‌های «ارتباط در حوزه سلامت» است.

#### □ چند وجهی بودن

برقراری «ارتباط در حوزه سلامت» در طبیعت خود، چند وجهی است و بر پایه چند اصل بنا شده است. «ارتباط در حوزه سلامت» می‌تواند پیچیدگی رفتارهای اکتسابی و تغییرات اجتماعی را شناسایی کند و سپس با قبول و هماهنگی کردن تئوری‌های مختلف با یک رویکرد چند وجهی، به سمت اهداف خود حرکت کند. چنین ارتباطی علاوه بر آن که مخاطب محور بوده و از جنبه‌های مختلفی مانند انسان‌شناسی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و نظایر آن به هدف نگاه می‌کند، از راه کارهایی که پیش از این با موفقیت در بخش دولتی و خصوصی استفاده شده اند نیز، سود می‌برد. باز هم تکرار می‌کنیم که تنها یک مدل درست وجود ندارد. وقتی که همیشه مخاطبان ما در مرکز برنامه‌های طراحی شده قرار دارند، طراحی‌ها، از یک مجموعه مخاطب تا مجموعه دیگر فرق می‌کند و با توجه به خواست‌ها، زاویه نگاه آن‌ها و سایر خصوصیاتشان باید شرایطی فراهم شود تا مخاطبان هرچه بیشتر در برنامه مشارکت کرده و از آن مهمتر با ارایه راه حل‌ها و حمایت از هدف‌های برنامه، راه‌های رسیدن به وضعیت بهتر سلامت جامعه را تسهیل کنند. بر اساس تعاریفی که «پیتر، ریمون، رایان مرتب و سافیر» در سال ۲۰۰۳ ارایه دادند، چهار سطح از ارایه خدمات ارتباطی در حوزه سلامت وجود دارد:

**سطح اول:** سطح کلینیکی که بر پایه رایجه خدمات پزشکی استوار است و بر این نکته تأکید دارد که اگر افراد بدانند که خدمات مختلف سلامت در چه محلی رایجه می‌شود، آن‌ها در مواقع نیاز و برای دریافت خدمت به آن محل مراجعه می‌کنند.

**سطح دوم:** سطح اجتماعی که بیشتر بر روی رایجه دهندگان خدمات سلامت در خارج از مراکز بهداشتی درمانی در سطح جامعه تأکید داشته و با توجه به جغرافیای انسانی و محیطی، اطلاعات و آموزش‌های مختلفی را به مردم رایجه می‌دهد.

**سطح سوم:** سطح اقتصادی و انتفاعی که از مدل‌های تجاری بازرگانی منشأ گرفته و مصرف‌کنندگان، تولیدات مورد نیازشان را در حوزه سلامت از بازار عرضه خریداری می‌کنند.

**سطح چهارم:** امروزه خدمات سلامت در سطح رفتارهای هدفمند ارتباطی و بر پایه الگوهایی که از علم رفتارشناسی و بر مبنای تأثیرگذاری بر سیاست‌های کلان و شکل رفتارهای اجتماعی، گرفته شده‌اند، رایجه می‌شود و هدف آن حفظ فرآیند تغییر مستمر و قدرتمند رفتارهای فردی و اجتماعی است. در این سطح از برقراری ارتباط و رایجه خدمات نیز، هر کدام از سه سطح دیگر نقش و جایگاه خاص خود را دارند. در حقیقت تمام تلاش این است که با استفاده از تمام ابزار و امکانات در دسترس، بتوان بیشترین تأثیر را بر اعتقادات افراد باقی گذاشت تا بیش از پیش با برنامه‌های ارتقای سطح سلامت، همراه و همگام باشند.

#### □ راهبردی

پیش از تعیین راهبردها، نیاز به یک پژوهش جامع و دقیق داریم و پس از آن باید تمام فعالیت‌ها، بر مبنای اطلاعاتی که از همین پژوهش‌ها به دست می‌آید، انجام پذیرد. طراحان برنامه نباید به کارگاه، مقاله، بروشور و یا سایر موارد استناد کنند، مگر آن که مطمئن باشند روشی که آن‌ها انتخاب کرده‌اند، دقیقاً بر اساس نیازهای شناسایی شده بوده و به قلب مخاطبان راه پیدا خواهد کرد.

#### □ برنامه ریزی شده

برقراری ارتباط یک فرآیند طولانی مدت است. تأثیرگذاری بر مردم و رفتارهایشان نیاز به یک تعهد مداوم در طرح مسایل مربوط به سلامت و رایجه راه حل‌های مربوط به آن‌ها دارد. ایجاد چنین تعهدی نیاز به داشتن یک درک عمیق و درست از نیاز مخاطبان و محیط آن‌ها و البته ایجاد یک همدلی و عزم جدی در بین مخاطبان دارد.

در برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، اولین قدم، آموزش به مخاطبان و راهنمایی آنان برای شناخت هدف‌های اصلی برنامه است. در این مرحله، برنامه باید برای ایجاد توافق با مخاطبان، انعطاف داشته باشد.

مخاطبان باید خود را قسمت و جزوی از برنامه بدانند و برای رسیدن به این هدف باید از تمام کانال‌ها و ابزارهای ارتباطی موجود، به شکلی هماهنگ و در راستای اهداف کلی برنامه، استفاده کرد.

همانطور که پیش از این اشاره شد، ارتباط در حوزه سلامت یک مسیر دو سویه برای انتقال فعال اطلاعات، دانش و تکنیک‌ها میان فرستنده و گیرنده است. گرچه این تعریف در همه مکان‌ها و زمان‌ها صادق است اما بیشتر برای استفاده در کشورهای پیشرفته کاربرد دارد. زمانی که شما با جوامع کمتر پیشرفته مواجه هستید، باید از راه‌حل‌های خلاقانه‌تری استفاده کنید که بتواند از پس کمبود امکانات و کم بودن میزان پذیرش برنامه‌ها توسط مخاطبان، برآید. چنین راه‌حل‌هایی معمولاً پس از ماه‌ها بحث و گفتگو میان طراحان و رهبران و سازمان‌های محلی به دست می‌آیند. گاهی اوقات حرف زدن و استفاده از توانایی و برش رهبران محلی، تنها ابزاری است که شما در اختیار دارید. برای نمونه بگذارید با شما در باره ماریا صحبت بکنم. ماریا، مادری است که همراه با چهار فرزند کوچک و البته پدر ۷۵ ساله اش در یک روستای کوچک در آفریقا زندگی می‌کند. این روستا کاملاً دور از مناطق شهری قرار گرفته و فقط عده‌ی بسیار کمی از مردم آن، سواد خواندن داشته و از وسایل ارتباط جمعی استفاده می‌کنند. ماریا اطلاع ندارد که بیماری مالاریا در منطقه آن‌ها اندمیک است و بچه‌ها را بیشتر از بزرگسالان تهدید می‌کند.

از سوی دیگر در روستای آن‌ها، افرادی که سن بالاتری دارند، از جایگاه و مقام ویژه‌ای برخوردار هستند، بنابراین اگر ماریا پولی برای تهیه یک پشه بند پیدا بکند، کسی که داخل پشه بند می‌خوابد، پدر پیر ماریا است و سایر افراد خانواده، هم چنان در معرض خطر باقی می‌مانند.

اگر کدخدای روستا به ماریا بگوید که او باید بچه‌ها را داخل پشه بند بخواباند، آن وقت شاید او رفتارش را تغییر دهد، اما تأثیر گذاری بر روی رهبران محلی، خود یک فرآیند طولانی مدت و وقت گیر است. برای چنین تغییراتی باید سراغ سازمان‌های منطقه‌ای و بومی رفت که از طرف رهبران محلی مورد احترام قرار می‌گیرند و حرفشان پذیرفته می‌شود.

در چنین شرایطی به علت کاهش میزان پذیرش اجتماعی، طبیعی است که فرآیند برقراری ارتباط و تأثیر گذاری، بسیار طولانی تر از یک کشور پیشرفته خواهد بود.

بنابراین طراحان و اجراکنندگان برنامه باید آگاه باشند که حرکت در چنین جامعه‌ای نیاز به برداشتن قدم‌های کوتاه و البته مستمر دارد.

#### □ با صرفه بودن

بسیاری از برنامه‌های ارتباطی برای ارتقای سطح سلامت جامعه، توسط مراکز دولتی و با بودجه‌های عمومی انجام می‌پذیرند. در چنین مواقعی یکی از مهمترین مشکلات، عدم وجود منابع کافی مالی و ابزاری است. بنابراین یکی از با اهمیت ترین شاخصه‌ها برای طراحی یک برنامه مناسب که بتواند به خوبی اجرا و ارزیابی شده و مورد حمایت قرار گیرد، کاهش بار مالی آن برنامه است. برای جلوگیری از هزینه‌های غیرضروری و غیر هدفمند، پیش از طراحی برنامه باید به خوبی اهداف را شناسایی کرده و بهترین و کم هزینه ترین راه را در میان راه کارهای مختلف موجود انتخاب کرد. یک برنامه کم هزینه، برنامه‌ای است که علاوه بر بار مالی کم، نیروی انسانی کمتری را هم درگیر کند. از سوی دیگر باید با استفاده از همکاری‌های بین بخشی و درگیر کردن نهادهای غیردولتی و پتانسیل‌های اجتماعی، حرکت به سمت هدف را تسهیل نمود.

#### □ خلاق در حمایت از برنامه

خلاقیت یکی از مهم ترین شاخص‌های رابطن سلامت است که به آن‌ها اجازه می‌دهد در شرایط گوناگون، از روش‌ها و ساختارهای مختلف برای رسیدن به هدف استفاده کنند. از طرف دیگر، استفاده از روش‌های خلاقانه می‌تواند هزینه‌های اجرای طرح را نیز کاهش دهد. هر برنامه هرچه قدر هم که دقیق طراحی شده باشد، نمی‌تواند تمام جزئیات و موانع کوچک در زمان اجرای برنامه را پیش بینی کند. بسیاری از اوقات عدم توانایی عبور از همین موانع کوچک است که برنامه‌های بزرگ را با شکست مواجه کند.

البته همواره باید مراقب باشیم که این خلاقیت‌ها، صرفاً در راستای دسترسی به هدف اولیه باشد و برنامه را از مسیر اصلی خود خارج نکند.

#### □ انتخاب مخاطب و رسانه ویژه

بگذارید این بخش را با این پرسش آغاز کنیم، آیا یک پیام با یک محتوا و شکل و ساختار، می‌تواند برای افرادی که کاملاً با یکدیگر متفاوت هستند، کارآیی یکسانی داشته باشد؟ بدون شک، پاسخ خیر است. پس از شناخت درست مخاطبان، باید برای هر گروه مخاطب ویژه، یک شکل از پیام خاص طراحی شده و این پیام از طریق رسانه‌ای

### ۳۰ / ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

که بیشترین احتمال تأثیر را دارد، منتشر شود. فرض کنید شما می‌خواهید پیامی را درباره نحوه درست نشستن در هنگام رانندگی، به مخاطبان‌تان که رانندگان تاکسی‌های درون شهری هستند، منتقل کنید. در ابتدا باید روحیه و اخلاق این طیف را به خوبی شناسایی کنید و پس از آن پیام و محتوای آن را به گونه‌ای که برای این دسته از مخاطبان مورد قبول و پذیرش باشد، طراحی کنید. در نهایت، این پیام مناسب باید از طریق مناسبی نیز در اختیار مخاطبان قرار گیرد. برای نمونه پخش چنین پیامی از رادیو، بیش از تلویزیون می‌تواند کارآیی داشته باشد.

از سوی دیگر هر پیام تنها باید حاوی یک نکته رفتاری باشد، حتی اگر شما زمان کافی را در اختیار نداشته باشید.

رعایت این دو نکته، یعنی تأکید کردن بر یک تغییر رفتاری و انتخاب پیام و شیوه انتقال مناسب، از اصولی است که عدم رعایت آن‌ها می‌تواند به اعتماد مخاطبان نسبت به سازمان‌های سلامت عمومی، خدشه وارد کند.

#### □ ارتباط سازنده

برقراری همبستگی میان مخاطبان و ارائه‌کنندگان خدمات، هدف اصلی «ارتباط در حوزه سلامت» است. ایجاد احساس مشترک و همدلی، نکته کلیدی موفقیت هر برنامه مداخله‌ای در زمینه سلامت است که می‌تواند ضامن یک همکاری طولانی مدت و موفقیت آمیز، میان اجزای مختلف یک برنامه طراحی شده باشد.

مهم تر اینکه ایجاد همدلی و ساختن یک ارتباط مناسب، محیط مناسبی را برای به اشتراک گذاری مفاهیم و معانی فراهم می‌کند که در ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی در مقیاس بزرگ، نقش محوری را داراست.

#### □ تلاش برای ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی

اگرچه همواره هدف نهایی ایجاد «ارتباط در حوزه سلامت» تأثیرگذاری بر رفتارهای فردی و اجتماعی بوده است، اما این روزها، تلاش‌های تازه و روزافزونی برای شناخت عوامل فردی و اجتماعی، پیش از طراحی برنامه‌های مداخله‌ای، آغاز شده است.

«به راستی ما از مردم می‌خواهیم تا چه کاری را انجام دهند؟» این اولین پرسشی است که باید قبل از آغاز هر کاری از خود پرسیم. آیا می‌خواهیم آن‌ها واکسن بچه‌ها را قبل از سن یک سالگی فراموش نکنند؟ می‌خواهیم آن‌ها را از خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و راه‌های پیش‌گیری از آن آگاه کنیم؟

پاسخ دادن به این گونه از سئوالات، قدم اول در طراحی برنامه است. اگرچه تئوری‌های مختلفی از تغییرات رفتاری فردی و اجتماعی به عنوان شاخص‌های مهم و جداگانه برای بررسی موفقیت یک برنامه ارتباطی نام می‌برند، اما در حقیقت این شاخص‌ها با هم در ارتباط بوده و تغییرات اجتماعی در حقیقت نتیجه یک سری از تغییرات فردی است.

### نقش «ارتباط در حوزه سلامت» در بازار سلامت

از «ارتباط در حوزه سلامت» به طور وسیعی در بخش‌های اقتصادی استفاده می‌شود. در بخش خصوصی، استراتژی‌های ارتباطی قبل از هر چیز برای فرآیندهای بازاریابی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در بسیاری از قسمت‌های بخش خصوصی فعال در حوزه سلامت، «طراحی برنامه ارتباطی» به عنوان یک عنصر حیاتی در بازاریابی در میان مردم استفاده می‌شود که به طور سنتی بر چهار رکن، ماده تولیدی، مکان عرضه، قیمت و شکل توزیع استوار است.

وقتی که به جدول زیر نگاه می‌کنیم، می‌توانیم عناصر محیطی با اهمیت در ارتباط در حوزه سلامت را ببینیم. بررسی این شاخص‌ها نشان می‌دهد که با وجود ارتباطی که میان آن‌ها وجود دارد و تأثیر گذاری این عناصر بر روی یکدیگر، تعادل میان آن‌ها بر حسب موقعیت، هدف و شرایط برنامه، می‌تواند به سمت بعضی از عناصر جابه جا شود.

<p>■ محیط سیاسی</p> <p>سیاست‌ها، قوانین، خواسته‌های سیاسی و سطح تعهد به تقدم اجرای برنامه‌های سیاسی</p>		<p>■ مخاطبان</p> <p>اعتقادات مربوط به سلامت، ارزش‌ها، رفتارهای فرهنگی، سن، شاخص‌های وابسته به جنس، سطح سواد، عوامل خطر، سطح زندگی و شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی</p>
	<p>ارتباط در حوزه سلامت</p>	
<p>■ محیط اجتماعی</p> <p>اعتقادات فعالان اجتماعی، ارزش‌ها و رفتارهایشان</p> <p>عرفهای اجتماعی</p> <p>ساختار جامعه</p> <p>برنامه‌هایی که در حال حاضر در جامعه اجرا می‌شوند</p>		<p>■ رفتارها، خدمات و یا کالای توصیه شده</p> <p>- سودهایشان</p> <p>- خطرهایشان</p> <p>- اشکالهایشان</p> <p>- قیمت خدمات یا کالاها</p> <p>- میزان تخفیف و اختصاص یارانه</p> <p>- مورد قبول و در دسترس بودن آنها</p>

### «ارتباط در حوزه سلامت» در سلامت عمومی

در ابتدا و پیش از آن که از فرآیندهای ارتباطی در حوزه سلامت و در سطوح مختلف استفاده شود، این دست از برنامه‌ها فقط در حوزه‌های سلامت عمومی مورد استفاده قرار می‌گرفت. در آن زمان «ارتباط در حوزه سلامت» از اصول و مبانی خاص برخوردار نبوده و تنها به عنوان یک مهارت که توسط صاحبان مشاغل مختلف سلامت استفاده می‌شود، شناخته می‌شد.

خوشبختانه اینک سازمان‌های مختلف دخیل در سلامت عمومی، به نقش مهم برنامه‌های ارتباطی در ارتقای سطح سلامت جامعه و به نتیجه رساندن مداخلات مربوط به موضوعات سلامت، پی برده‌اند.

این سازمان‌ها از برنامه‌های ارتباطی در سطح سلامت عمومی به منظور رسیدن به اهدافی مانند پیشگیری از بیماری‌ها، تأثیرگذاری بر سیاست‌های کلان، بهبود سبک زندگی افراد و در نهایت جامعه استفاده می‌کنند.

امروز «ارتباط در حوزه سلامت» بیش از پیش به عنوان یک علم مطرح شده و به طور ویژه در پیشگیری از بیماری‌های عفونی واگیر، تهدیدهای جهانی سلامت و بیوتروریسم مورد توجه قرار گرفته است و البته باعث ایجاد رویکرد تازه‌ی پیشگراانه و بیمار محوری به مقوله سلامت شده است.

استفاده از فرآیندهای ارتباطی در حوزه سلامت در دنیا، مقوله‌ای است که با استفاده از رویکردهای مختلف ارتباطی تلاش می‌کند، تمام این رویکردها را به طور مناسب و منظم در کنار یکدیگر بچیند تا نتایج مورد انتظار در حوزه سلامت اجتماعی به دست آید. اهداف طولانی مدت تنها می‌توانند در سایه همکاری همدلانه تمام افراد علاقه مند، با استفاده از روش‌های فرهنگی مناسب و انتخاب کانال‌های مناسب ارتباطی به دست آیند و البته باز یادآور می‌شویم که هیچ روش جادویی در این راه وجود ندارد. تعداد پیام‌های ارسالی و فاصله میان پیام‌ها نیز از عوامل مؤثر در ایجاد ارتباط مناسب است.

تکرار یک پیام یا به اصطلاح ایجاد یک بهمن اطلاعاتی، با استفاده از وسایل ارتباطی، پیام رسان‌های متعدد و ارسال متعدد پیام امکان پذیر است. ایجاد این بهمن اطلاعاتی، می‌تواند تحریک مخاطبان برای ایجاد تغییر در رفتارشان را آسان تر کند.

در پایان بار دیگر سطوح مختلف ارتباطی را مرور می‌کنیم:

#### □ ارتباط بین فردی

در این سطح، از کانال‌های ارتباطی بین فردی مانند ملاقات‌های دو نفره استفاده می‌شود و اطلاعات بر حسب شرایط فرهنگی و نیازهای ویژه مخاطبان، به آن‌ها عرضه می‌شود.



این نوع ارتباطها می‌تواند در فروش یک کالای مربوط به سلامت و یا خدمات مشاوره در این حوزه، مورد استفاده قرار گیرد. این نوع ملاقاتها معمولاً در مکان‌هایی اتفاق می‌افتد که در آنها خدمات و لوازم ضروری مورد نیاز وجود دارند. همین طور رابطه بین درمانگر و بیمار، که از مهم‌ترین ارتباط‌های حوزه سلامت محسوب می‌شود، در همین سطح قرار می‌گیرد.

#### □ ارتباطات عمومی و دولتی

در این شکل از ارتباط، لوازم ارتباط جمعی باید به شکل هنرمندانه و بر اساس فرهنگ غالب جامعه، در کنار دیگر وسایل ارتباط عمومی مورد استفاده قرار گیرند تا علاوه بر ایجاد یک عزم عمومی برای حل مشکلات، نقش دولت و سایر نهادهای عمومی را در بهبود وضعیت سلامت جامعه مورد اشاره قرار داده و بر آن تأکید کنند.

#### □ بسیج عمومی

یک فرآیند با مشارکت تمام افراد جامعه است که در آن از تمام وسایل و سطوح ارتباطی استفاده می‌شود. این فرآیند با درگیر کردن رهبران جامعه، نهادهای دولتی و غیر دولتی و با مشارکت تمام افراد علاقه‌مند به عنوان بخشی از پیکره‌ی خود، تلاش می‌کند تا از تغییرات رفتاری فردی و اجتماعی مثبت، حمایت و به طور مداوم رفتار ایده‌آل را از نظر حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، در معرض توجه مردم قرار دهد.

#### □ ارتباط میان صاحبان مشاغل سلامت

این سطح از ارتباط که متخصصان را مدنظر قرار می‌دهد، چندین هدف را پیگیری می‌کند. اولین هدف این نوع ارتباط، تلاش برای گسترش بهترین روش‌های پزشکی و مرتبط با سلامت، در میان متخصصان است. هدف دوم ترویج و تبلیغ موضوعات و استانداردهای جدید در حوزه سلامت است. هدف سوم عمومی کردن برداشت‌ها، باورها، شاخص‌ها و سیاست‌های جدید مطرح شده درباره موضوعات مربوط به سلامت است.

#### «ارتباط در حوزه سلامت» توانایی‌ها و ناتوانی‌ها

ارتباط در حوزه سلامت هیچ‌گاه به تنهایی نمی‌تواند مؤثر واقع شود و همواره به عنوان یک بخش مهم از یک تلاش گسترده در تمام حوزه‌ها مطرح می‌شود. به علت پیچیدگی موضوعات مربوط به سلامت، استفاده از وسایل و رویکردهای ارتباطی نمی‌تواند در تمام مسایل این حوزه به یک میزان مؤثر و کارآمد باشد. استفاده از «ارتباط در حوزه سلامت» نمی‌تواند جایگزینی برای کمبود زیرساخت‌ها (مانند کمبود خدمات سلامتی و یا نبود بیماری‌ها) و یا امکانات مانند کمبود نفرات ماهر و آموزش دیده باشد و

یا این که بتواند جبرانی برای کمبود راه‌های درمان، تشخیص و یا پیشگیری از بیماری‌ها باشد. اما استفاده از ارتباط، می‌تواند در ایجاد یک محیط مناسب برای حمایت از خدمات جدید سلامت و اختصاص بودجه بیشتر برای تحقیقات در این حوزه، کمک کننده باشد. هم چنین می‌تواند به مردم برای دسترسی بیشتر به خدمات ارائه شده در سطح جامعه نیز کمک کند.

درک نقش و اهمیت استفاده از ارتباط در حوزه سلامت عمومی و سایر جنبه‌های مرتبط با سلامت در جامعه، می‌تواند امکان استفاده از تمام جنبه‌های مثبت این پدیده نوظهور و البته داشتن یک توقع واقعی از آن چه می‌تواند توسط افراد گروه، مخاطبان و سایر افراد مرتبط ایجاد شود را برای ما، فراهم آورد.

ارتباط در حوزه سلامت نمی‌تواند در این موارد مؤثر باشد	ارتباط در حوزه سلامت، می‌تواند در موارد زیر مؤثر عمل کند
<ul style="list-style-type: none"> <li>● به تنهایی و بدون تأثیر از سایر عوامل، ما را در رسیدن به اهدافمان یاری کند</li> <li>● جایگزینی برای کمبود زیر ساخت‌ها و ابزار کافی باشد</li> <li>● عدم وجود امکانات لازم برای تشخیص درمان و پیشگیری از بیماری‌ها را جبران کند</li> <li>● در تمام موضوع‌ها و مسایل، به یک اندازه مؤثر باشد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● میزان آگاهی افراد درباره موضوعات مرتبط با سلامت، افزایش پیدا کند تا سیاست‌ها و عملکردها در این حوزه تغییر کند.</li> <li>● بهبود رابطه پزشک - بیمار و در نهایت افزایش نتایج درمانی</li> <li>● تأثیر بر اعتقادات، افکار و ارزش‌ها به منظور تغییر عرف‌های اجتماعی غلط</li> <li>● گسترش اطلاعات و موضوعات تازه مرتبط با سلامت</li> <li>● افزایش مطالبه جامعه برای دریافت خدمات و کالاهای مربوط به سلامت</li> <li>● نشان دادن فواید ناشی از تغییر رفتار</li> <li>● ارتقای مهارت‌های حفظ و ایجاد سلامت</li> <li>● تقویت چالش‌های اجتماعی در راستای ارتقای سطح تشخیص، کنترل و درمان بیماری‌ها</li> <li>● طراحی و انجام اقدامات فوری</li> <li>● ایجاد عزم عمومی در راستای حمایت از برنامه‌های سلامتی</li> <li>● جذب بودجه برای انجام طرح‌های تحقیقاتی و درمانی</li> <li>● کمک برای پذیرش خدمات جدید توسط مردم و آگاهی آن‌ها از امکانات موجود</li> </ul>

### نکات کلیدی این بخش

- استفاده از «ارتباط در حوزه سلامت» رویکردی چند وجهی، برای انتقال اطلاعات مربوط به سلامت به مخاطبان مختلف با هدف تأثیر گذاری بر آنان و حمایت از افراد، صنف‌ها، صاحبان مشاغل سلامت، گروه‌های اجتماعی، سیاست‌گذاران و عموم مردم در جهت معرفی، پذیرش و یا حفظ یک رفتار درست است که در نهایت باعث بهبود وضع سلامت جامعه می‌شود.
- «استفاده از ابزار ارتباطی در حوزه سلامت»، به همان اندازه که در بخش خصوصی اهمیت دارد، در سلامت عمومی جامعه نیز دارای اهمیت فزاینده‌ای است.
- ماهیت چند وجهی «ارتباط در حوزه سلامت»، یکی از ویژگی‌های بارز آن است که به مجریان اجازه می‌دهد تا با انعطاف پذیری در شرایط مختلف و بر اساس تفاوت مخاطبان، بهترین روش را برای انتقال اطلاعات به مردم و درگیر کردن آن‌ها در حل مشکلات سلامت، برگزینند.
- «ارتباط در حوزه سلامت» مقوله‌ای است که به طور مداوم در حال تحول بوده و این تحول ناشی از ترکیب تئوری‌ها و تجربیات اجرایی در این حوزه است. کارکنان در این حوزه، مانند پزشکان و سایر شاغلین بخش درمان، نقش مهمی در باز تعریف تئوری‌ها و مدل‌ها و آگاه کردن طراحان این برنامه دارند.
- یک بخش بسیار مهم، آگاهی ما از نقاط قوت و البته محدودیت‌های استفاده از ابزارهای ارتباطی در حوزه سلامت است. ما باید بدانیم که «ارتباط در حوزه سلامت» در چه مواردی می‌تواند به ما کمک کند و در چه مواردی نمی‌تواند.
- «ارتباط در حوزه سلامت» می‌تواند در سطوح مختلف برقرار شود.
- یک برنامه ارتباطی که به درستی طراحی شده است، در حقیقت می‌تواند با استفاده از سطوح مختلف برقراری ارتباط به صورت همگن، پیامدهای رفتاری و اجتماعی مورد نظر را محقق کند.

### برای بحث و تمرین

- ۱- آیا شما پیش از مطالعه این بخش، هیچ نظر خاصی درباره تعریف و نقش «ارتباط در حوزه سلامت» داشتید؟ اگر جواب شما مثبت است، نظر ابتدایی خود را با آن چه در این بخش آموختید، مقایسه کنید.

۲- به نظر شما دو مورد از مهم ترین شاخص های «ارتباط در حوزه سلامت» کدام است؟ چرا؟ چگونه می توان این دو را به سایر ویژگی های کلیدی مطرح شده در این قسمت، مرتبط ساخت؟

۳- آیا شما می توانید به یک برنامه ارتباطی، پیام و یا حتی یک ملاقات مرتبط با سلامت (به عنوان نمونه ویزیت دکتر) اشاره کنید که تصمیم و درک شما درباره یک موضوع ویژه در حوزه سلامت را تحت تأثیر قرار داده باشد؟ تجربه خود را شرح دهید و بگویید چه عوامل کلیدی باعث این تغییر در عقیده شما شده اند؟

۴- آیا تا کنون تجربه حضور در یک برنامه ارتباطی در حوزه سلامت را داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است، آموزه های کلیدی شما چه رابطه ای با ویژگی های ارتباط در حوزه سلامت که در این بخش به آن ها اشاره شد، دارد؟

---

## فصل دوم

# نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آنها

---

در این فصل می‌خوانید:

- تأثیرگذاری کلیدی نظریه‌ها بر «ارتباط در حوزه سلامت»
- انتخاب مدل‌هایی مناسب برای ایجاد تغییرات راهبردی اجتماعی و رفتاری
- مسایل و موضوعات مهم بهداشت و درمان: مفاهیمی برای ارتباط در حوزه سلامت
- موضوعات کلیدی
- برای تمرین و بحث

در ۵۰ سال گذشته «ارتباط در حوزه سلامت» پیشرفت و دگرگونی خیره‌کننده‌ای را تجربه کرده است که هنوز هم ادامه دارد. ماهیت چند رشته‌ای آن، توسط سازمان‌ها و افراد صاحب منصب به رسمیت شناخته شده است و همانند علوم اجتماعی و علوم انسانی، یک زمینه مهم برای فعالیت‌های پژوهشی است. بعضی از مؤلفین، مدل‌ها و نظریه‌های مختلف را مانند شاخه‌های مختلف یک درخت دانسته‌اند و بعضی دیگر بدون توجه به توالی زمانی در رابطه متقابل بین

نظریه‌های گوناگون، بر این نکته تمرکز کرده‌اند که کدام تئوری می‌تواند نتایج بهتری را در شرایط مختلف پدید بیاورد.

شناخت نظریه‌ها و مدل‌های مختلف، به ویژه برای دانشجویان و جوانان شاغل در این حوزه اهمیت دارد. نظریه‌ها کمک می‌کنند تا چگونگی رویکرد به یک مسئله بهداشتی-درمانی روشن شده و برای حل آن به وسیله مداخلات طراحی شده، اقدام شود. از سوی دیگر تعیین رویکردها، نقش مهمی را در فعالیت‌های پژوهشی به ویژه در تحقیقات گذشته‌نگر بر عهده دارد. هم‌چنین نظریه‌های مختلف، ابزار قدرتمندی برای سازماندهی افکار و طراحی مداخلاتی که بر نتایج رفتاری و اجتماعی خاصی تأکید دارند، هستند. از نظریه‌ها و ساختارهای ارتباطی، با انعطاف پذیری بیشتر در بخش‌های خصوصی و در جهت منافع بخش‌های تجاری و غیر انتفاعی نیز استفاده می‌شود.

این فصل به بیان نظریه‌های مختلف و ساختارهای برنامه ریزی و منافع استفاده از آن‌ها در برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، می‌پردازد.

از مدل‌ها و نظریه‌ها، به طور معمول در موارد زیر استفاده می‌شود:

- ۱- ایجاد زیرساخت‌های مناسب برای برنامه ریزی مطلوب و پایش اجرای درست برنامه‌ها
- ۲- انتخاب یک رویکرد ارتباطی ویژه و متناسب
- ۳- کمک به پیاده سازی یک مرحله خاص از برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت
- ۴- ایجاد یک درک درست در میان اعضای گروه مخاطبان و محیطی که برنامه‌ها در آن به اجرا در می‌آیند.

در این میان اساتید و دانشجویان به یاد داشته باشند که نظریه‌ها و مدل‌های مطرح شده، تنها از مراجع مورد نظر استخراج شده‌اند و برای رسیدن به یک آگاهی کامل، قطعاً باید منابع مطالعاتی بیشتری را مورد بررسی قرار دهند.

از سوی دیگر خوانندگان باید بدانند که نظریه‌ها، مدل‌ها و ساختارهای برنامه ریزی؛

- ۱- تنها قسمتی از ابزارهای هستند که ما در اختیار داریم و باید مورد به مورد، بررسی و ارزیابی شوند.

۲- به یک نیاز خاص مخاطب پاسخ می‌دهند.

۳- به یک موقعیت بهداشتی درمانی ویژه و تمام عوامل تعیین کننده آن موقعیت، اشاره دارند.

نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۳۹

- ۴- علاوه بر اطلاع رسانی و انتخاب پیام‌های مناسب، کانال‌های ارتباطی مؤثر را شناسایی کنند و در نهایت
- ۵- بر اساس نیازها و عوامل نوظهور، مورد بازبینی قرار گیرند.
- این فرآیند باید نتایج مورد انتظار و تغییرات رفتاری و اجتماعی مطلوب را مد نظر قرار دهد.

### تأثیر گذاری‌های نظری مهم در «ارتباط در حوزه سلامت»

مهم ترین نظریه‌های این حوزه می‌تواند به رده‌های مختلفی تقسیم شود؛

- ۱- نظریه‌های مبتنی بر علوم اجتماعی و رفتار شناسی
- ۲- نظریه‌های مبتنی بر ارتباط جمعی
- ۳- بازاریابی و بازاریابی اجتماعی و سایر نظریه‌های مبتنی بر مدل‌های پزشکی، جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی. به علاوه برخی ساختارها و مدل‌های دیگر نیز با استفاده از ترکیب عوامل کلیدی از رده‌های مختلف، شکل گرفته‌اند.

#### □ نظریه‌ی منتخب مبتنی بر علوم اجتماعی و رفتارشناسی

این دسته از نظریه‌ها، در جستجوی تحلیل و بیان این مسئله هستند که تغییرات در حوزه فردی، گروهی و اجتماعی چگونه به وقوع می‌پیوندند. برخی از این دست نظریه‌ها، تنها بر مراحل اصلی و کلیدی که می‌توانند منجر به یک تغییر رفتاری یا اجتماعی شوند، متمرکز می‌شوند، اما بیشتر این نظریه‌ها علاوه بر آن، به رابطه بینایی و میزان وابستگی عوامل فردی محیطی نیز توجه می‌کنند و همانطور که پیش از این ذکر شد، این نگاه نقش بسیار مهمی در مقوله «ارتباط در حوزه سلامت» دارد.

#### □ نظریه گسترش نوآوری‌ها

این نظریه که برای اولین بار توسط «اورت روجزر» توسعه پیدا کرد، بیانگر آن است که چگونه ایده‌ها، موضوعات و شکل‌های اجرای نوآورانه، می‌توانند در داخل اقوام، جوامع و یا از یک جامعه به جامعه دیگر، گسترش یابند.

این نظریه مخاطبان را بر اساس خصوصیات و تمایلاتشان برای پذیرش و همگام شدن با نوآوری‌ها، به پنج دسته تقسیم می‌کند:

۱- نوآوران

#### ۴۰ / ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

۲- قبول کنندگان اولیه‌اید،

۳- اکثریت اولیه پذیرنده‌اید.<sup>۱</sup>

۴- اکثریت ثانویه پذیرنده‌اید.<sup>۲</sup>

۵- آخرین افرادی که نوآوری را می‌پذیرند.

بنیاد این نظریه بر این مبنا استوار است، که تغییرات در طول زمان اتفاق می‌افتند و

به مراحل زیر وابسته هستند:

۱- آگاه‌سازی

۲- ایجاد دانش و علاقه

۳- تصمیم

۴- تمرین و اجرا

۵- قبول و یاد شدن رفتار مورد نظر

بر اساس این نظریه افراد گروه اول یعنی نوآوران، معمولاً بسیار زودتر از دیگران تصمیم می‌گیرند تا ایده‌ها، موضوعات و روش‌های نوین را بپذیرند. بنابراین آن‌ها می‌توانند به عنوان الگوی سایر افراد مطرح شوند.

همانند سایر نظریه‌ها، این نظریه نیز گاهی به غلط تفسیر شده و به اشتباه مورد استفاده قرار گرفته است. برخی از منتقدان این نظریه معتقد بودند که این چنین دسته بندی، نمی‌تواند در تمام موقعیت‌ها کارآیی داشته باشد.

خود «اجرز» نظریه‌اش را اصلاح کرد و تمرکزش را از رویکرد قانع‌سازی، به معنی انتقال اطلاعات میان افراد و گروه‌ها تغییر داد. در نظریه اصلاح شده، او معتقد بود که خود مخاطبان باید در خلق و انتقال اطلاعات میان یکدیگر، نقش فعال داشته باشند تا در نهایت بتوانند به یک درک مشترک برسند.

با این وجود نظریه گسترش نوآوری‌ها، هنوز هم در برنامه‌های «ارتباط در حوزه سلامت» نقش مهمی دارد و به طور وسیعی توسط سازمان‌های مختلف جهت طراحی و اجرای برنامه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهم‌ترین نقطه مثبت این نظریه، توجه ویژه آن به اهمیت مخاطبان قسمت اول، یعنی همان مخاطبان علاقه‌مند است که باید متفاوت از بقیه مخاطبان مورد توجه قرار گرفته و در انجام فعالیت‌های ارتباطی جایگاه ویژه‌ای

---

<sup>1</sup> - early majority

<sup>2</sup> - Late majority



## نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۴۱

داشته باشند. علاوه بر این، چنین نگاهی می‌تواند برای ما یک دورنمای زمانی ترسیم کرده و نقش عوامل خارجی را در زمان طراحی برنامه پررنگ تر کند. در نهایت این نظریه یک یادآور مناسب برای این نکته است که باید از مخاطبینی که زودتر از دیگران خود را با برنامه تطبیق داده و پیام را می‌پذیرند، به عنوان قسمتی از عوامل اجرا و ارزیابی برنامه، بهره گرفت.

در ادامه به یک نمونه عملی از نظریه گسترش نوآوری‌ها اشاره می‌کنیم:

اریک، یک دانشجوی ۱۹ ساله است که در شهر «کوستال تون» در جنوب ایتالیا زندگی می‌کند و البته عاشق رفتن به ساحل است. در طول تعطیلات تابستانی و تعطیلات آخر هفته فصل بهار، او چهار تا شش ساعت از روز را کنار ساحل و در حال صحبت با دوستانش و یا بازی بسکتبال و والیبال می‌گذراند. او برای جلوگیری از آفتاب سوختگی از محلول ضد آفتاب با SPF پایین استفاده می‌کرد. بیشتر دوستان او نیز از ضد آفتاب استفاده نمی‌کردند و یا این که مانند اریک از ضد آفتاب‌های با SPF پایین استفاده می‌کردند. اریک بعد از تابستان کاملاً برنزه شده بود و البته در طول زمستان هم با استفاده از لامپ‌های فرا بنفش، سعی کرد تا برنزه باقی بماند. در آن زمان برنزه شدن در ایتالیا مد شده بوده و افراد برنزه به اصطلاح جذاب بودند. زمانی که اریک و برخی از دوستانش اطلاعاتی در مورد خطر بروز سرطان پوست در اثر مواجهه با نور آفتاب می‌شنیدند، علاقه به جذاب بودن و پذیرش اجتماعی در مورد پوست برنزه، باعث می‌شد آن‌ها برای رعایت این اصول جدی نباشند. در کنار این، آن‌ها فکر می‌کردند که برای ابتلا به سرطان پوست جوان هستند.

بررسی‌های اجتماعی نشان می‌دهد که عقاید و رفتارهای غیر عملی اریک، تا حدی بیانگر اعتقادات و باورهای شایع جوان‌های ایتالیایی که در ساحل مدیترانه زندگی می‌کنند، می‌باشد.

براساس نظریه گسترش نوآوری‌ها، اریک می‌تواند به عنوان یک نوآور و یا کسی که با سرعت، یک ایده تازه را می‌پذیرد مطرح شود. اگر اریک از یک ضد آفتاب با SPF بالاتر بهره بگیرد و کم تر از لامپ‌های مصنوعی تولید کننده اشعه ماورای بنفش، استفاده کند می‌تواند بر روی دوستانش تأثیر بگذارد.

چندین دلیل در مورد اریک وجود دارد که می‌تواند او را به عنوان یک نوآور در گروهش مطرح کند: اول این که او دانشجو است و سطح تحصیلی بالاتری از دوستانش دارد.

دوم آن که زمینه فرهنگی اجتماعی مناسبی دارد، زیرا پدر و مادرش هر دو تحصیل کرده بوده و می‌توانند به او کمک کنند. سوم شخصیت اریک است. او فردی مبتکر، منطقی و مورد پذیرش دوستانش است و اغلب به عنوان رهبر گروه مطرح شده است. او اهل مطالعه بوده و از وسایل ارتباط جمعی مانند روزنامه و تلویزیون به صورت روزمره استفاده می‌کند. چهارم، علاقه اریک به تغییرات است.

اریک دوست دارد تا با عقاید و رفتارهای جدید آشنا شود و اگر آن‌ها را درست درک کند و فواید رفتارهای جدید را بشناسد، آن‌ها را بپذیرد. در نهایت آن که اریک از لحاظ اجتماعی فعال بوده و در چندین گروه دانشجویی و سیاسی عضو می‌باشد.

اگر مابه سطوح مختلف نظریه گسترش نوآوری‌ها نگاه کنیم (آگاه سازی، ایجاد دانش و علاقه، تصمیم سازی، تمرین و اجرا، قبول و یا رد نوآوری) اولین قدم آن است تا اریک را نسبت به شدت سرطان پوست، افزایش بروز این سرطان و رابطه قوی آن با در معرض نور آفتاب و لامپ‌های مصنوعی بودن، آگاه سازیم.

زمانی که ارزیابی‌ها نشان دهد اریک نسبت به مسایل آگاه شده است، وقت آن است که ارتباط‌ها و پیام‌های ارتباطی، بر ایجاد آگاهی و دانش در میان اعضای گروه اریک تمرکز کند (مرحله دوم از نظریه گسترش نوآوری) دانش آن که ایجاد سرطان پوست می‌تواند در میان افراد جوان هم اتفاق بیفتد و آسیب‌های ناشی از نور خورشید از سنین پایین آغاز می‌شود، می‌تواند نظر اریک و دوستانش را در مورد اهمیت نور آفتاب تحت تأثیر قرار دهد. با این وجود هنوز نباید فراموش کنیم که باور اریک و دوستانش از این که پوست برنزه جذاب تر از یک پوست غیر برنده است، می‌تواند در پذیرش آن‌ها تأثیر گذار باشد. بنابراین تمرکز بر آگاه سازی آنان که آثار آسیب‌های ناشی از نور خورشید می‌تواند بر روی ظاهر آن‌ها اثر گذاشته و فرآیند پیر شدن پوست آن‌ها را تسریع کند، می‌تواند مؤثر باشد.

در سه مرحله باقیمانده بعدی از نظریه گسترش نوآوری‌ها، اریک باید به کمک وسایل جمعی و ارتباطی، مورد حمایت قرار گیرد. در این مراحل، اریک نیاز دارد تا سودهای ناشی از این تغییر رفتار را درک کند، حس کند که این تغییرات با سبک زندگی او هماهنگ هستند و در نهایت استفاده از ضد آفتاب‌ها را قبول کرده و آن را ادامه دهد.

در ادامه برنامه نباید فراموش کند که به سایر موضوعات از این دست که پوست‌های غیر برنزه و یا کمتر برنزه شده نیز جذاب هستند، بپردازد. در این راه افراد

### نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۴۳

مشهور جامعه، بزرگترهای خانواده و تمام افرادی که می‌توانند برای جوان ترها نقش یک الگو را بازی کنند، مؤثر هستند.

تغییرات تنها در صورتی روی خواهند داد که تمام ابزارها و فعالیت‌ها با در نظر گرفتن نیازهای اریک هماهنگ شده و به او این احساس را بدهند که نقش کلیدی را در تمام این فرآیند بازی می‌کند. اگر نیازهای اریک به درستی برآورد شده و مورد توجه قرار گیرند، او می‌تواند به عنوان یک نوآور و سفیر برنامه، در میان اعضای گروه خود مطرح شود.

#### □ نظریه باورهای سلامت

این نظریه در ابتدا به دنبال پاسخ به این سؤال است که چرا مردم، حاضر به مشارکت در برنامه‌هایی که به آن‌ها در پیش‌گیری و تشخیص بیماری‌ها کمک می‌کند، نیستند؟ فرض اصلی این نظریه آن است که برای متعهد کردن مردم به رفتارهای درست سلامت محور، باید مخاطبان را نسبت به خطرات بیماری‌های شدید و تهدید کننده حیات، آگاه سازیم و آن‌ها را متقاعد کنیم که مزایای انجام یک رفتار درست، بسیار مهم تر از موانع و دیگر جنبه‌های منفی رعایت یک رفتار درست سلامت محور است.

این نظریه یکی از اولین نظریه‌هایی است که نقش فرآیند تغییر را در ارتباط با رفتار مرتبط با سلامت شرح می‌دهد. این نظریه همچنین الهام بخش حوزه آموزش در زمینه سلامت است.

آموزش در حوزه سلامت به هر برنامه‌ای اطلاق می‌شود که با ترکیب تجربیات آموزشی، تلاش می‌کند تا افراد، گروه‌ها و جوامع را در راه انتخاب و اجرای رفتارهای درست، توانمند سازد.

در ادامه به اجزای اصلی نظریه باورهای سلامت (HBM) اشاره می‌کنیم:

#### □ استعداد شناخته شده

درک افراد از این که آن‌ها در خطر ابتلا به یک بیماری ویژه و یا مواجهه با مشکل سلامت شان هستند.

#### □ شدت شناخته شده

باید افراد نسبت به این که بیماری و یا میزان اختلال در سلامت آن‌ها، می‌تواند شدید باشد و برای مثال باعث یک آسیب مداوم جسمی و یا ذهنی در آن‌ها شود، آگاه باشند.

□ مزایای شناخته شده

درک افراد از این نکته که رعایت یک رفتار توصیه شده، می‌تواند به شکل معناداری خطر ابتلا به یک بیماری شدید و یا از کارافتادگی و مرگ را کاهش دهد.

□ موانع شناخته شده

درک افراد از هزینه‌ها و مشکلات عمل به یک رفتار توصیه شده، مانند هزینه‌های اقتصادی و سایر جنبه‌هایی از زندگی که باید تغییر پیدا کنند.

□ محرک‌ها

اتفاقات عمومی یا اجتماعی که می‌تواند اهمیت تعهد به اجرای رفتارهای توصیه شده را نشان دهد، مانند یک همسایه که به بیماری مشابه مبتلا شده است و یا یک کمپین تبلیغاتی وسیع.

□ خوداتکایی

اعتقاد فرد به این که به تنهایی و بدون کمک دیگران، توانایی انجام رفتار توصیه شده را دارد.

در سال ۲۰۰۱، «پچ من»، HBM را به عنوان نظریه آموزش خطرات تعریف کرد زیرا که هدف در این نظریه، آموختن اطلاعات جدید به افراد در مورد خطرهای تهدید کننده سلامت و راه‌های جلوگیری از این خطرات است. فرضیه بنیادی این نظریه بر این مبنا استوار است که دانش با خود، تغییرات را به همراه می‌آورد. دانش یک روند آموزشی است که در گام اول بر پیام‌ها، کانال‌های ارتباطی و سخنوران تمرکز دارد و به مخاطبان انتقال پیدا می‌کند.

در نهایت، مهم‌ترین سهم این نظریه در «ارتباط در حوزه سلامت»، تأکید آن بر اهمیت دانش به عنوان یک بخش لازم و نه کافی از فرآیند تغییر است.

□ فرضیه شناخت اجتماعی

این فرضیه با نام آموزش اجتماعی نیز شناخته می‌شود. این فرضیه معتقد است یک رفتار باید با بررسی سه بخش خصوصیات رفتار، شخصیت فرد و عوامل خارجی، تعیین و تعریف شود. به عبارت دیگر یک رفتار به وسیله ترکیبی از خصوصیات شخص و عوامل بیرونی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

نکته کلیدی این نظریه، تأکید آن بر نقش عوامل خارجی و محیطی است. بر اساس این نظریه محیط یک فرد، همان محلی است که او می‌تواند یک رفتار درست را

## نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آنها / ۴۵

در آن مورد بررسی قرار داده و نتایج آن را درک کند و در نهایت برای انجام و تکرار آن رفتار، تشویق و تحریک شود.

اجزای اصلی این نظریه عبارتند از:

۱- ایجاد توجه:

آگاه کردن مردم نسبت به رفتاری که باید به عنوان الگو معرفی شود.

۲- حفظ:

توانایی مردم برای به یادآوری رفتاری که به عنوان الگو معرفی شده است.

۳- توانایی معرفی:

توانایی مردم برای توضیح و معرفی عمل و رفتاری که به عنوان الگو معرفی شده است.

۴- تحریک:

علاقه و انگیزه درونی مردم برای انجام یک رفتار. این علاقه و انگیزه علاوه بر آن که به خود اتکایی افراد وابسته است، تحت تأثیر شرایط اجتماعی (مانند حمایت خانواده و گروه‌های اجتماعی) و فیزیولوژیکی (مانند آگاهی فرد از این که رفتار توصیه شده توانایی جسمانی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد) نیز قرار دارد.

۵- کارآیی:

توانایی افراد برای انجام منظم رفتار توصیه شده

۶- خوداتکایی:

اعتقاد افراد به این که بدون کمک دیگران قادر به انجام رفتار توصیه شده هستند که این خود عاملی برای تقویت کارآیی افراد است.

مهم ترین رویکردی که فرضیه شناخت اجتماعی به ارمغان می‌آورد، ایجاد یک درک درست از عوامل تأثیر گذار بر، حفظ و به یادآوری، توانایی معرفی و تحریک درونی افراد برای انجام رفتار توصیه شده است.

### □ فرضیه رفتار مستدل

بنابراین نظریه، ارایه یک رفتار درست توسط مردم، پیش از هر چیزی به میزان توجه و علاقه‌ی درونی افراد به انجام آن رفتار بستگی دارد. این فرضیه بر دو عامل اصلی استوار است:

۱- توجه افراد به رفتار مورد نظر. در مجموع، توجه می‌تواند به عنوان یک احساس مثبت یا منفی نسبت به یک رفتار، یک شخص، یک موضوع و یا یک نظر تعریف شود.

۲- هنجارهای درونی فرد. در این نظریه هنجارهای درونی هر فرد ناشی از نگرش و نظر افرادی است که مورد علاقه و توجه او هستند، مانند دوستانش، اعضای خانواده‌اش، هم دانشگاهی‌ها و یا سازمان‌هایی که فرد به آن‌ها علاقه دارد.

این نظر و نگرش می‌تواند مثبت و یا منفی باشد. به عنوان نمونه یک فرد می‌گوید که «همسر من دوست ندارد که من سیگار بکشم». این یک هنجار درونی برای فرد است زیرا که به همسر خود علاقه دارد.

در این نظریه، توجه و طرز نگرش خود فرد، به یک رفتار، تحت تأثیر اعتقادات فرد نسبت به نتایج آن رفتار قرار می‌گیرد. به عنوان نمونه فرد می‌گوید: «به نظر من کشیدن سیگار بر روی سلامتی و کارکرد تنفسی من تأثیر منفی می‌گذارد».

هنجارهای درونی یک فرد ناشی از اعتقادات مبنایی او هستند که آیا افراد مورد علاقه اش رفتارهای او را تأیید می‌کنند یا خیر؟ به عنوان نمونه او می‌گوید که «اگر من کشیدن سیگار را شروع کنم، خانواده ام مرا مورد تأیید قرار نمی‌دهند».

علاقه یک فرد به هماهنگ کردن رفتار خود با افراد مورد علاقه اش نیز، یکی دیگر از وجوه هنجارهای درونی هستند.

در حال حاضر «رفتار مستدل» یکی از تأثیر گذارترین نظریه‌ها در زمینه «ارتباط در حوزه سلامت» است که در برنامه‌های ارزیابی نیز به طور معمول استفاده می‌شود. گرچه ما باید نسبت به پذیرش آن که «علاقه درونی یک فرد به انجام یک عمل حتماً مساوی با انجام آن عمل توسط فرد است»، محتاط باشیم. استفاده از ابزار ارتباطی در حمایت از علایق درونی فرد به انجام یک عمل درست و افزایش احتمال تبدیل این علاقه به عمل، نقش مهمی بازی می‌کند. چنین حمایتی به ابزارهایی احتیاج دارد که به کمک آن‌ها بتوان تبدیل یک رفتار مناسب به بخشی از شیوه زندگی افراد را تسهیل نمود. علاوه بر این، این نظریه به شکل ویژه‌ای در تحلیل و شناسایی اعمال و پیام‌هایی که می‌تواند میزان توجه مردم به یک رفتار را تحت تأثیر قرار دهد، مؤثر است. هم‌چنین این نظریه در شناسایی «مخاطبان اولیه» یعنی همان‌هایی که برنامه تلاش می‌کند که آن‌ها را به طور مستقیم تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها اولین افرادی هستند که از تغییرات سود می‌برند و «مخاطبان ثانویه» یعنی افرادی که می‌توانند تحت تأثیر مخاطبان اولیه قرار بگیرند، سودمند است.

### □ تئوری تصویر پردازی

این نظریه بر مبنای «راه‌های نوین تفکر و گسترش این راه‌های نوین با استفاده از فعل و انفعالات اجتماعی در گروه‌های همگن فرهنگی» بنا شده است. این تئوری در ارتباط راهبردی \_ رفتاری، به منظور شناسایی و تأثیر بر عناصر وابسته به فکر، مانند میزان توجه، دانش، خود اتکایی، پذیرش اجتماعی و گروهی و سایر عواملی که می‌توانند در تغییر یک رفتار سودمند سلامت نقش بازی کنند، استفاده می‌شود. مبنای اصلی این نظریه آن است که هرچه قدر میزان عناصر فکری که به مخاطب ارائه می‌شود بیشتر باشد، احتمال پذیرش یک رفتار توسط آن مخاطب افزایش می‌یابد.

### □ نظریه همگرایی

همانند دیگر فرضیه‌ها در حوزه فرآیندهای اجتماعی، نظریه همگرایی بر اهمیت به اشتراک گذاری اطلاعات و دستیابی به یک درک و توافق مشترک در هر گروه یا مجموعه‌هایی که در صدد ایجاد تغییرات اجتماعی هستند، تأکید دارد. این نظریه بر این مبنا استوار شده است که میزان درک و رفتار یک فرد نسبت به یک موضوع، به میزان درک و رفتار اعضای هم گروه او مانند اعضای خانواده، هم دانشگاهی‌ها، دوستان صمیمی و همکاران او، بستگی دارد.

### □ عوامل موثر در رفتار



این نظریه با سه شاخص اصلی توصیف می‌شود:

- اطلاعات باید در طی یک فرآیند همکاری به اشتراک گذاشته شود، به گونه‌ای که نه فرستنده‌ای وجود داشته باشد و نه گیرنده‌ای و هر فردی خود در خلق و به اشتراک گذاردن اطلاعات نقش ایفا کند. شرکت کننده‌ها در این فرآیند می‌توانند افراد، سازمان‌ها، گروه‌های مختلف و یا حتی مدارس و گروه‌های مذهبی باشند.
  - ارتباط به درک و تفسیر افراد از اطلاعات به اشتراک گذاشته شده، تشویق گفتگو میان افراد و رسیدن به یک درک و توافق مشترک بر روی یک مفهوم، اهمیت می‌دهد.
  - ارتباط به صورت افقی برقرار می‌شود و دو نفر و یا تعداد بیشتری از افراد را درگیر می‌کند. در یک نمونه از ارتباط افقی، همه شرکت کنندگان با هم برابر بوده و تلاش می‌کنند به درک مشترکی برسند که در نهایت باعث انجام یک عمل توسط گروه شود.
- تئوری همگرایی تلاش کرده است تا ارتباط را به عنوان فرآیندی که در آن به همه شرکت کنندگان احترام گذاشته شده و احساسات و عقاید آن‌ها به حساب آورده می‌شود، باز تعریف کند. به علاوه اهمیت شبکه‌های اجتماعی و تأثیر آن‌ها بر راه‌های رسیدن به تغییرات اجتماعی، در این نظریه پررنگ شده است.

#### □ مدل مراحل تغییرات رفتاری

مدل مراحل تغییرات رفتاری که به عنوان مدل بین نظری هم شناخته می‌شود، تغییرات رفتاری را به عنوان فرآیندی که دارای مراحل مختلفی است، تعریف می‌کند و هر مرحله با عنوان سطح متفاوتی از تحریک و آمادگی برای تغییر، تعیین می‌شود. این مدل پنج مرحله را برای تغییرات رفتاری در نظر می‌گیرد.

##### ۱- مرحله پیش دانی

در این مرحله اگرچه مخاطبان علاقه‌ای به اجرای رفتار توصیه شده ندارند، اما در مورد این رفتار آموزش می‌بینند.

##### ۲- مرحله تولید دانش

در این مرحله مخاطبان در حال تفکر پیرامون رفتار توصیه شده هستند.

##### ۳- تصمیم‌گیری

در این مرحله مخاطبان تصمیم می‌گیرند که رفتار توصیه شده را بپذیرند.



#### ۴- عمل

در این مرحله مخاطبان عمل به رفتار توصیه شده را برای مدت کوتاه آغاز می‌کنند.

#### ۵- عادت

در این مرحله مخاطبان عمل به رفتار توصیه شده را برای مدت طولانی (حداقل ۶ ماه) ادامه می‌دهند و در شرایط ایده آل، این رفتار به طور دائمی جزوی از روش زندگی آن‌ها می‌شود.

### □ نظریه ارتباط با هدف اقناعی

این نظریه توسط ویلیام مک گوایر، روان‌پزشک، گسترش پیدا کرده و بر روی چگونگی برخورد مخاطبان با اطلاعات تمرکز دارد. مک گوایر، ۱۲ مرحله به هم پیوسته را در فرآیند یک ارتباط متقاعدکننده، بر شمرده است:

۱- دریافت پیام

۲- توجه به پیام

۳- مخاطب پیام را جذاب و متناسب با شخصیت خود می‌یابد.

۴- درک پیام

۵- مخاطب برآورد می‌کند که چگونه می‌تواند رفتار توصیه شده را با زندگی

خود متناسب سازد.

۶- پذیرش تغییر پیشنهاد شده توسط مخاطب

۷- به خاطر آوردن و تأیید کردن بر پیام توسط مخاطب

۸- توانایی فکر کردن به پیام در موقعیت‌ها و زمینه‌های مرتبط

۹- تصمیم مخاطب برای بازیابی اطلاعات و پیام‌ها

۱۰- عمل کردن بر اساس این تصمیم

۱۱- دریافت نیروهای مثبت به جهت عمل به رفتار توصیه شده

۱۲- رفتار توصیه شده به طور کامل با زندگی فرد، در هم می‌آمیزد.

بنابراین نظریه، تمام این ۱۲ مرحله با هم در ارتباط هستند. رسیدن به هر مرحله کاملاً مشروط به موفقیت در مراحل پیش از آن است. طراحی پیام، اعتبار پیام رسان، کانال‌های ارتباطی، خصوصیات مخاطبان، نوع رفتار توصیه شده که البته باید بتواند به سادگی با زندگی مردم هماهنگ شود، همه و همه بر نتایج رفتاری تأثیر می‌گذارند. این

نظریه هم چنین یادآور این نکته است که ویژگی‌های مخاطبان و نیازهاشان ممکن است در طول زمان تغییر کنند. این باعث می‌شود تا طراحان، رفتارهای توصیه شده را باز تعریف کنند و طراحی پیام‌ها را بر این مبنا تغییر دهند.

#### نظریه‌های ارتباط جمعی

هیچ کس نمی‌تواند قدرت ارتباط جمعی را در دست یابی به درصد بالایی از افراد و گروه‌های علاقه‌مند نادیده بگیرد، به شرط آن که به درستی و در راستای پاسخ به نیازهای مخاطبان استفاده شود. تئوری ارتباط جمعی شامل تحقیقات و مطالعاتی است که بر تأثیر ارتباط جمعی بر جمعیت هدف متمرکز می‌شود.

#### □ نظریه اصلاح شده ارتباط جمعی

این نظریه اصلاح شده به وسیله «جرج گربند» گسترش پیدا کرد. این نظریه معتقد است، اگر یک واقعیت به صورت مکرر و جدی توسط رسانه‌های ارتباط جمعی به مردم ارایه شود، این واقعیت تبدیل به هنجار آن جامعه شده و باعث می‌شود تا مردم، رفتار تبلیغ شده را به عنوان یکی از رفتارهای عادی و روزمره بپذیرند. به بیان دیگر رسانه‌های جمعی قدرت این را دارند که با تأکید بر روی یک رفتار و افزایش جامعه‌پذیری آن، درک مردم و تمایلشان را برای اجرای آن رفتار به شدت افزایش دهند. در حقیقت این نظریه اصلاح شده، تأکید دوباره‌ای بر توانایی رسانه‌های جمعی برای تأثیر طولانی مدت بر مردم است و البته این فرآیند و میزان کارآیی آن بستگی به قدرت رسانه‌های جمعی برای عبور از موانع زمانی، مکانی و سایر موانع سنتی دارد.

#### □ مدل‌های مبتنی بر بازاریابی

در بخش خصوصی، بخش غیر انتفاعی و یا انتفاعی، بازاریابی به منظور تشویق مردم به مصرف یک محصول و یا استفاده از یک سری خدمات ویژه صورت می‌گیرد. در طول زمان، این مدل‌ها کمک شایانی نیز در راستای تبلیغ محصولات، رفتارها و خدمات نوین سلامت کرده‌اند. دو مدلی که در ادامه معرفی می‌شوند، دارای جنبه‌های مشابه فراوانی بوده و بر مبنای اصول نظری ارتباط در حوزه سلامت طراحی شده‌اند.

## □ بازاریابی اجتماعی

این مدل بر مبنای استفاده از تکنولوژی‌های بازاریابی اقتصادی به منظور تحلیل، طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌هایی برای تأیید گذاری بر رفتار مخاطبان هدف، به منظور افزایش سطح رفاه خود و جامعه‌شان، طراحی شده است. همانند بازاریابی اقتصادی، تغییر رفتار، هدف غایی بازاریابی اجتماعی است. اگرچه در بازاریابی اقتصادی هدف اولیه تغییر رفتار، سود رساندن به سازمان‌های حامی مالی برنامه است، اما در بعضی موارد همین تبلیغات مردم را به انجام یک رفتار درست، مانند استفاده از واکسن به صورت منظم و استفاده از داروی جدید تشویق می‌کند.

بازاریابی اجتماعی بر روی مصرف کنندگان تمرکز کرده و از چهار عنصر در طراحی برنامه‌ها استفاده می‌کند:

### ۱- محصول

این محصول می‌تواند یک رفتار، یک خدمت جدید، یک ماده تولیدی و یا یک سیاست تازه در امر سلامت باشد که سازمان‌ها و برنامه‌های طراحی شده می‌کوشند مخاطبان هدف را با آن سازگار کنند. در بازاریابی اجتماعی، محصول می‌تواند ملموس بوده (مانند کاندوم که برای کنترل زاد و ولد به مردم عرضه می‌شود) و یا غیر ملموس باشد (مانند رفتاری که مردم به انجام آن توصیه می‌شوند).

### ۲- هزینه

هزینه‌ای که مردم متحمل می‌شوند باید در نظر گرفته شود. این هزینه می‌تواند مالی، احساسی، فیزیکی و یا هر چیز دیگری باشد که جامعه برای سازگاری با یک رفتار جدید پرداخت می‌کند.

### ۳- مکان

راه‌های پخش محصول یا مکان‌هایی که بهترین خصوصیت را برای مواجه کردن مخاطبان با وسایل و پیام‌های ارتباطی دارند، باید شناسایی شوند.

### ۴- پیشرفت

این بستگی به آن دارد که یک پیام چگونه جابه جا می‌شود و مردم به چه شکلی برای انجام یک رفتار درست و یا سازگاری با یک سیاست جدید تشویق می‌شوند.

بازاریابی اجتماعی همچنین می‌تواند به عنوان یک ساختار طراحی شده برای استفاده در کنار سایر نظرها و مدل‌ها در مقوله «ارتباط در حوزه سلامت» استفاده شود.

منتقدان بازاریابی اجتماعی معتقدند که این مدل، آن سطح از مشارکت اجتماعی را که نیازمند یک تغییر پایدار است فراهم نکرده و به خصوص در کشورهای در حال توسعه کارآیی ندارد زیرا به جای آن که مردم را پیشقدم و عامل اصلی تغییر فرض کند، آن‌ها را بیشتر به صورت یک مصرف کننده نگاه می‌کند.

مهم ترین کمکی که مدل بازاریابی اجتماعی به برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت می‌کند، رویکرد مخاطب محور و با نگاه به بازار این مدل است. تکنیک‌ها و ابزار استفاده شده در بازاریابی، به ویژه برای شناسایی مشکلات در حوزه سلامت و یافتن راه حل آن‌ها، نقش مهمی بازی می‌کنند. دومین کمک این مدل، اهمیت این نظریه به تحلیل هزینه‌ها در برابر منافع و نگاه رقابتی آن است. این نگاه رقابتی باعث می‌شود تا تمام راه‌های ممکن و رفتارها و سیاست‌های جایگزین که هزینه کمتری را به جامعه تحمیل می‌کنند، با دقت بررسی شوند و در نهایت، نشان داده شده است که راه کارهای بازاریابی اجتماعی برای آگاه کردن مردم از خطرات بیماری‌ها بسیار مؤثر هستند. در سلامت عمومی، سایر تکنیک‌ها و مدل‌ها باید برای کامل کردن بازاریابی اجتماعی به کمک بیابند تا بتواند تأثیر بلند مدت بر جامعه گذاشته و بقای عمل به رفتار توصیه شده به مردم را تقویت کند.

#### □ یک مثال: افزایش آگاهی مردم نسبت به اختلاف میزان مرگ نوزادان در سانفرانسیسکو

در سانفرانسیسکو، نوزادان با نژاد آمریکایی-آفریقایی، ۲ تا ۳ برابر بیشتر از نوزادان سفید پوست در معرض مرگ هستند. دپارتمان سلامت عمومی در سانفرانسیسکو برای جلب توجه مردم به این میزان اختلاف، سازمان‌های غیر دولتی، گروه‌های فعال در دانشگاه کالیفرنیا و مرکز کنترل بیماری‌ها را به همکاری دعوت کرد تا یک برنامه با ۷ اصل طراحی شود. این برنامه بر مبنای مدل بازاریابی اجتماعی و با هدف:

- ۱- افزایش آگاهی مردم نسبت به این میزان اختلاف در مرگ نوزادان با نژاد آفریقایی-آمریکایی نسبت به نژاد سفید پوست
- ۲- افزایش دانش مردم به ویژه در مورد عوامل خطر و مواردی که میزان شیوع سندرم مرگ ناگهانی نوزاد را افزایش می‌دهند و
- ۳- تشویق مردم به انجام عمل مناسب، طراحی شد.

## □ روش‌ها

با همکاری مشترک دستیارانی که نژاد آمریکایی-آفریقایی داشتند، این پروژه در ۳ کمپین تبلیغاتی چند رسانه‌ای به اجرا درآمد. هر سه کمپین از رسانه‌های مشابهی برای گسترش اطلاعات استفاده می‌کردند.

این کمپین‌ها شامل تبلیغات در اتوبوس‌ها، ایستگاه‌های اتوبوس و در محل‌هایی که درصد بیشتری از افراد آمریکایی-آفریقایی در آن‌ها زندگی می‌کردند، می‌شد. پخش پوسترها، بروشورها، کارت‌های تبلیغاتی، تبلیغ به وسیله گروه‌های مذهبی و گروه‌های جمع‌کننده اعانه، تبلیغ در رادیوهای محلی که نزد آفریقایی-آمریکایی‌ها محبوبیت داشتند، از دیگر روش‌های تبلیغ کمپین‌ها بودند.

این پیام‌های تبلیغاتی شامل نکات زیر بود:

۱- میزان مرگ نوزادان سیاه پوست، ۲ برابر بیشتر از میانگین مرگ کل نوزادان در سانفرانسیسکو است.

۲- برای کاهش میزان مرگ ناگهانی نوزادان، بهتر است که آن‌ها به پشت خوابانده شوند

۳- منع کودکان سیاه پوست از رفتارهای مخاطره‌آمیز.

هم چنین در تمام تبلیغات، شماره تلفنی ذکر شده بود که مردم می‌توانستند به وسیله آن در برنامه مشارکت کنند.

موضوع و فعالیت‌های کمپین‌ها بر مبنای دانش و اعتقادات رایج میان آفریقایی-آمریکایی‌ها درباره مرگ نوزادان بنا شده بود. پیش از آغاز طراحی کامل پروژه، گروه‌های تحقیقاتی مأمور شده بودند تا سطح آگاهی موجود در میان گروه هدف را بررسی کرده و برای طراحی راه‌حل‌های مؤثر به پروژه کمک کنند. گروه‌های تحقیقاتی شامل ۲۵۰ نفر آفریقایی-آمریکایی که در گروه‌های اجتماعی فعالیت داشتند، می‌شدند.

در تحقیقات اولیه نشان داده شد که قبل از شروع پروژه کمتر از پنجاه درصد از آفریقایی-آمریکایی‌ها از این میزان اختلاف در میزان مرگ و میر نوزادان باخبر بودند. از میان ۸۰۴ فردی که در این تحقیق اولیه مورد سؤال قرار گرفته بودند و سن آن‌ها میان ۱۸ تا ۶۴ سال بود، تنها ۳۹/۶ درصد از آنان از این اختلاف اطلاع داشتند. البته تنها ۲۸/۵ درصد از آن‌ها نمی‌دانستند که خواباندن نوزادها به پشت می‌تواند به کاهش میزان بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزادان کمک کند.

#### □ نتایج

بر اساس تحقیقاتی که بعد از تبلیغات به عمل آمد، نشان داده شد که میزان آگاهی افراد به شکل معنی داری افزایش پیدا کرده است. (۶۲/۶ درصد از افراد از اختلاف موجود آگاه شده بودند) در صورتی که آگاهی افراد نسبت به کاهش احتمال بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزادان در صورت خواباندن نوزادان به پشت، تغییر معنی داری پیدا نکرده بود. (۷۰/۴ درصد در مقابل ۷۱/۷ درصد)

#### □ روابط بازاریابی هماهنگ

این مدل به عنوان یک رویکرد راهبردی در بخش خصوصی مورد استفاده قرار گرفته و هدف آن، گسترش، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتباطی برای شناساندن یک نشان (برند) خاص به مردم است. این رویکرد نظرها، نیازها و عقاید و درک مردم را پیرامون موضوعات مطرح شده، مورد نظر قرار داده و تلاش می‌کند تا اتحادی میان مبانی نظری و شاخص‌های قابل اندازه‌گیری ایجاد کند. این رویکرد به عنوان یک نگاه پیش رو در حوزه ارتباطات در زمینه سلامت، مورد توجه قرار گرفته و در چندین برنامه آکادمیک استفاده شده است.

کمک مهم این نظریه به «ارتباط در حوزه سلامت»، تلاش آن برای ارایه یک رویکرد چند وجهی و راهبردی است که مخاطبان را به عنوان نقطه اصلی در نظر گرفته و برای پاسخ به نیازهای اساسی آنان تلاش می‌کند. در ادامه چند مدل که با ترکیب تئوری‌های رفتاری، بازاریابی و اجتماعی به وجود آمده‌اند، مورد اشاره قرار می‌گیرند.

#### □ ارتباط به منظور ایجاد تحکیم رفتاری

این مدل، یک مدل یکپارچه است که توسط سازمان سلامت جهانی گسترش پیدا کرده و اجرا شده است و در این راه ارگان‌های مختلفی با این سازمان در سراسر دنیا همکاری داشته‌اند.

گرچه این مدل برای اولین بار در حوزه بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گرفت اما با گذشت زمان در سایر حوزه‌ها نیز به کار رفت. به عنوان نمونه یونیسف از این مدل در برنامه‌های حفاظت از کودکان در مولداوی استفاده کرد. با تأکید بر تحکیم رفتاری، این مدل برای ایجاد تغییرات راهبردی رفتاری مورد استفاده قرار گرفت. این

## نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۵۵

مدل مبتنی بر تحقیقات اولیه و با رویکرد همکاری بین بخشی به منظور تأثیر بر تغییرات رفتاری است که می‌تواند بر نتایج مربوط به سلامت جامعه اثر بگذارد. این مدل بر دو اصل اساسی استوار است. اول، هیچ اقدامی نباید صورت بگیرد، نه تهیه بروشوری و نه ساخت ویدئو و پوستری، مگر آن که یک موضوع دقیق، روشن و ویژه رفتاری، شناسایی و تعیین شده باشد. دوم، هیچ اقدامی نباید صورت بگیرد مگر آن که پیش از آن یک تحلیل موقعیتی دقیق، درباره موضوعات رفتاری انجام شود.

اگرچه این مدل بیشتر به بیماری‌های ویژه‌ای که در ارتباط با رفتارهای مشخص هستند اشاره دارد، اما گاه برای تأکید بر یک تغییر اجتماعی نیز استفاده می‌شود.

به عنوان مثال، توجه اول این نظریه بر بیماری‌های واگیرداری بود که جوامع را به خصوص در کشورهای در حال توسعه به مخاطره انداخته بود. این نظریه به علت توانایی‌اش در برطرف کردن موانعی که هم‌چنان مردم را در فقر دانش نگه می‌دارد، نقش مهمی در گسترش تغییرات اجتماعی بازی می‌کند. این مدل در سطح وسیع به منظور کاهش بار بیماری‌ها و تقویت آرایه خدمات سلامت در جامعه عمل می‌کند. به علاوه این مدل به طور ویژه از اهداف بنیادی سازمان‌های سلامت عمومی، حمایت می‌کند. این نظریه چند اصل و روش را از مدل‌های مختلفی مانند تحلیل بازار، ارتباط جمعی، اطلاع‌رسانی-آموزش، بسیج اجتماعی، انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی، با هم ترکیب می‌کند.

### □ نظریه ارزیابی - اقدام

این نظریه که به وسیله «لاردن گرین و مارشال کرتر» بسط داده شده، به طراحی و تحلیل عواملی که در تغییرات رفتاری مؤثر هستند، می‌پردازد. این نظریه بر این اصل استوار است که تغییرات طولانی مدت همواره به صورت اختیاری اتفاق می‌افتند. این تغییرات با تشویق و تحریک افراد به دخیل شدن به صورت مستقیم در فرآیند تغییر، رخ می‌دهند.

افراد باید احساس کنند که می‌توانند کیفیت زندگی شان را تغییر دهند و البته باید بدانند که تحت تأثیر جامعه و ساختارهای اجتماعی شان هستند. عوامل اصلی که بر تغییرات رفتاری تأثیر می‌گذارند در سه قسمت تقسیم بندی می‌شوند:

۱- عوامل زمینه‌ای: دانش، توجه، رفتارها، باورها و ارزش‌های افراد قبل از شروع

مداخلات.

۲- عوامل توانمند کننده: عواملی در محیط و جامعه که به فرد کمک می‌کنند تا موانع موجود بر سر راه تغییر را ساده تر شناسایی کنند.

۳- عوامل تقویت کننده: اثرات مثبت و منفی سازگاری با رفتار توصیه شده توسط افراد، که می‌تواند در ادامه رفتار درست مؤثر باشد.

این مدل با تفکر امروزی که به افراد به عنوان بخشی از محیط اهمیت می‌دهد، هماهنگی دارد. هم چنین این نظریه از این تصور که اختیار و ظرفیت افراد در هر دو سطح فردی و اجتماعی، یکی از مهم ترین عوامل در پایا ماندن تغییرات رفتاری و اجتماعی است، حمایت می‌کند.

#### □ ارتباط به منظور ایجاد تغییرات اجتماعی

این نظریه، یک مدل شراکتی به منظور طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتباطی است. این مدل در ابتدا به وسیله حمایت‌های مؤسسه راک فلر گسترش یافت که در سال ۱۹۹۷، یک کنفرانس به منظور برقراری ارتباط میان برنامه‌های ارتباطی و تغییرات اجتماعی برگزار کرد.

این مدل به عنوان فرآیندی مطرح می‌شود که در آن مردم به وسیله گفتگوهای فردی و اجتماعی به این نکته واقف می‌شوند که در حال حاضر در چه وضعیتی هستند، می‌خواهند به چه وضعیتی برسند و راه‌های رسیدن به وضعیت مطلوب کدامند. این مدل با یک محرک داخلی یا خارجی که باعث شروع گفتگوهای اجتماعی درباره یک موضوع می‌شود، آغاز شده و در نهایت به یک حرکت جمعی مؤثر ختم می‌گردد که باعث حل مشکلات مرتبط می‌شود. در این مدل نتایج نهایی با شاخصه‌هایی مانند: حضور رهبری اجتماعی، جهت و میزان مشارکت عمومی، توزیع درست اطلاعات در جامعه، خوداتکایی اجتماعی، احساس مالکیت و بهم پیوستگی اجتماعی بررسی می‌شود. با وجود آن که این نظریه رو به شکوفایی است، اما به دلیل طولانی مدت بودن فرآیندهای تغییر اجتماعی، ما نیاز به شاخص‌هایی داریم که در میان اجرای برنامه، بتوان آن را بررسی کرد.

تغییرات اجتماعی همیشه نتیجه یک سری از تغییرات رفتاری است که در افراد، گروه‌ها و جوامع اتفاق می‌افتد. بنابراین نتایج رفتاری حتی در مدل تغییرات اجتماعی باید به عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی مهم در نظر گرفته شوند.



#### □ سایر نظرها و ساختارهای تأثیر گذار

چندین مدل و ساختار دیگر وجود دارند که بر تئوری‌ها و ساختار حوزه ارتباطات در سلامت تأثیر گذاشته اند.

#### □ مدل‌های درمانی

نتایج ارتباطات در حوزه سلامت به وسیله عقاید عمومی افراد درباره دلایل درونی بیماری و سلامت نیز تأثیر می‌پذیرد.

در طول سال‌ها، دو گروه از مدل‌های درمانی، استفاده از ابزار ارتباطی در حوزه سلامت را در سطح بیمار-درمانگر تحت تأثیر قرار داده اند.

اولین مدل که از قرن‌ها پیش وجود داشته است، بر این فرض استوار است که بیماری، نشانه‌ای از مشکلات جسمانی است که باید با استفاده از ابزارهای مادی تشخیص داده شده و درمان شود. بنابراین، این مدل به شرایط روحی بیمار، اعتقادات، هنجارها و ارزش‌هایش اهمیتی نمی‌دهد. در نتیجه، برنامه‌های ارتباطی پیرو این مدل در تلاشند تا علمی، منطقی، کارآمد و متمرکز باشند.

ارتباط در این مدل از بالا به پایین برقرار می‌شود و در آن درمانگران، تلاششان را به انتقال اطلاعات پزشکی و یافتن علت‌های علمی بیماری‌ها و راه حل‌های آن‌ها محدود می‌کنند. این رویکرد هیچ توجهی به همدردی با بیماران و در نظر گرفتن احساسات و تجربه‌های اجتماعی شان ندارند. علاوه بر آن این مدل هیچ توجهی به دانش امروز که بیشتر بیماری‌ها را تحت تأثیر شرایط روحی و عادات اجتماعی می‌داند، ندارد. به عنوان مثال امروزه کاملاً ثابت شده است که بیماری‌هایی مانند چاقی، دیابت و افسردگی، به طور واقعی تحت تأثیر عوامل بیرونی هستند.

مدل دوم، رویکرد زیستی روانی اجتماعی است که معتقد است یک بیماری تنها ناشی از یک نقص جسمی نیست بلکه تحت تأثیر احساسات و نظریات فرد پیرامون سلامتی و اتفاقات زندگی او قرار دارد.

بر اساس تلاش‌هایی که اخیراً برای رسیدن به یک رویکرد بیمار محور صورت گرفته است، رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی به تدریج جایگزین رویکرد پزشکی صرف شده است.

مدل جدید به خوبی با تئوری‌ها و ساختارهای نوین ارتباطات در حوزه سلامت هماهنگ است.

#### □ مدل سازی منطقی

مدل سازی منطقی یک ساختار انعطاف پذیر است که برای طراحی و ارزیابی برنامه‌های مختلف در زمینه آموزش، همکاری‌های بین بخشی، آموزش در حوزه سلامت و حوزه‌های دیگر استفاده می‌شود. در واقع، این ساختار یک خلاصه یک صفحه‌ای از تمام اجزای کلیدی برنامه، مبانی استفاده شده در تعیین راهکارهای برنامه، موضوعات و فعالیت‌های کلیدی، نتایج مورد توقع از اجرای برنامه و شاخص‌های قابل اندازه گیری که برای ارزیابی برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌باشد. به طور خلاصه، مدل سازی منطقی برای شرح ارتباط میان تمام اجزای برنامه و نتایج مورد انتظار آن، استفاده می‌شود.

اخیراً مدل‌های منطقی، یک وسیله کارآمد برای طراحی و ارزیابی کمپین‌های تبلیغاتی و سایر اشکال ارتباط در حوزه سلامت محسوب می‌شود. مدل‌های منطقی می‌توانند ساختاری برای استفاده از نظرها و فرض‌های متفاوت، فراهم کنند.

اولین قدم در مدل سازی منطقی، ارزیابی موقعیت و شرایط محیطی است که برنامه در آن اجرا می‌شود. این ساختار طراحی و ارزیابی، شامل قسمت‌های زیر می‌شود:

□ یک نگاه کلی به همه افراد و منابع اقتصادی که در اجرای برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند.

□ لیستی از تمام فعالیت‌های مخاطب محور، خدمات، اتفاقات یا محصولات مورد نظر

□ همه فرض‌های برنامه، شامل اعتقاداتی که طراحی برنامه را هدایت می‌کنند.

□ همه عوامل خارجی که ممکن است بر موضوعات مرتبط با سلامت و راه حل‌های آن تأثیر بگذارد.

#### مسائل و موضوعات فعلی بهداشت و درمان: در خواست برای استفاده از برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت

اضافه بر تئوری‌ها و نظرات مختلف، مسائل دیگری نیز در «ارتباط در حوزه سلامت» مؤثر هستند. عواملی که بیشتر آن‌ها ویژه یک کشور و محیط خاص، شرایط سیاسی خاص و مربوط به یک جمعیت مشخص هستند. به علت گستردگی و تعداد بالای چنین مسائلی، بحث جامعی درباره تمام آن‌ها در ادامه کتاب آمده است.

#### □ عدم توافقات در حوزه سلامت

مفاهیم مرتبط با سلامت به منظور تسهیل کار در سراسر دنیا، بر اساس اصول اولیه‌ای در تمام سازمان‌هایی که در حوزه سلامت مشغول به کار هستند، تعریف شده است. این مفاهیم مشترک، اهمیت محدود کردن عدم توافقات موجود در این حوزه در میان گروه‌ها و سازمان‌های مختلف را نشان می‌دهد.

مؤسسه ملی سلامت در ایالات متحده، عدم توافقات در حوزه سلامت را به عنوان تفاوت‌هایی در میزان بروز، شیوع، مرگ و میر، بار بیماری‌ها و سایر شرایط ناسازگار که در میان گروه‌های مختلف وجود دارد، تعریف می‌کند. در عمل، بیشتر تبعیض‌ها در حوزه سلامت، به تفاوت کیفیت مراقبت‌های سلامتی و میزان دسترسی به خدمات سلامت میان جمعیت‌های مختلف و یا گروه‌های متفاوت در یک جمعیت مربوط می‌شود. این تفاوت‌ها ممکن است باعث نتایج نامطلوب و کاهش امید به زندگی در جمعیت کم‌تر برخوردار باشد.

درآمد، آموزش، شرایط اجتماعی اقتصادی، سطح سواد، تفاوت نژادی، موقعیت جغرافیایی، موانع زبانی و تفاوت‌های فرهنگی، همه و همه از علل تبعیض‌ها و اختلافات در حوزه سلامت هستند. بعضی از تبعیض‌ها هم، به تفاوت‌های ژنتیکی در اقوام مختلف و یا میان زنان و مردان مربوط می‌شود. برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت می‌توانند در کاهش و یا محدود کردن این تفاوت‌ها نقش داشته باشند.

#### □ اختیار بیمار

اختیار بیمار یک عنصر بسیار مهم در پزشکی مدرن و رکن اصلی برنامه‌های راهبردی ارتباطی در حوزه سلامت است. اگرچه تعریف این رکن می‌تواند در شرایط و محیط‌های مختلف متفاوت باشد. به عنوان نمونه، نقش بیمار می‌تواند بستگی به میزان آگاهی او از بیماری و درمان آن داشته باشد که به او اجازه می‌دهد با درمانگر خود وارد بحث شده و در تصمیمات درمانی و پیشگیرانه مؤثر باشد. این آگاهی می‌تواند در توانایی بیمار برای وفادار ماندن به توصیه‌های درمانی و یا راه‌های پیشگیری ارایه شده، نقش داشته باشد.

□ محدودیت‌های پزشکی پیشگیرانه و عادات‌ها

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه پزشکی در قرون اخیر، هنوز هم پزشکی پیشگیرانه نتوانسته است باعث حذف بیماری‌ها شود. گرچه پزشکی پیشگیرانه و ایجاد عادات‌های درست، نقش قابل توجهی را در افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی بسیاری از جمعیت‌ها و گروه‌ها داشته است، با این وجود پزشکی پیشگیرانه در تمام موارد و زمان‌ها کارآمد نیست. این روش‌های پیشگیری می‌تواند برای بعضی از افراد باعث مزاحمت و دردسر باشد. بنابراین این نکته نیز باید در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مد نظر قرار گیرد. برای نمونه بگذارید تا در مورد مثال «ادواردو» یک مرد پرتوریکایی ۵۰ ساله از طبقه متوسط جامعه صحبت کنیم که سیگار می‌کشید و از طرف خانواده اش برای ترک سیگار تحت فشار بود، زیرا آن‌ها می‌دانستند که سیگار احتمال بروز سرطان دهان را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر خانواده ادواردو می‌خواستند که او دوره‌های چکاپ منظمی داشته باشد و عادت مراجعه به پزشک، تنها در مواقعی که به یک بیماری جدی مبتلاست را ترک کند.

خانواده ادواردو از مرگ پسر خاله او که یک سیگاری حرفه‌ای بود و به علت سرطان پیشرفته حفره دهانی فوت شده بود، تحت تأثیر قرار گرفته بودند. از سوی دیگر ادواردو دوستی داشت که در تمام طول زندگی اش حتی یکبار سیگار نکشیده بود ولی متأسفانه او هم به سرطان حفره دهان مبتلا شده بود. او بر خلاف درخواست خانواده، برای تغییر در رفتارهای پرخطرش، چندین استدلال داشت:

۱- ترک سیگار ضمانتی برای این که او هرگز به سرطان مبتلا نمی‌شود، نخواهد

بود.

۲- او از کشیدن سیگار و مصرف الکل لذت می‌برد.

۳- خانواده او نباید نگرانی‌ای بابت سرطان حفره دهان داشته باشند زیرا که این

بیماری به ندرت اتفاق می‌افتد.

۴- او گرفتارتر از آن است که بتواند در دوره‌های منظم برای چکاپ به مطب

پزشک مراجعه کند.

ادواردو درباره محدودیت‌های پزشکی پیشگیرانه حق داشت. گرچه بیان چندین

حقیقت می‌تواند او را به نقطه نظر خانواده اش نزدیک تر کند:

## نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۶۱

۱- میزان بروز سرطان‌های حفره دهان در مردان پرتوریکویی دو برابر بالاتر از میانگین جمعیت آمریکاست.

۲- همراه با مصرف الکل، استفاده از تنباکو اولین عامل خطر برای بروز سرطان‌های حفره دهان است.

۳- ترک سیگار یک راه پیشگیری بسیار مناسب، از بروز سرطان‌های حفره دهانی است.

البته موضوعات متعدد دیگری نیز باید به منظور قانع کردن ادوردو برای ترک سیگار مدنظر قرار گیرند.

در ضمن باید این نکته را باز هم مورد تأکید قرار دهیم که بسیاری از بیماران، از عوامل خطر بیماری‌ها و اطلاعات مرتبط با آن‌ها آگاه نیستند. استفاده از اطلاعات و ارقام مربوط به بیماری‌های مختلف، می‌تواند راهکار مناسبی برای جلب توجه افراد برای پذیرش استفاده از پزشکی پیشگیرانه باشد. ما باید افراد را متوجه این نکته کنیم که گرچه پزشکی پیشگیرانه در تمام بیماری‌ها کاربرد ندارد، اما هنوز در بسیاری از موارد سودمند است.

### □ ضرورت سلامت الکترونیک

اینترنت و تکنولوژی‌های وابسته به آن، به طور معنی داری سطح مراقبت‌های بهداشتی درمانی را نسبت به روش‌های سنتی گسترش داده و در نتیجه، استفاده از وسایل ارتباطی در حوزه سلامت را نیز تحت تأثیر قرار داده اند. بیماران، صاحبان مشاغل سلامت، عموم جامعه و سایر افراد می‌توانند خدمات متفاوتی مانند گرفتن اطلاعات مربوط به سلامت، استفاده از داروخانه‌های مجازی، آموزش از راه دور و نظایر آن را از این دنیای بزرگ مجازی دریافت کنند.

در زمینه ارتباط در حوزه سلامت، اتکای روز افزون متخصصان و عموم مردم به اینترنت راه جدیدی را در جهت استفاده از ابزارهای نوین ارتباطی مانند وب سایت، بازی‌های اینترنتی، اتاق‌های خبر آنلاین، شبیه سازی بیماری‌ها و نظایر آن در مقابل طراحان برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت باز کرده است. ارتباطات الکترونیک معمولاً قسمتی از یک پروژه بزرگ مداخلات در حوزه سلامت هستند.

تاکنون مطالعات متعددی در جهت تلاش برای تحلیل نقش اینترنت در اعتقادات مرتبط با سلامت، رفتارها، نتایج مورد نظر یک برنامه، سیاست‌های سلامت و رابطه بین

بیمار و درمانگر، انجام شده است. سؤال‌هایی جدی نیز در مورد صحت اطلاعات موجود در اینترنت و جایگاه استفاده از آن در رابطه با مسایل خصوصی افراد مطرح شده است. در کنار این، همه افراد به یک میزان به اینترنت دسترسی نداشته و مهارت استفاده از آن را ندارند.

ارتباط در حوزه سلامت به صورت متقابل، به صورت «یک ارتباط دو سویه میان فرد بیمار، به عنوان دریافت کننده خدمات سلامت و یک متخصص، یا یک دستگاه الکتریکی یا تکنولوژی‌های ارتباطی برای دستیابی به اطلاعاتی در حوزه سلامت و یا دریافت راهنمایی و حمایت درباره موضوعات مرتبط با سلامت» می‌باشد.

اصول متعدد دیگری نیز در تشکیل چنین ارتباطی دخیل هستند. این شکل از برقراری ارتباط در حوزه سلامت عمومی، به معنای استفاده سازمان یافته از تکنولوژی اطلاعات و علوم کامپیوتری در راستای اجرای برنامه‌های سلامت عمومی و تحقیقات و آموزش است.

اینترنت و تکنولوژی‌های جدید، علاوه بر آن که فرصت ایده آلی را برای آگاه کردن گسترده مردم نسبت به موضوعات مرتبط با سلامت فراهم می‌کنند، ممکن است باعث ایجاد آسیب به سلامت عمومی شوند، زیرا گاهی اوقات منابع موجود در اینترنت نامطمئن هستند.

#### □ کمبود سواد سلامت

کمبود سواد سلامت به معنای ناتوانی در خواندن، درک و اجرای اطلاعات و توصیه‌های مرتبط به سلامت است. کمبود سواد سلامت یکی از مهمترین موضوعات در زمینه‌های ارتباطی در حوزه سلامت است. بدون توجه به این که چه پیامی و با چه هدفی طراحی می‌شود، در صورت عدم درک مخاطبان، برنامه ارتباطی با شکست مواجه خواهد شد.

کمبود سواد سلامت، تمام گروه‌ها با سنین و ویژگی‌های ژنتیکی و قومی متفاوت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عنوان نمونه در میان بالغین آمریکایی ۹۰ میلیون نفر در درک و عمل به اطلاعات مرتبط با سلامتی با مشکل مواجه بودند. در کنار عدم توانایی مناسب در خواندن، نوشتن و توانایی ریاضیات، عوامل دیگری نیز در میزان سواد سلامت مؤثر هستند:

□ ضعف در توانایی گوش دادن، صحبت کردن و درک مطالب

- موانع زبانی
- توانایی محدود در حمایت از خود و حمایت از سیستم بهداشتی-درمانی
- اطلاعات زمینه‌ای نامناسب
- پایین بودن سطح اجتماعی اقتصادی

این اواخر نیز، حضور و بروز نقش روز افزون اینترنت به عنوان یک منبع کلیدی در حوزه اطلاعات سلامت، باعث شده است تا افراد به دو گروه تقسیم شوند. گروه اول، آن‌هایی هستند که توانایی استفاده از اینترنت را دارند و گروه دوم آن‌هایی هستند که فاقد این توانایی هستند. بنابراین، میزان دسترسی به اینترنت و مهارت‌های استفاده از کامپیوتر، سطح سواد سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت می‌تواند نقش بسیار مهمی را در افزایش سطح سواد افراد ایفا کند.

ظهور خدمات مدیریت شده در ایالات متحده تأثیر قابل توجهی را بر روابط بین بیمار و پزشک بر جا گذاشته است. خدمات مدیریت شده فقط مربوط به ایالات متحده نیست و ارابه خدمات با سقف محدود در نقاط مختلفی در سراسر دنیا، به عنوان نمونه در آسیا، به اجرا گذاشته شده است. سازمان‌های مدیریت کننده خدمات سلامت، هزینه‌ها و میزان خدمات ارابه شده به بیماران را کنترل می‌کنند. بسیاری از جنبه‌های خدمات بهداشتی-درمانی مانند انتخاب پزشکان عمومی که در ابتدا بیمار را ویزیت می‌کنند و یا آزمایش‌های پاراکلینیکی که بیماران در خط اول مجاز به انجام آن‌ها هستند، همه و همه توسط سازمان‌های مدیریت کننده خدمات سلامت، تعیین می‌شوند.

قدرت گرفتن چنین سازمان‌هایی در واقع نشانه‌ای از علاقه دولت‌ها برای انتقال مسئولیت‌های بهداشتی-درمانی به سازمان‌های خصوصی و غیر دولتی در طول دهه‌های اخیر است.

واقعیت آن است که به علت افزایش تعداد بیماران، دیگر پزشکان وقت کافی برای بررسی و معاینه مناسب تمام بیماران ندارند. از نقطه نظر بیمار. اما، این دست از محدودیت‌ها می‌تواند به معنای کاهش کیفیت درمان و از سوی دیگر باعث یک بحث مداوم میان بیمار و ارابه کنندگان خدمت درباره اجازه استفاده از تست‌های آزمایشگاهی و خدمات پیشرفته باشد.

بحث و گفتگو درباره خصوصیات مثبت و منفی طرح‌های مدیریت هزینه و آرایه خدمات کنترل شده سلامت، فراتر از سطح این کتاب است، اما می‌توانیم نکات با اهمیتی را ذکر کنیم که می‌تواند در درک فضای کنونی برای طراحی یک برنامه مناسب ارزشمند باشد:

۱- طراحی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت در مداخلاتی که هدف از آن‌ها صرفه جویی مالی و آرایه خدمات مدیریت شده است، باید به نیازهای بیماران و آرایه دهندگان خدمات به صورت هم زمان توجه داشته باشد.

۲- آرایه دهندگان خدمات در طول یک برنامه ارتباطی، می‌توانند مهارت ارتباط با بیماران را افزایش دهند. آن‌ها می‌توانند از زمانشان برای مدیریت کردن خواسته‌های بیمار، آرایه پاسخ‌های کوتاه و موثر به سئوالات بیمار و اهمیت نشان دادن به نیازها و نگرانی‌های بیمار، به بهترین شکل ممکن استفاده کنند.

۳- شاید مهم‌ترین نکته این باشد که تمام سیاست‌گذاران و مجریان برنامه‌های مدیریت خدمات سلامت، باید مراقب باشند که کیفیت خدمات، فدای کاهش قیمت‌ها نشود.

این‌ها تنها نمونه‌هایی از نکاتی هستند که در طراحی مداخلات آرایه خدمات به صرفه و مدیریت شده در حوزه سلامت، باید مورد نظر قرار گیرند.

#### □ توجه دوباره به بیمارهای‌های واگیردار

نیاز به توجه دوباره به بیماری‌هایی که بروز آن‌ها رو به کاهش گذاشته و یا حذف شده اند به دو علت، برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت را تحت تأثیر قرار داده است. اول آن که بعضی از این بیماری‌ها مانند وبا و سل، بار دیگر رو به افزایش گذاشته اند و این نکته سیاست‌گذاران را به این فکر انداخته است که مردم را از خطر احتمال وقوع همه‌گیری بیماری‌های واگیردار مطلع کنند.

در حقیقت بعضی از بیماری‌های عفونی در غیاب برنامه‌های پیشگیرانه مناسب و هم‌چنین عدم توجه به این بیماری‌ها در برنامه‌های تبلیغاتی حوزه سلامت، دوباره به عنوان یک تهدید عمومی مطرح شده‌اند. برای نمونه، متخصصان اطفال در ایالات متحده و چند کشور دیگر متوجه شده‌اند که والدین، به اندازه گذشته به واکسن زدن کودکانشان اهمیت نمی‌دهند. در واقع واکسن، قربانی موفقیت برنامه‌های پیشگیرانه شده است، زیرا که پدر و مادرهای امروزی هیچ‌گاه شاهد همه‌گیری بیماری‌های واگیردار



## نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۶۵

نبوده اند و فکر می‌کنند این بیماری‌ها تنها در داستان‌های قدیمی وجود دارند. آن‌ها نمی‌دانند که بیماری‌هایی مانند فلج اطفال و هموفیلوس آنفلوآنزای نوع B تاکنون چند نفر را به کام مرگ فرستاده اند.

بروز موارد جدیدی از فلج اطفال در آمریکا، نشاندهنده آن است که حتی بیماری‌های واگیردار قابل کنترل با واکسن، می‌توانند در هر زمان و مکانی، حتی در کشورهای پیشرفته یک خطر بالقوه مهم باشند.

دومین دلیل، رویکرد جدیدی است که در برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت در دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است.

این رویکرد جدید که «ارتباط بر مبنای خطر» نام گرفته است به معنی «انتشار اطلاعات مرتبط با خطر بیماری‌ها» در میان جوامع و افراد است. برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت به طور سنتی سعی می‌کردند که مردم را از شدت بیماری‌های مختلف آگاه کنند تا آن‌ها تلاش کنند چگونگی برخورد با این بیماری‌ها را بیاموزند. در رویکرد جدید، توجه و تأکید به خطر بروز بیماری‌ها، با هدف سوق دادن مردم به سمت انجام اقدامات پیشگیرانه به خصوص درباره بیماری‌های عفونی واگیردار، انجام می‌شود.

### □ تهدیدی به نام «بیوتروریسم»

تهدید «بیوتروریسم»، تمام افراد مؤثر در حوزه سلامت و سازمان‌های دولتی و غیر دولتی را مجبور کرده است که راهبردها و راهکارهایشان را با توجه به احتمال وقوع یک موقعیت بحرانی، مرور کنند.

طراحی برنامه‌های ارتباطی در مواقع بحرانی باید اصول زیر را مورد توجه قرار

دهند:

- پیام‌ها باید روشن، دقیق و در زمان مناسب طراحی شوند.
- انتخاب سخنگوی مناسب
- طراحی کارآمد و مؤثر
- انجام تلاش‌های هماهنگ بین سازمان‌ها و افراد مختلف
- انتخاب کانال‌های ارتباطی مناسب
- توجه به خصوصیات فرهنگی مخاطبان

اگرچه این عناصر در طراحی تمام برنامه‌های ارتباطی مهم هستند، اما رعایت آن‌ها در مواقع بحران اهمیت بیشتری می‌یابد. از سوی دیگر باید مواردی وجود داشته باشد که سرعت عکس‌العمل و میزان آمادگی را برای مقابله با موارد بحرانی افزایش دهد. اول آن که باید یک برنامه استاندارد کشوری طراحی شده باشد که تمام سازمان‌های مسئول در مواقع بحران بتوانند بر آن مبنای تلاش‌هایشان را با هم و به صورت هماهنگ انجام دهند. دوم آن که باید به سرعت فرد و یا سازمانی به عنوان پل ارتباطی میان جامعه و مسئولان انتخاب شود. این فرد و یا سازمان باید از قبل آموزش‌های لازم را در این خصوص دیده باشد. سوم، باید منابع مشخصی وجود داشته باشند که مخاطبان بتوانند پاسخ پرسش‌های خود را از آن‌ها بیابند.

#### □ نقش ظرفیت اجتماعی و زیر ساخت‌ها در کشورهای در حال توسعه

همان‌طور که پیش از این گفته شد، برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت نمی‌توانند جایگزینی برای کمبود زیر ساخت‌ها و یا کاهش پذیرش اجتماعی باشند. زمانی که خدمات مرتبط با سلامت برای درصد بالایی از علاقه‌مندان در دسترس نیستند و یا دسترسی به آن‌ها بسیار سخت است، در چنین مواردی نقش برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، ترغیب سیاست‌گذاران و مسئولان حکومتی به فراهم کردن زیرساخت‌ها، مانند ساختن بیمارستان، تربیت نیروهای ارایه‌دهنده خدمات سلامت و تلاش برای افزایش دسترسی مردم به خدمات مرتبط با سلامت است.

این مسئله در کشورهای در حال توسعه بسیار پر اهمیت است اگرچه، کمبود پذیرش اجتماعی و نداشتن نیروهای آموزش دیده به اندازه کافی، گاهی حتی کشورهای توسعه یافته را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. یک برنامه ارتباطی می‌تواند با رعایت اصول زیر، نقش مهمی را در فرآیند افزایش پذیرش اجتماعی بازی کند:

۱- تشویق رهبران محلی و سازمان‌های دولتی برای بازسازی خدمات سلامت و یا ارایه خدمات و سرویس‌های جدید در این حوزه

۲- آگاه‌سازی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در یک جامعه از استانداردهای جدید ارایه خدمات

۳- آموزش و آگاه‌سازی بیماران و خانواده‌های آن‌ها

#### نظریه‌های رایج «ارتباط در حوزه سلامت» و مسایل مربوط به آن‌ها / ۶۷

۴- تلاش برای افزایش رغبت مسئولان و رهبران محلی برای توجه به موارد ویژه مانند یک مشکل خاص در حوزه سلامت، یک بیماری و یا نیازی اجتماعی مربوط به سلامت

۵- افزایش آگاهی عمومی مردم درباره خطرات و شدت بیماری‌ها در مواردی که محدودیت‌هایی از نظر امکانات وجود دارد، طراحان برنامه‌های مداخله‌ای در حوزه سلامت، باید به سراغ راه کارهایی بروند که در کمترین زمان و با کمترین هزینه همگام با سایر برنامه‌های اجرا شده در جامعه مورد نظر، بیشترین تأثیر را در برطرف کردن کمبودها و افزایش پذیرش اجتماعی داشته باشند.

#### □ دسترسی بین المللی به داروهای ضروری

بحران HIV در آفریقا و سایر کشورهای در حال توسعه، که شیوع بالای ایدز نه تنها سلامت آن‌ها، بلکه شرایط اقتصادی و اجتماعی‌شان را نیز مورد تهدید قرار می‌دهد، بار دیگر اهمیت دسترسی به داروهایی که باعث حفظ جان بیمار می‌شوند را در سراسر دنیا مورد تأکید قرار داده است.

در حقیقت اگر درمان‌ها و داروهای ضروری در اختیار نیازمندان قرار نگیرد، یک شکست بزرگ برای پزشکی مدرن محسوب می‌شود.

در کشورهای در حال توسعه، دسترسی به خدمات پزشکی تحت تأثیر مواردی مانند هزینه، ظرفیت انبار کردن داروها، آموزش پزشکی مناسب، وجود زیرساخت‌های مطلوب برای توزیع دارو، شرایط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و البته سیاست کلی جامعه قرار دارد. همه این موارد در تضمین این که خدمات سلامت به موقع در اختیار مردم قرار گرفته و آن‌ها از این خدمات به درستی استفاده کنند، به یک میزان اهمیت دارند.

در حالیکه سازمان‌های مختلفی به وجود آمده اند که تلاش‌های گوناگونی را برای کنترل و درمان ایدز انجام می‌دهند، ما هنوز در جستجوی مدلی هستیم که قابلیت استفاده در کشورهای مختلف را داشته و به کمک آن بتوان تلاش‌های سازمان‌های دولتی، شرکت‌های داروسازی، گروه‌های غیر دولتی و سایر افراد و ارگان‌ها را با یکدیگر هماهنگ کرد.

نکته مهم آن است که برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، در کنار سایر برنامه‌های مداخله‌ای می‌توانند باعث ایجاد یک فضای مناسب و عزم عمومی شوند که نتیجه آن اتخاذ راهکارهای مناسب، استفاده از تجربیات قبلی و در نهایت رسیدن به یک

رویکرد هماهنگ است که در آن تمام افراد، مسئولیت‌هایشان را به درستی و در کنار یکدیگر انجام دهند. این نکته‌ای است که هر کس که وارد این حوزه می‌شود، نباید آن را فراموش کند.

### مفاهیم کلیدی

- مبانی نظری در زمینه ارتباط در حوزه سلامت به وسیله عواملی مانند علوم رفتاری و اجتماعی، آموزش، بازاریابی اجتماعی، مدل‌های پزشکی، انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.
- در این بخش، تئوری‌ها و مدل‌های اصلی به ۳ گروه تقسیم می‌شوند:
  - تئوری‌های مبتنی بر علوم رفتاری و اجتماعی
  - تئوری‌های مبتنی بر ارتباط جمعی
  - تئوری‌های مبتنی بر بازاریابی و سایر مدل‌ها مانند مدل‌های پزشکی و مدل‌های منطقی
- ارتباط در حوزه سلامت در طبیعت خود یک مفهوم چندوجهی و شامل اصول و مبانی متعدد است.

---

## فصل سوم

# تأثیر عوامل فرهنگی، جنسی، نژادی، مذهبی و جغرافیایی بر درک افراد از سلامتی و بیماری

---

در این فصل می‌خوانید:

- رویکردهایی برای تعریف بیماری و سلامت
- مفهوم سلامت در زمینه‌های متفاوت: یک مقایسه و تحلیل خلاصه
- تأثیر جنسیت بر درک افراد از سلامت و انجام رفتارهای سلامت محور
- اعتقادات در برابر آرزوها؛ بررسی تأثیر شکل نگرش افراد در نتایج یک برنامه ارتباطی
- تأثیر پذیرش فرهنگی در اجرای برنامه‌های ارتباطی
- نکات کلیدی

در تمام جوامع، باورهای سنتی افراد، هر روز تصمیمات بزرگ و کوچک آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این باورها حتی نوع کیک که مادر برای تولد فرزندش انتخاب می‌کند و روش‌های تربیتی والدین را، تحت تأثیر قرار می‌دهند. باورهای سنتی بر قصه‌های پدر بزرگ‌ها و طرز رفتار بچه‌ها و نوع تعامل مردم با یکدیگر مؤثر هستند. به عبارت دیگر باورهای سنتی، آداب و سنت‌های کلامی و غیر کلامی‌ای هستند که بر شکل دریافت، پذیرش و به کار بردن هر پیامی تأثیر می‌گذارند.

## ۷۰ / ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

آداب و سنت‌ها، اعتقادات و عادت‌ها، هم چنین بر نظر گروه‌های مختلف درباره مفهوم سلامت و بیماری تأثیر گذارند. در طراحی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت هم، توجه به این اعتقادات و ارزش‌ها، نقش بسیار مهم و حیاتی را بازی می‌کنند تا یک برنامه بتواند از موانع فرهنگی موجود عبور کرده و به نتایج مورد نظر برسد.

### رویکردها در تعریف سلامت و بیماری

تعریف سلامت و بیماری در ابتدا آسان به نظر می‌رسد. به عنوان نمونه وقتی مردم سرما می‌خورند و یا دچار علائم گوارشی می‌شوند، می‌فهمند که مریض هستند. پس پیچیدگی کار در کجاست؟ در حقیقت، سلامت و بیماری در سراسر جهان و در فرهنگ‌های متفاوت، با روش‌های گوناگونی تعریف شده‌اند. اکثر صاحب نظران معتقدند که نظرات هر فرد درباره سلامت، بر میل و انگیزه او برای انجام رفتارهای سلامت محور و پیشگیرانه تأثیر می‌گذارد.

در ادامه دو مدل و نگاه اصلی را در زمینه تعریف سلامت و بیماری مورد بررسی قرار می‌دهیم. اگرچه هر کدام از این مدل‌ها بر اساس خصوصیات فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی جوامع مختلف دچار تغییراتی می‌شوند، اما مقایسه این دو می‌تواند به ما کمک کند تا نگاهی متفاوت به سلامت را در طول زمان، مورد بررسی و تحلیل قرار دهیم.

#### ۱- مدل پزشکی

در این مدل، سلامتی به طور مستقیم به معنای عدم وجود بیماری است. به عبارت دیگر سلامتی وقتی وجود دارد که هیچ نشانه و علامتی از هیچ بیماری‌ای در یک فرد وجود نداشته باشد. در این نظریه، تنها مقوله‌ای که مورد توجه قرار می‌گیرد، وضعیت فیزیولوژیکی فرد است. این نظریه، تئوری عادی در میان اکثر پزشکان و صاحبان مشاغل سلامت در نیمه اول قرن بیستم بود.

با این وجود، این نظریه هیچ توجهی به تأثیرگذاری سایر عوامل، مانند عوامل روانی و شیوه زندگی افراد، در موقع بیماری یا سلامت نداشت. در واقع این نظریه، سلامت را با پررنگ کردن و تأکید بر بیماری تعریف می‌کرد و به این نکته توجه نداشت که وضعیت سلامت بیشتر به حال عمومی افراد و به اصطلاح «احساس خوب بودن» آن‌ها بستگی دارد.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که مردم هنگامی احساس سلامت می‌کنند که خوشحال بوده، پر انرژی هستند و فکر می‌کنند که بیماری، توانایی نفوذ به آن‌ها را

## تأثیر عوامل فرهنگی، جنسی، نژادی، مذهبی و جغرافیایی بر درک افراد از سلامتی و بیماری / ۷۱

ندارد. این وضعیت حتی ممکن است در افرادی که در حال حاضر بیمار هستند نیز وجود داشته باشد. در واقع افراد سالم، نسبت به افراد بیمار، با سرعت بیشتر و بهتر، از پس بیماری شان بر می آیند.

بنابراین سلامتی، مفهومی فراتر از «بیمار نبودن» است.

### ۲- مدل سازمان سلامت جهانی

یکی از مهم ترین وظایف سازمان سلامت جهانی، تعریف سلامت و بیماری است. بنابر تعریف این سازمان «سلامتی به معنای احساس خوب بودن از نظر جسمی، روحی و اجتماعی است و الزاماً به معنای عدم وجود بیماری و ناتوانی نیست».

این نگاه به سلامت، توجه ویژه‌ای به ایجاد تعادل میان عوامل مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و روش‌های زندگی افراد دارد. تعادل و نیاز به داشتن یک زندگی متعادل که می‌تواند فرد را در دستیابی به سلامت کمک کند، نکته اصلی و اساسی در این تعریف است.

مفهوم تعادل، در بسیاری از فرهنگ‌ها و ملل گوناگون، به عنوان مبنای تعریف سلامتی مورد استفاده قرار گرفته است. به عنوان نمونه در فرهنگ‌های آسیای جنوب شرقی، مثلاً چینی‌ها، سلامتی به معنای تعادل میان «یین» و «یانگ»، دو نیروی اصلی زندگی، است.

«یین»، یا نیروی زنانگی، با خصوصیتی مانند تاریکی، سرما و رطوبت تعریف می‌شود. بیماری‌های «یین»، به عنوان بیماری‌های سرد شناخته شده و باید با استفاده از نیروی «یانگ»، (گرما) درمان شوند. غذای گرم مانند مرغ و یا مخلوط میوه‌ها برای درمان این بیماری‌ها مفید هستند.

«یانگ» به معنای نیروی مردانگی بوده و با خصوصیتی مانند روشنایی، گرما و خشکی تعریف می‌شود. بیماری‌های ناشی از یانگ، به عنوان بیماری‌های گرم شناخته شده و به کمک غذاهای سرد مانند سبزیجات، مداوا می‌شوند.

در پزشکی سنتی چینی، سرما و گرما به معنای واقعی آن‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرند و در تعریف آن‌ها «دما» هیچ نقشی را ندارد. در حقیقت آن‌ها به معنای دو نیروی مخالف در زندگی انسان هستند. به عنوان نمونه، سرطان یک بیماری «یین» است و «عفونت گوش» یک بیماری یانگ.

افراد با نژادهای دیگر ممکن است این تعادل را در مفاهیم دیگری جستجو کنند. برای نمونه «هیسپانیک»ها معتقدند که سلامتی به معنای تعادل میان توانایی برای انجام

وظایف اجتماعی و خانوادگی، احساس شادی و خوب بودن، تمیز بودن و داشتن زمان کافی برای استراحت است.

این عقاید چینی‌ها و هیسپانیک‌ها به معنی عدم آگاهی آنان از مبنای فیزیولوژیک و نقش باکتری‌ها و میکروب‌ها در ایجاد بیماری‌ها نیست. اما همانطور که گفته شد سلامتی، مفهومی فراتر از بیمار نبودن و در بسیاری از فرهنگ‌ها و جوامع به معنای داشتن احساس خوب بودن در خود و از نظر دیگران است.

یکی دیگر از محدودیت‌های موجود در تعریف سلامت، کمبود ویژگی‌ها و شاخصه‌های قابل اندازه‌گیری در این مورد است. از سوی دیگر باید بپذیریم که نباید نقش عوامل متعدد اجتماعی و فرهنگی در بروز بیماری‌هایی مانند چاقی، دیابت و افسردگی را فراموش کنیم.

### تفاوت تعریف سلامت در فرهنگ‌های مختلف؛ یک تحلیل مقایسه‌ای خلاصه

تعریف سلامت، از فرهنگی به فرهنگ دیگر و از منطقه‌ای به منطقه دیگر متفاوت است. به عنوان نمونه در کشورهای که بسیاری از افراد دچار سوء تغذیه و فقر هستند، اندازه بزرگ بدن، نشانه‌ای از زندگی سالم است که همراه با ثروت و غذای کافی است. اما در کشورهای غربی، افزایش وزن نشانه‌ای از یک زندگی ناسالم، کمبود ورزش و عادات غذایی نامناسب است.

خصوصیات مذهبی و روحی افراد نیز در نگاه آن‌ها به سلامتی و توانایی آن‌ها برای مقابله با بیماری و وفادار ماندن به توصیه‌های درمانی، مؤثر است.

برای درک تأثیر مذهب و ویژگی‌های روحی افراد در تعاریف سلامتی و بیماری، باید میان دو مفهوم زیر تفاوت قایل شویم.

مفهوم اول، مذهب است. مذهب (برای مثال مسیحیان کاتولیک) معنای یک سری از هنجارها است که از یک ساختار سازماندهی شده دینی، منشأ می‌گیرد و البته گاهی اوقات این هنجارها بعضی از رفتارهای مرتبط با سلامت افراد را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مفهوم دوم، معنویت است. معنویت مفهومی وسیع‌تر است که شامل ارزش‌های درونی افراد و پاسخ‌های آن‌ها در مورد معنای زندگی است که البته گاهی اوقات، ویژگی‌های مذهبی آن را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در واقع، مذهب و معنویت شامل ارزش‌ها و سنت‌هایی است که درک مردم را از عوامل بیماری، قابلیت تطبیق‌پذیری آن‌ها با توصیه‌های پزشکی - درمانی و خوش بینی و یا بدبینی آن‌ها نسبت به نتایج بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد.



### تأثیر عوامل فرهنگی، جنسی، نژادی، مذهبی و جغرافیایی بر درک افراد از سلامتی و بیماری / ۷۳

طراحان برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت نیز باید توجه داشته باشند که در زمان تنظیم برنامه‌ها، خصوصیات مذهبی و معنوی افراد مخاطب، مورد احترام قرار بگیرند.

سن، عامل مؤثر دیگری در تعریف سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت است. برای مثال در کانادا، آگاهی مردم از عادات تغذیه‌ای مناسب با افزایش سن، ارتقا می‌یابد و افراد مسن تر در زمان انتخاب غذا، دقت بیشتری را نسبت به جوانان به خرج می‌دهند. به عنوان یک نمونه دیگر، فارغ از نوع نژاد و فرهنگ، افراد مسن تر در آمریکا نسبت به جوانان، بدبینی بیشتری در مورد بیماری داشته و بیماری را نتیجه طبیعی افزایش سن می‌دانند. به طور کلی، مفاهیم سلامت و بیماری در طول زندگی افراد تغییر کرده و با افزایش سن، پیچیده می‌شوند.

عامل مؤثر دیگر در نگاه افراد و طرز فکرشان نسبت به بیماری، میزان دسترسی آن‌ها به تکنولوژی‌های جدید مانند اینترنت است. اینترنت می‌تواند در تغییر نقطه نظرات فرهنگی افراد و در کشان نسبت به بیماری نقش داشته باشد. رادیو و تلویزیون هم می‌توانند نقش مشابهی را ایفا کنند و البته نباید فراموش کرد که خوش بینانه است اگر تصور کنیم زمینه‌های فرهنگی افراد، نقشی در میزان پذیرش آن‌ها نسبت به برنامه‌های جدید، ندارد.

در هر فرهنگی، نظرات جدید در مورد سلامت و بیماری، حاصلی از یک تعادل دقیق میان مفاهیم نو و ارزش‌ها و نظراتی است که از قبل در آن جامعه وجود داشته است. در واقع، در هنگام طراحی برنامه‌های مداخله‌ای، طراحان باید ارزش‌ها و اعتقادات جامعه هدف را مد نظر قرار داده و حتی در مراحل اجرا و ارزیابی هم، به این باورها توجه داشته باشند.

ارتباطات بین فرهنگی نیز باید تلاش کنند تا تفاهم جدیدی میان باورها در فرهنگ‌های مختلف ایجاد کنند و نباید به سمتی حرکت کنند که نشان دهند یک فرهنگ، درست و فرهنگ دیگر اشتباه است. در ادامه مثالی را مطرح می‌کنیم که در اثر یک ارتباط نامناسب بین فرهنگی، نتایج وحشتناکی به وجود آمده است.

«لیالی» یک کودک ۳ ماهه از نژاد هنگ کنگی بود که از ابتدای تولد دچار تشنج شده بود. پزشک آن‌ها یک رژیم دارویی پیچیده چند دارویی را برای کنترل تشنج بچه به پدر و مادر «لیا» تجویز کرده بود. از سوی دیگر پدر و مادر «لیا» فکر می‌کردند که تشنج‌های «لیا» به این دلیل است که او روح خودش را از دست داده است و حاضر نبودند داروها را به «لیا» بدهند و تلاش کردند تا با استفاده از اعتقادات خودشان او را درمان کنند. آن‌ها فرزندشان را پیش جادوگر بردند. برای او حیوانات مختلفی را قربانی

کردند و گران‌ترین طلسم‌ها را خریدند تا روح او به بدنش باز گردد. پزشک «لیا» فکر می‌کرد که پدر و مادر او با ندادن داروهایش، جان لیا را به خطر می‌اندازند، بنابراین با سرویس حمایت از کودکان تماس گرفت تا او را به یک مرکز پرورشگاهی ببرند.

«لیا» قربانی عدم تفاهم میان دو فرهنگ متفاوت شده است که هر دو می‌خواستند او را از خطر نجات دهند. نتیجه این عدم تفاهم بسیار ناخوشایند بود. خانواده لی از یکدیگر جدا شده بودند و اعتماد جامعه هنگ کنگی‌ها به پزشکان غربی خدشه دار شده بود.

مقایسه کلی درباره مفهوم سلامت و بیماری در فرهنگ‌های مختلف

تعریف بیماری	تعریف سلامت	گروه‌ها
بیماری نتیجه یک سری عوامل مانند تغذیه نامناسب، سرمای زیاد و نظایر آن است.	سلامت نتیجه ایجاد یک تعادل معنوی میان ذهن، جسم و روح افراد است.	آفریقایی-آمریکایی
موقعیتی است که در آن جسم از تعادل خارج می‌شود.	سلامت نتیجه ایجاد تعادل میان دو نیروی متضاد «آم» و «دونگ» است که این دو معادل «بین» و «یانگ» در فرهنگ چینی‌ها است.	ویتنامی‌ها
عدم تعادل میان خصوصیات مختلفی که در یک فرد وجود دارد.	سلامتی نتیجه تعادل میان خصوصیات آلی و معدنی است و به معنی هماهنگی میان ذهن و جسم فرد است.	کره‌ای‌ها
بیماری، بازتابی از افت گوهر انسانی بوده و مفهومی شیطانی است.		گروه‌های مذهبی کاتولیک‌ها
بیماری اتفاقی است که باعث بخشش گناهان می‌شود.	سلامتی به معنی وجود تعادل و آرامش است.	مسلمانان
تنبیهی است که انسان، به دلیل اشتباهات در زندگی فعلی و یا زندگی‌های قبلی اش، به آن دچار می‌شود.	سلامتی نتیجه داشتن یک «کارما»ی خوب است که این کارما خود نتیجه اعمال یک فرد بوده و سرنوشت او را مشخص می‌کند.	هندوها و سیک‌ها

### تأثیر جنسیت بر رفتارهای مبتنی بر سلامت و درک افراد از سلامت و بیماری

در این بخش منظور از جنسیت، نقش و مسئولیتی است که مردها و زنها در یک جامعه و در خانواده شان بر عهده دارند. در بسیاری از جوامع، نقش زن و مرد با یکدیگر متفاوت بوده و این تفاوت مسئولیت‌ها، دیدگاه و درک آنها را از مفهوم سلامت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در بسیاری از جوامع، درک زنان از سلامت و بیماری، تحت تأثیر نقش آنان به عنوان همسر و مادر خانواده و مسئولیت آنها در ارائه خدمات سلامتی به سایر اعضای خانواده، قرار می‌گیرد. از سوی دیگر این نقش در اپیدمیولوژی و کنترل بسیاری از بیماری‌ها نیز تأثیر گذار است.

برای مثال، در اکوادور زنان مایل نیستند که برای درمان بیماری‌های خود و اعضای خانواده شان به پزشک مراجعه کنند. آنها دوست دارند که نقش خود را به عنوان فردی که از سلامتی اعضای خانواده حمایت می‌کند، حفظ کنند و این نقش ممکن است در اثر یک دخالت خارجی کم رنگ شود.

علاوه بر این، جنسیت زنان میزان دسترسی آنان به اطلاعات مرتبط با سلامت، تأمین منابع مالی جهت دریافت درمان مناسب و راه‌های مواجهه آنان با بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به خصوص در زمان ابتلا به بیماری‌ها مانند ایدز و سل که با انگ اجتماعی همراه هستند، زنان بیشتر به حاشیه رانده شده و منزوی می‌شوند.

بنابراین در هنگام طراحی هر برنامه ارتباطی در حوزه سلامت، تأثیر جنسیت بر درک افراد از مفهوم سلامت و بیماری باید در نظر گرفته شده و در طول اجرای برنامه نیز به طور مداوم مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرد، زیرا که یک برنامه ارتباطی مناسب در همان زمان اجرا، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر درک افراد از مفهوم بیماری و سلامت داشته باشد.

### رفتارهای سلامت محور و آرزوها و امیدها

برگزاری جلسات و بررسی و تنظیم کردن توقعات، یک موضوع مهم در جوامع نتیجه گرا، مانند جوامع غربی است. اگرچه دست یابی به اهداف از پیش تعیین شده در تمام فرهنگ‌ها دارای اهمیت است.

در زمینه بهداشت و درمان، وقتی از فردی می‌خواهیم تا رفتارش را تغییر دهد، معمولاً هدف نهایی ما افزایش سطح سلامت آن فرد است. اما مفهوم سلامت و بیماری در میان گروه‌ها و افراد مختلف، متفاوت است. طرز فکر هر فرد، بر تصور او نسبت به نتایجی که از یک تغییر رفتاری ممکن است به وجود بیاید، تأثیر می‌گذارد.

اگر آن‌ها نسبت به تغییر رفتار توصیه شده احساس خوبی داشته باشند، در آن صورت است که احتمال تغییر رفتارهای اشتباه قبلی و جایگزین کردن آن با رفتارهای درست و مبتنی بر سلامت فرد، افزایش می‌یابد. اگر فردی احساس کند که بیماری، تنبهی از جانب خداوند است و یا این که قسمتی از سرنوشت اوست، آن وقت است که نسبت به هرگونه تلاش برای نجات و درمان خود بدبین می‌شود، در حالیکه اگر بیماری را یک موقعیت طبیعی و قابل تغییر بدانند، راحت‌تر به رعایت توصیه‌های درمانی تن می‌دهد.

اعتقادات هر فرد، میزان اشتیاق او برای رسیدن به یک نتیجه ویژه درمانی را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای تحلیل نتایجی که ممکن است در اثر یک تغییر رفتاری ایجاد شود، مردم از دو نوع استدلال استفاده می‌کنند؛ استدلال‌های منطقی و استدلال‌های احساسی و برای هر طراحی مهم است که میزان اولویت و اشتیاق مخاطبانش را نسبت به رفتار مورد نظر و نتایجش، در زمان تنظیم یک برنامه ارتباطی بسنجد.

بگذارید به سراغ یک مثال دیگر برویم. جولی یک زن پنجاه و دو ساله است که از اضافه وزن شدید رنج می‌برد. در چکاپ‌های روتینی که او انجام می‌داد، پزشکش پی برد که جولی به دیابت نوع دوم مبتلا است که همراه با چاقی و افزایش میزان قند خون بود.

از سوی دیگر جولی هیچ علامت خاصی از بیماری دیابت را نداشت. فقط گاهی اوقات احساس خستگی شدید کرده و دچار تاری دید می‌شد که آن را هم به ساعت زیاد کاری اش در طول روز نسبت می‌داد.

بنابراین وقتی پزشک جولی از او خواست که وزنش را به منظور جلوگیری از عوارضی مانند مشکلات بینایی، بیماری کلیه و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در آینده، پایین بیاورد او نیازی برای دنبال کردن توصیه‌های پزشک نمی‌دید. او علاقه‌ای به کنترل و پایین آوردن وزنش نداشت زیرا که در حال حاضر هیچ علامتی از بیماری در خود مشاهده نمی‌کرد.

تأثیر عوامل فرهنگی، جنسی، نژادی، مذهبی و جغرافیایی بر درک افراد از سلامتی و بیماری / ۷۷

جلوگیری از دیابت و کنترل آن، از فواید کنترل وزن در افراد چاق و یا با اضافه وزن شدید است. چاقی عوارض متعدد دیگری مانند، به انزوا کشیده شدن فرد، از دست دادن موقعیت‌های تحصیلی و شغلی و کاهش روابط اجتماعی، نیز دارد. البته در کنار این‌ها باید به افزایش خطر ابتلا به سرطان، عفونت‌های ریوی، افزایش فشار خون و بیماری‌های قلبی-عروقی هم اشاره کنیم.

یک برنامه ارتباطی مناسب، باید تمام پیامدهای یک رفتار غلط را بسنجد و تحلیل کند که کدام یک از این نتایج منفی، برای مخاطب مورد نظر، از اهمیت بیشتری برخوردار است.

صرف نظر از زمان و مکانی که یک برنامه ارتباطی در حوزه سلامت در آن اجرا می‌شود، هر برنامه‌ای باید کارآمد و مؤثر باشد.

**کارآمدی** به معنای توانایی یک برنامه در رسیدن به اهداف مورد نظرش می‌باشد. به عنوان نمونه در این مثال، دیابت جولی باید کنترل شده و از عوارض روانی محتمل کاسته شود.

**مؤثر بودن** به معنای توانایی یک برنامه در رسیدن به اهداف مورد نظرش در کوتاه‌ترین زمان و با کم‌ترین هزینه ممکن (هزینه‌های مالی و احساسی) می‌باشد.

از سوی دیگر باید در نظر داشته باشیم که هر مداخله‌ای ممکن است باعث ایجاد محدودیت‌هایی برای افراد شود. برای نمونه جولی باید کم‌تر به سراغ خوردن چیزهای شیرین برود. از سوی دیگر کاهش وزن ممکن است باعث بروز برخی پیامدهای منفی نیز شود که توجه به این پیامدها در هنگام طراحی یک برنامه ارتباطی مناسب، ضروری است.

### پذیرش فرهنگی

یک برنامه بهداشتی \_ درمانی مناسب از لحاظ فرهنگی برنامه‌ای است که بتواند اهداف مورد نظرش را در غالب ساختارهای قابل قبول فرهنگی مخاطبانش، به آن‌ها ارایه نماید که این خود منجر به افزایش احتمال رسیدن به نتایج مورد نظر می‌شود. در زمینه ارتباط در حوزه سلامت و به طور کلی سلامت عمومی جامعه، توجه به پذیرش فرهنگی، روز به روز بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. امروزه تمام سازمان‌ها و افراد درگیر در این

حوزه، بر اهمیت نقش فرهنگ در افزایش میزان مؤثر بودن و کارآیی مداخلات تأکید دارند.

تنها زمانی یک برنامه می‌تواند موفق باشد که پیش از طراحی، به درک عمیقی از مخاطبانش رسیده باشد و زیرگروه‌های فرهنگی را که ممکن است در دل جامعه هدف وجود داشته باشند، شناسایی کرده باشد.

به عنوان نمونه علاوه بر تفاوت ارزش‌ها در گروه‌هایی با سن، جنسیت، نژاد و شرایط جغرافیایی متفاوت، ممکن است در یک گروه با شرایط جنسی و یا سنی مشابه، تفاوت‌هایی از نظر باورها و ارزشها در میان افراد وجود داشته باشد.

فرض کنید شما می‌خواهید برنامه‌ای را برای ترغیب نوجوانان به ترک سیگار طراحی کنید. در این برنامه باید بین نوجوانی که در شهر و در میان خانواده‌ای زندگی می‌کند که هیچ کدام سیگار نمی‌کشند، نسبت به نوجوانی که در حاشیه شهر زندگی کرده و تمام دوستانش اهل سیگار هستند، فرق گذاشته شود.

گرچه در هر دو برنامه باید خصوصیات مشابهی وجود داشته باشد اما در جزئیات و شکل برخورد با افراد، حتماً باید تفاوت‌هایی لحاظ شوند.

**تقسیم مخاطبان**، یعنی فرایندی که در طول آن مخاطبان از گروه‌های بزرگ تر به گروه‌های کوچک تر که خصوصیات مشابهی دارند، تقسیم می‌شوند، یکی از مهم ترین اصول برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت است. هر کدام از این گروه‌های کوچک تر دارای خصوصیات ویژه فرهنگی، رفتاری، روان شناختی و اقتصادی-اجتماعی هستند. همانطور که اشاره شد خصوصیات فرهنگی و یا به اصطلاح پذیرش فرهنگی یکی از ویژگی‌ها است. در حقیقت پذیرش فرهنگی یکی از ویژگی‌های کلیدی یک برنامه موفق است و به طور مستقیم با این نکته در ارتباط است که یک پیام، چگونه توسط مخاطبان دریافت و تحلیل شده و مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

### مفاهیم کلیدی

□ درک افراد از سلامت و بیماری تحت تأثیر اعتقادات فرهنگی، نژاد، جنس، سن و موقعیت جغرافیایی افراد قرار دارد.

تأثیر عوامل فرهنگی، جنسی، نژادی، مذهبی و جغرافیایی بر درک افراد از سلامتی و بیماری / ۷۹

- جنسیت نه تنها درک افراد از سلامت و بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه در دسترسی افراد به اطلاعات مربوط به سلامت، تأمین منابع مالی برای دریافت خدمات مرتبط با سلامت و طرز مواجهه آنها با بیماری نیز تأثیر می‌گذارد.
- مداخلات ارتباطی در حوزه سلامت باید به دقت، نظر مخاطبان را در مورد مفهوم بیمار بودن و سلامت مورد تحلیل و بررسی قرار دهند تا بتوانند برنامه‌ی مؤثر و کارآمدی را طراحی کنند.
- پذیرش فرهنگی نکته‌ای حیاتی در مقوله ارتباط در حوزه سلامت است.





---

بخش دوم

رویکردهای ارتباطی در حوزه سلامت

و سطوح اجرا

---



---

## فصل چهارم

### روابط بین فردی

---

در این فصل می‌خوانید:

- پویایی رفتارهای افراد در مقابل یکدیگر
- فرآیند اجتماعی-شناختی روابط بین فردی
- قدرت مشاوره‌ها و ملاقات‌های شخصی
- ارتباط به عنوان مبنای پذیرش بالینی
- روابط مبتنی بر تکنولوژی
- مفاهیم کلیدی

روابط بین فردی یکی از سطوح مهم اجرای برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت برای رسیدن به هدف ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی است. روابط بین فردی شامل مشاوره‌های دو نفره و ارائه خدمات سلامت در محل کار، زندگی و یا هر جایی که فرد مخاطب در آن راحت است نیز می‌شود.

این دو شکل از رابطه بین فردی در قسمت‌ها و جنبه‌های مختلف برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت قابلیت اجرا دارد.

### پویایی رفتارهای بین فردی

نوع رفتار افراد با یکدیگر تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد. اگرچه هر فرد روش خاص خود را برای ارتباط با دیگران دارد، هنجارهای اجتماعی و آداب و سنت‌های هر جامعه، نقش مهمی را در شکل روابط بین فردی در جامعه هدف، بازی می‌کند. در تحلیل و شناخت روابط بین افراد و رفتارهای آن‌ها در مواجهه با یکدیگر نشانه‌ها، رفتارهای ناخودآگاه افراد هستند. به عنوان نمونه سرخ شدن افراد نشانه‌ای از شرمسار بودن و خجالت کشیدن آن‌ها است. نمادها اما رفتارهای آگاهانه‌ای هستند. مثلاً اگر فردی بگوید: «من خجالت زده هستم» این جمله نمادی از احساسات اوست. نمادها نتیجه‌ای از هنجارها و توافقات اجتماعی هستند. برای نمونه واژه «خجالت زده» یک کلمه فارسی است که تمام ایرانیان مفهوم آن را می‌دانند بنابراین می‌تواند به عنوان یک نماد برای بیان احساسات استفاده شود.

از سوی دیگر بعضی از نشانه‌ها اگر توسط افراد کنترل شوند، قابلیت استفاده به عنوان نماد را دارند. برای نمونه، تظاهرات صورت افراد اگر به وسیله آن‌ها کنترل و اصلاح شود می‌تواند به جای نشان دادن واقعیت احساس آن‌ها، چیزی را نشان دهد که آن‌ها می‌خواهند شما ببینید. ممکن است کسی عصبانی باشد اما به شکلی لبخند بزند که شما فکر کنید او خوشحال است. اهمیت این مطالب در آن جاست که درک این تفاوت‌ها و توانایی تحلیل نشانه‌ها و نمادها، یکی از اجزای مهم در ارتباطات بین فردی است.

نکته حیاتی دیگر تأثیر عوامل فرهنگی در شکل‌گیری ارتباط بین افراد است. تأثیر هنجارهای فرهنگی اجتماعی بر افراد از زمان کودکی، همان زمانی که والدین تلاش می‌کنند تا کودکشان را برای ورود به اجتماع و پذیرش مسئولیت‌هایش در بزرگسالی آماده کنند، آغاز می‌شود. در کنار این در بعضی از فرهنگ‌ها، افراد بر اساس سن، میزان ثروت و قدرتشان و یا شرایط تحصیلیشان، از میزان بالاتری از احترام اجتماعی برخوردارند. برای نمونه در فرهنگ چین، از بزرگ‌ترین خواهر همیشه با ادبیات ویژه‌ای که بیان‌گر احترام و ارادت است، یاد می‌شود.

نمادها و نشانه‌ها در جوامع مختلف معانی متفاوتی دارند. برای مثال یک حرکت مشابه در یک جامعه معنای مثبت و در جامعه‌ای دیگر همراه با بار معنایی منفی است. آگاهی از این تفاوت در هنگام طراحی ارتباطات بین فردی در حوزه سلامت، بسیار مهم

بوده و عدم توجه به آن باعث شکست برنامه‌ای می‌شود که از جهات دیگر به درستی طراحی و اجرا شده است.

### فرآیند اجتماعی و شناختی در ارتباطات بین فردی

رفتارهایی که میان افراد شکل می‌گیرد، معمولاً از نیازها و عوامل اجتماعی فرآیند شناختی که از فردی به فرد دیگر متفاوت است، تأثیر می‌پذیرد.

#### □ نیازها و عوامل اجتماعی

تغییر در هنگامی رخ می‌دهد که مردم بتوانند مفاهیم متعارف را با یکدیگر به اشتراک گذاشته و یکدیگر را درک کنند. در ارتباط در حوزه سلامت، پیام تنها زمانی مخاطبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که به وسیله آن‌ها درک و تحلیل شده و مخاطبان علاوه بر یادآوری پیام‌ها، به طور روزانه آن‌ها را در زندگی شان به اجرا بگذارند.

برای آن که یک برنامه ارتباطی کارآمد باشد، باید به یک نیاز ویژه مخاطب پاسخ دهد. این اصل عمومی در روابط بین فردی هم صدق می‌کند. بر همین اساس نظریه میزان انگیزه در ارتباطات بین فردی شکل گرفته است. بر اساس این مدل، مردم به منظور برآورده کردن یک نیاز ویژه، با یکدیگر وارد گفتگو و معاشرت می‌شوند. این انگیزه‌ها می‌تواند شامل علل متعدد و متفاوتی باشد؛

□ عضو یک گروه اجتماعی بودن

□ تشویق دیگران

□ کنترل رفتار دیگران و افزایش پذیرش رفتاری آنان

□ سرگرم بودن و تفریح کردن

□ جدایی و فاصله گرفتن از اقدامات روزمره

□ تمدد اعصاب و رها شدن از استرس‌ها

داشتن یک زندگی مناسب، برآورده کردن نیازهای اصلی، داشتن سلامت، امنیت اقتصادی و پذیرفته شدن توسط جامعه، همه و همه از دلایلی هستند که مردم با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند.

جنسیت و سن افراد در انگیزه‌های آنان برای برقراری ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارد. برای نمونه افراد جوان ۱۸ تا ۲۵ ساله برقراری ارتباط را وسیله‌ای برای تفریح، تمدد اعصاب و احساس تعلق به یک گروه اجتماعی می‌دانند.

از سوی دیگر میانسالان ارتباط را وسیله‌ای برای بروز احساسات و برآورده شدن نیازشان به ستایش و تشویق شدن می‌دانند.

زنان معمولاً برای بیان احساسات خودشان ارتباط برقرار می‌کنند و مردان برای کنترل احساساتشان.

عوامل متعددی در کیفیت یک ارتباط بین فردی مؤثر هستند. بعضی از مهم‌ترین این عوامل، میزان صمیمیت و اعتماد بین افراد و میزان پذیرش آن‌ها نسبت به موضوع مورد بحث است.

#### □ فرآیند شناختی

فرآیند کسب اطلاعات و دانش به وسیله استدلال، درک و دریافت، کاملاً به نوع ارتباط برقرار شده و شرایط آن بستگی دارد. در هر زمانی که مردم با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، اطلاعاتی را به اشتراک می‌گذارند. شکل و میزان انتقال اطلاعات، بستگی به نگاه طرفین به برقراری ارتباط دارد.

برای مثال، روانشناسان معتقدند میزان علاقه و تمایل یک فرد برای حل یک مشکل، کاملاً به این نکته بستگی دارد که موضوع مورد نظر چگونه به آن فرد ارایه شود.

در ایالات متحده گرایش‌های در بین بعضی از صاحبان مشاغل گوناگون وجود دارد که به اصطلاح «من می‌توانم» نام گرفته است. افرادی که این گرایش را دارند، احساس می‌کنند که هر کاری را می‌توانند انجام دهند و هیچ مشکل غیر قابل حلی وجود ندارد.

آن‌ها هم‌چنین، این خوش بینی و اعتماد به نفس را به افراد زیر مجموعه خود و سایر همکارانشان منتقل می‌کنند. آن‌ها به مشکلات و موقعیت‌های گوناگون با یک دید مثبت نگاه می‌کنند. حال به عکس این حالت توجه کنید.

اگر در هنگام توضیح مشکلی به یک فرد، تمام سناریوهای منفی را برای او شرح دهید، آن وقت است که شانس موفقیت آن فرد در عبور از مشکل مورد نظر، به شدت کاهش می‌یابد.

نکته مهم دیگر، فضایی است که برای انتقال اطلاعات استفاده می‌شود. اولین قدم در خلق فضایی مناسب که در آن اطلاعات به شکل قابل اعتمادی انتقال پیدا می‌کنند، بنیان نهادن یک ارتباط باز و قابل اطمینان است. همه ارتباطات موفق معمولاً پیش از هر چیز نیاز دارند تا به شکل کامل و منطقی، درک درستی از نقطه نظرات طرفین داشته باشند.

نکته جالب دیگر آن است که اطمینان معمولاً واگیردار است. وقتی که یک فرد اطمینانش را به یک ارتباط ابراز کند، دیگران نیز با سرعت به آن ارتباط اطمینان پیدا می‌کنند.

در ادامه دو سناریوی متفاوت را در ارتباط مادر یک نوزاد دختر، با یک متخصص اطفال مورد بررسی قرار می‌دهیم.



در ارتباط در حوزه سلامت، این که یک رفتار را به عنوان یک رفتار سالم و یا رفتاری که باعث نجات زندگی فرد می‌شود معرفی کنیم، به تنهایی کافی نیست. برای

تأثیرگذاری بیشتر ما باید برای حرف‌هایمان شاهد بیاوریم و امکان استفاده از ابزارهای گوناگون را برای گروه هدف فراهم کنیم. بیان نمونه‌ها و معرفی ابزارها، دو اقدام حیاتی برای اعتبار بخشیدن به پیام‌های شفاهی و دادن انگیزه به مردم برای تغییر است.

### قدرت ارایه خدمت به طور چهره به چهره و مشاوره

ارایه خدمت به صورت چهره به چهره، راهکاری مهم در بخش خصوصی، سلامت عمومی و البته «ارتباط در حوزه سلامت» است. ارایه خدمت چهره به چهره، به صورت درب به درب و در محل کار، منزل و یا هر جایی دیگری که دریافت کننده خدمات در آن احساس راحتی می‌کند، انجام می‌شود. در صنعت سلامت، اولین نمونه‌ای که از این روش به ذهنمان می‌رسد، بازاریاب‌های شرکت‌های داروسازی هستند که برای معرفی داروهای خود به مطب پزشکان مراجعه کنند.

ارایه چهره به چهره خدمات، به طور گسترده در بخش دولتی و برای تبلیغ رفتارهای سالم و نظرات جدید در حوزه سلامت استفاده می‌شود.

در زمینه ارتباط در حوزه سلامت، ارایه دهندگان خدمت معمولاً داوطلبان، فعالان اجتماعی، کارآموزان، متخصصان حوزه سلامت و یا کارمندان سازمان‌های مرتبط با سلامت هستند. وظیفه این افراد این است که با برقراری یک ارتباط بین فردی مناسب، در مورد نتایج مثبتی که از تغییر یک رفتار و یا انجام یک رفتار مناسب برای مخاطبان حاصل می‌شود، به آن‌ها اطلاعات دهند. گاهی اوقات این ارایه اطلاعات در کنار انجام یک خدمت دیگر اتفاق می‌افتد.

واکسیناسیون منزل به منزل، هسته اصلی برنامه جهانی ریشه کنی فلج اطفال بود. WHO و یونیسف و سایر سازمان‌های مرتبط با آن‌ها، روزانه هزاران داوطلب را به دورترین مناطق شهری و روستایی در کشورهای در حال توسعه می‌فرستادند تا به کودکان واکسن بدهند. این یک نمونه از ارایه موفق خدمات به صورت چهره به چهره در تاریخ سلامت بود.

البته باید به این نکته توجه کنیم که این نوع از ارایه خدمت، تنها در صورتی می‌تواند مؤثر باشد که توسط سایر برنامه‌های ارتباطی به خصوص از طریق وسایل ارتباط جمعی حمایت شود.



توانایی ارایه خدمت به صورت چهره به چهره، یکی از مهم ترین مهارت‌هایی است که تمام مجریان برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت باید از آن آگاه باشند. برای کسب این مهارت، فرد باید کارآموز بوده و از نیازهای مخاطب آگاهی داشته باشد. از سوی دیگر او باید بتواند، شنونده فعال و خوبی باشد و توانایی تشویق و تحریک دیگران را داشته باشد البته در مورد موضوعات ویژه، مجریان برنامه باید نسبت به آن موضوع اطلاعات کافی داشته و بتوانند اعتماد مخاطب را نسبت به خود جلب کنند.

علاوه بر این، ارایه چهره به چهره خدمت می‌تواند در مواردی که یک شخص، یک تصور و یا تخصص را به فرد دیگری ارایه می‌دهد نیز به کار رود. کاری که هر روز در مشاوره‌ها اتفاق می‌افتد.

ارایه چهره به چهره یک تصور یا تخصص، وابسته به تعداد زیادی از اشاره‌های کلامی و غیر کلامی است که باید توسط مخاطب قابل فهم و شناخت باشند. این اشاره‌ها شامل حالت فرد، نوع کلام و بیانش و نوع لباس پوشیدن او هم می‌شود. گرچه، نشانه‌ها و نمادهای مشابه در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف معانی متفاوتی دارند.

در مشاوره، که به معنای دریافت کمک از یک متخصص در زمینه موضوعات شخصی، روانی و یا موضوعات مربوط به سلامت است، توانایی ارایه مشاوره، نقش مهمی در میزان تأثیر بر رفتار، روش و اعتقادات شخص درخواست کننده مشاوره دارد.

به علت نقش ویژه‌ای که مشاوره دهندگان در تغییر و شکل دهی زندگی شخصی و حرفه‌ای افراد دارند، مشاوره دهندگان که می‌توانند پزشکان، پرستاران، روان‌شناسان، حقوق دانان و یا مجریان برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت باشند، باید از سوی مخاطبان مورد احترام و اعتماد قرار بگیرند. مخاطبان باید به تخصص و مشاوره آن‌ها ایمان داشته باشند تا از توصیه‌های آن‌ها پیروی کنند.

به علاوه، مخاطبان باید این احساس را داشته باشند که آن‌ها مهم ترین قسمت این رابطه هستند. اگرچه ارایه دهندگان مشاوره در مورد موضوع مورد بحث، مثلاً یک بیماری، دارای دانش و اطلاعات هستند اما در واقع این مخاطبانند که به طور مستقیم با آن موضوع و عوارض احتمالی اش درگیر هستند. آن‌ها باید بدانند که اولویت اول رابطه ایجاد شده هستند تا در حل مشکل، به طور فعال نقش داشته باشند. در کنار این باید توجه داشته باشیم که در هر فرهنگی نکات ظریفی وجود دارد که ممکن است میزان

مشارکت مخاطب را تحت تأثیر قرار دهد و هنر مشاور آن است که با شناخت درست این نکات از موانع فرهنگی احتمالی عبور کند.

### ارتباط به عنوان مرکز ظرفیت بالینی

مریض بودن، زمانی است که یک فرد بیشترین احساس آسیب پذیر بودن را دارد، به خصوص در مواقعی که بیماری شدید، مزمن و یا تهدید کننده حیات فرد باشد. علاوه بر این، بیمار بودن درست همان زمانی است که فرد نیاز دارد تا توسط پزشک درک شده و اطلاعات مناسبی در اختیار او قرار بگیرد. از نقطه نظر بیمار، پزشک باید او را در میان همه بیمارانش در اولویت قرار دهد. از نقطه نظر پزشک، الزامات خدمات کنترل شده سلامت و به عنوان نمونه محدودیت آزمایش در سطح اول برخورد با بیماری، مشکلات زمانی و عدم مهارت کافی از موانعی هستند که توانایی او را برای ایجاد یک محیط قابل اطمینان که مورد پذیرش بیمار باشد، محدود می کند.

ارتباط مؤثر در این سطح، ارتباطی است که علاوه بر، بر آورده کردن نیازهای بیمار، او را به انجام توصیه های درمانی متقاعد کرده و نتایج کلی بهتری را به همراه داشته باشد. از دید صاحب نظران این حوزه، ارتباط پزشک و بیمار از مهم ترین سطوحی است که در آن می توان از میزان ناتوانی و مرگ و میر ناشی از بیماری های مزمن، با کمک انتقال مناسب و مؤثر اطلاعات، کاست.

در تمام سطوح بیماری، برقراری ارتباط مؤثر، بخشی از فرآیند درمان است. یکی از مهم ترین مراحل، شناخت این نکته است که ارتباط، مرکز فرآیند درمان بیمار است که به پزشک کمک می کند تا با استفاده بهینه از زمان، بیمار را به بهترین شکل ممکن با درمان های توصیه شده تطبیق داده و بهترین نتایج درمانی را حاصل کند.

مانند بقیه انواع روابط بین فردی، در رابطه پزشک و بیمار هم باید ارزش های فرهنگی، لهجه و زبان، روش زندگی و اصطلاح های ویژه کلامی و نشانه های غیر کلامی بیمار، به خوبی درک شده و در طول فرآیند درمان به آن ها توجه شود.

شروع همه این مهارت ها، با تمرین کردن است. تحقیقات متعددی نشان داده اند که میزان دریافت و درک بیمار از اطلاعاتی که به او داده می شود، با میزان اهمیتی که پزشک برای ایجاد رابطه با بیمار و انتقال اطلاعات به او قایل است، نسبت مستقیم دارد. و

البته نوع نگرش پزشک به این موضوع تحت تأثیر تجارب و شکل آموزش او به وجود آمده است.

بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند که دستیاران تخصص داخلی، بعد از گذراندن دوره ۳ ساله آموزش خود تمایل بسیاری دارند که فرآیند تصمیم‌گیری در مورد درمان بیماران را به طور شورایی و با کمک سایر همکارانشان و با رعایت تمام اصول علمی، طی کنند اما دستیاران رشته جراحی، بعد از همین مدت آموزش بسیار علاقه مندند تا تصمیمات درمانی را به تنهایی و با اتکا به دانش خود بگیرند.

در هر صورت نگاه پزشک به شکل ارتباط با بیمار و مشکل او، در نتایج درمانی حاصله نقش بسیار مهمی دارد. بگذارید برای نمونه یک داستان واقعی را با هم مرور کنیم. لازم به یادآوری است که برای حفظ اسرار بیمار و پزشک، نام بیمار در این داستان تغییر کرده است.

کارمن، یک زن اسپانیایی بود که برای دیدن یکی از خویشاوندانش به آمریکا آمده بود. از زمانی که او در اسپانیا بود از یک درد شدید رنج می‌برد که پزشکان اسپانیایی نتوانسته بودند تشخیص درستی را برای بیماری او مطرح کنند.

در مدت زمان اقامت او در آمریکا، درد او شدت پیدا کرد و ناچار شد تا در بیمارستانی آمریکایی، بستری شود. در اقدامات تشخیصی، معلوم شد که دو تا از مهره‌های کمر او دچار عفونت شده‌اند و این عفونت، باعث اختلال در راه رفتن او شده بود.

کارمن ناچار بود که تحت عمل جراحی قرار بگیرد و البته مجبور بود که مدتی را در این بیمارستان خارجی بستری باشد. کارمن اصلاً نمی‌توانست انگلیسی صحبت کند.

خویشاوند او هم گرچه گاهی اوقات به او سر می‌زد اما نمی‌توانست کار و زندگی خود را رها کند. بنابراین یک مترجم استخدام کرد تا هر روز، چند ساعت در بیمارستان باشد تا کارمن بتواند با کارمندان و پرستاران بیمارستان ارتباط قرار کرده و شاید کمتر احساس تنهایی کند.

تقریباً پس از پانزده روز از انجام عمل جراحی، یکی از پزشکان کارمن به او توصیه کرد که باید تلاش کند تا بلند شود و بر روی صندلی چرخدار بنشیند. وقتی که او به ملاقات کارمن رفت، سعی نکرد تا به کمک مترجم با خود کارمن صحبت کند و تنها

از پرستاران خواست تا به او کمک کنند، بدون این که هیچ هم دردی با کارمن نسبت به دردی که می کشید، نشان دهد.

کارمن تلاش کرد تا از تخت پایین بیاید اما واقعاً دردش او را آزار می داد. بعد از اولین تلاش، از مترجمش خواست تا به پزشک بگوید که او خسته شده است، نیاز دارد استراحت کند و شاید بعداً دوباره برای خارج شدن از تخت تلاش کند.

بعد از چند ساعت، متخصص داخلی کارمن را ویزیت کرد. او از اتفاقات چند ساعت قبل مطلع شده بود و از خویشاوند کارمن دعوت کرده بود تا برای گفتگو پیرامون این موضوع به بیمارستان بیاید. پزشک داخلی به گرمی با کارمن احوالپرسی کرد و به کمک مترجم با او گفتگو کرد. کارمن با او در باره تلاش چند ساعت قبلیش گفتگو کرد و به او گفت که هنوز هم خیلی درد دارد. با وجود آنکه خویشاوندش با او به صورت تلفنی حرف زده بود، هنوز هم کارمن مطمئن نبود که بخواهد دوباره تلاش کند. به طور کلی، در بیشتر کشورها، بیمارانی که تحت این نوع عمل جراحی و یا حتی جراحی هایی که کمتر تهاجمی هستند قرار می گیرند، علاقه دارند که بیشتر استراحت کنند.

متخصص داخلی برای کارمن توضیح داد که حرکت زودتر به او کمک می کند تا سریع تر بهبود پیدا کرده و از عوارض عمل جراحی کاسته شود. از سوی دیگر به کارمن قول داد تا با یک متخصص درد صحبت کند تا به او برای کاهش دردش کمک کند. همین هم دردی و توضیحات کافی، باعث شد تا کارمن با وجود دردی که داشت دوباره تلاش کند تا از روی تخت بلند شده و روی صندلی چرخدار بنشیند.

در مدت کمتر از یک ماه بعد از جراحی، کارمن می توانست با کمک عصا راه برود. حال می توانید تصور کنید که اگر تنها پزشک اول به سراغ کارمن رفته بود، مدت زمان بهبودی او تا چه میزان طولانی تر می شد.

در پایان این قسمت لازم است یاد آور شویم که بیشتر افرادی که در زمینه سلامت مردم فعالیت می کنند، مراقب شکل رابطه شان با بیماران هستند.

برای بیشتر پزشکان، پرستاران و سایر صاحبان مشاغل سلامت، اولویت اول کمک به دیگران است و بسیاری از آن ها به همین دلیل چنین شغلی را انتخاب کرده اند. اگرچه کمبود مهارت های ارتباطی ممکن است باعث بروز مشکلاتی در روابط بین آن ها و بیماران شود.

□ موانع موجود در روابط مؤثر بین پزشک و بیمار

با وجود آن که بسیاری از آرایه کنندگان خدمات سلامت، به اهمیت روابط مؤثر با بیمار اعتقاد و باور دارند، آمار نشان می‌دهد که این روابط هم چنان نیاز به پیشرفت دارند. برای نمونه در ایالات متحده، تحقیقات نشان می‌دهد که صحبت‌های بیمار، بعد از حدود ۱۸ تا ۲۵ ثانیه به وسیله پزشک قطع می‌شود.

مطالعات بیشتر نشان دادند که اگر به بیماران اجازه داده شود با آزادی صحبت کنند و صحبت آنان قطع نشود، بیماران کمتر از ۲ دقیقه در مورد بیماریشان صحبت می‌کنند. نکته مهم تر آن که بیمار در همین زمان کوتاه قادر خواهد بود، تا بیشتر در مورد مشکلات و علایمش صحبت کند. این بدان معنی است که نیاز پزشک به ویزیت‌های پیگیری کمتر شده و آن‌ها می‌توانند در زمان کوتاه تر و به طور مؤثری به نتایج درمانی قطعی برسند.

زمان، تنها عنصر مؤثر در بهبود روابط بین پزشک و بیمار نیست. برای نمونه، تحقیقات نشان می‌دهند که سطح سواد و موانع زبانی، می‌تواند منجر به کاهش دریافت بیماران از اطلاعات لازم شود. از سوی دیگر استفاده از اصطلاحات و لغات پیچیده پزشکی، اثرات منفی در میزان درک بیماران از وضعیت موجود دارد. مطالعات نشان می‌دهند که بیشتر بیماران صرف نظر از سطح سوادشان، ترجیح می‌دهند که اطلاعات به صورت ساده و قابل فهم به آن‌ها منتقل شود.

موانع موجود در ایجاد یک رابطه مؤثر بین آرایه دهندگان خدمات سلامت و

بیماران، عبارتند از:

- سطح آموزش
- سطح سواد سلامت
- موانع زبانی
- تفاوت‌های فرهنگی و نژادی
- سن
- محدودیت‌های شناختی
- کاهش درک از اصطلاحات و لغات پیچیده پزشکی
- استرس‌های مرتبط با بیماری

به طور مشابه، موانع فرهنگی و زبانی می‌توانند با استفاده از مترجم‌ها و افزایش تأکید بر حساسیت‌های فرهنگی، در طول آموزش‌هایی که به ارایه دهندگان خدمات سلامت داده می‌شود، برطرف شوند.

اگرچه بعضی از پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات سلامت، کاملاً نسبت به موانع فرهنگی و سایر مشکلات آگاهی دارند، بعضی از آنان نیز فرصت دریافت آموزش‌های لازم را در طول عمر حرفه‌ای شان نداشته‌اند.

از نقطه نظر پزشکان، تمرکز بر ایجاد یک رابطه مؤثر، بار زمانی زیادی را به آنان تحمیل می‌کند. این در حالی است که پزشکان در سطح اول ارایه خدمات، بر اساس سیاست‌ها باید تعداد زیادی بیمار را ویزیت کنند. از سوی دیگر تعداد بیماران ویزیت شده در طول سال به طور مداوم در حال افزایش است. به عنوان مثال تعداد بیماران از ۵۸۱ میلیون نفر در سال ۱۹۸۰ به ۸۳۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ رسیده است. متخصصان اطفال در همین سال به طور متوسط در هر هفته ۹۳۰۶ بیمار را ویزیت کرده‌اند. جالب آن که تنها ۳۰ درصد از پزشکان اعتقاد دارند که آموزش‌های لازم را جهت انجام مشاوره مناسب و مؤثر دیده‌اند.

زمانی که به ارایه دهندگان خدمات سلامت فرصت استفاده از دوره‌های آموزشی داده می‌شود، بسیاری از آنان از روش‌ها و تکنیک‌هایی که برای استفاده بهینه از زمان، پاسخ به نیازهای بیماران و پیش‌گیری از بروز مشکلات بین بیماران و پزشکان در موقعیت‌های سخت و پر استرس، آموزش داده می‌شود، متعجب می‌شدند.

برای چند دهه، مردم در جوامع غربی شاهد ایجاد یک توازن در رابطه بین پزشک و بیمار بودند. در این مدت بیماران بیشتر در فرآیند درمان خود دخیل شدند و درباره موضوعات مرتبط با سلامت و بیماری، آموزش بیشتری دیدند.

سازمان‌های متعددی در حمایت از حقوق بیماران ایجاد شدند. فعالیت بیماران و درس‌هایی از بحران ایدز گرفته شد و نشان داد که بیماران و مشارکتشان در مراقبت‌های سلامت، نقش مهمی در دستیابی به نتایج مورد انتظار بهداشتی و درمانی در جوامع دارند.

همه این‌ها باعث شد تا ارتباط میان پزشک و بیمار، از سمت پزشک به سوی بیمار حرکت کرده و در نقطه‌ای میان آن‌ها به تعادل برسد. در این شکل جدید از ارتباط، نقش بیمار به اندازه پزشک اهمیت داشته و در تصمیم‌سازی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها، جایگاه بسیار مهمی دارد.

## روابط بین فردی / ۹۵

به دنبال این، بعضی از سازمان‌های حرفه‌ای تلاش کردند تا هم بیماران و هم پزشکان را با مهارت‌های ارتباطی مجهز کنند.

از من ۳ سؤال پیرس (Ask me 3) یکی از این برنامه‌ها بود که سه پرسش کلیدی و مهم را که بیماران باید از پزشکانشان در مورد بیماریشان می‌پرسیدند تا به آن‌ها در درک مشکل و راه حل‌های آن کمک کند، به آن‌ها یاد می‌داد.

در همین راستا برنامه‌هایی برای آموزش پزشکان برای ایجاد یک رابطه کوتاه تر و مؤثرتر با بیماران طراحی شدند.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و البته بعضی از فرهنگ‌های سنتی، هنوز پزشک در رابطه خود با بیمار نقش دانای کل و دستور دهنده مطلق را دارد و برنامه‌های ارتباطی و مداخله‌ای گوناگون، سعی در به تعادل رساندن این رابطه دارند. البته باید بدانیم که روش‌های استفاده شده در کشورهای غربی، هیچ تضمینی برای رسیدن به موفقیت در کشورهای دیگر با فرهنگ‌ها و موقعیت‌های متفاوت ندارند.

در شرایط ایده آل، در برنامه آموزش ارائه دهندگان خدمات سلامت باید به موارد زیر توجه شود:

- یک نگاه کلی به روش‌های ارتباطی و تأثیر این روش‌ها بر تغییر رفتار
- چگونه مهارت‌های ارتباطی می‌توانند کمکی برای استفاده بهینه از زمان باشند؟
- سودهایی که از یک رابطه مؤثر به دست می‌آیند، کدامند؟
- موانع معمول بر سر راه رابطه و راه‌های گذشتن از آن‌ها کدامند؟
- تفاوت‌های فرهنگی، جنسیتی، سنی و نژادی چگونه بر باورها و رفتار افراد تأثیر می‌گذارند؟
- نکات و مثال‌های عملی
- ایجاد فضایی برای کارآموزی افراد و تمرین مهارت‌های آموخته شده

بعضی از نکاتی که به ارائه دهندگان خدمات کمک می‌کند تا با ایجاد یک رابطه مناسب، اعتماد مخاطب خود را جلب کنند به شرح زیر هستند:

- یک سلام و احوالپرسی گرم و مناسب بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و نژادی مخاطب، به عنوان مثال در جوامع غربی، خطاب کردن یک فرد با اسم کوچک می‌تواند به شما کمک کند تا احساس صمیمیت بیشتری بر روابطتان

- حاکم کنید، اما اگر در کره جنوبی هستید آن وقت باید مخاطب خود را با اسم فامیل صدا کنید، زیرا اگر فردی را با اسم کوچک صدا کنیم ممکن است از آن تلقی بی احترامی کند.
- با استفاده از یک لبخند، برقراری ارتباط چشمی مناسب و پرسیدن سئوالاتی در مورد خود بیمار و خانواده اش، از سنگینی فضای رابطه بکاهید.
  - با نگاه کردن مداوم به ساعت و یا در اتاق، باعث نشوید تا بیمار فکر کند که بیمار بعدی از او مقدم تر است.
  - درباره نگرانی‌ها و نیازهای بیمار با او همدردی کنید.
  - به حرف‌های او به خوبی گوش دهید و حرف‌های او را قطع نکنید.
  - کمک کنید تا بیمار بر روی مشکلات پزشکی اش تمرکز کند.
  - نشانه‌های غیر زبانی را تشخیص داده و آن‌ها را درک کنید.
  - بر روی نکات و توصیه‌های کلیدی که باید بیمار آن‌ها را رعایت کند، با استفاده از نوشتن، طراحی جدول ملاقات‌های پی گیری و تماس‌های تلفنی، تأکید کنید.

تأکید بر روی افزایش توانایی‌های ارتباطی پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات، به تنهایی برای رسیدن به یک ارتباط مؤثر کافی نیست. در کنار افزایش نقش بیماران در فرآیند تصمیم گیری، استفاده از لوازم ارتباطی و برنامه‌هایی که هدف آن‌ها بیماران هستند، می‌تواند میزان مشارکت آن‌ها را در به وجود آوردن یک ارتباط مؤثر افزایش دهد.

به طور مقدماتی آموزش می‌تواند به بیماران از چند طریق کمک کند:

- پرسیدن سئوالات درست و مناسب
- متمرکز ماندن بر موضوع اصلی
- آشنا شدن با اصطلاحات رایج پزشکی
- آشنا شدن با توانایی فرق گذاشتن میان منابع قابل اعتماد اطلاعات از منابع غیر قابل اعتماد
- چگونه مواجه شدن با ناسازگاری‌ها و سایر موانعی که آن‌ها را از اعتماد به پزشک‌شان باز می‌دارد.
- احترام قایل شدن برای وقت و تجربه پزشک



## ارتباطات مبتنی بر تکنولوژی

بحث در مورد ارتباطات بین فردی، بدون گفتگو درباره تأثیر اینترنت، ویدئو، تلفن و نظایر آن، کامل نخواهد شد. ارتباطات بین افراد به طور روز افزون تحت تأثیر استفاده از تکنولوژی‌هایی مانند پست الکترونیکی، پست صوتی و ویدئو کنفرانس قرار می‌گیرند. این تکنولوژی‌ها بر کیفیت و کمیت ارتباطها تأثیر می‌گذارند و البته محدودیت‌هایی را برای طرفین استفاده از نشانگان غیر کلامی، مانند حالات افراد، حرکات و حرکات دستشان، ایجاد می‌کند.

بگذارید برای درک بیشتر از میزان و شکل تأثیر نوع ارتباط، یک مثال را مطرح کنیم:

مادری از دوست نزدیکش می‌خواهد که دخترش را از مدرسه اش بردارد. او به دوستش یک پست الکترونیک با این مضمون می‌فرستد «ممکن است به دنبال دختر من بروی و او را از مدرسه بیاوری». این پیام نمی‌تواند کامل باشد مگر آن که دریافت کننده پیام بداند که آدرس مدرسه کجاست، زمان تعطیل شدن مدرسه چه ساعتی است و در نهایت او باید دختر را به کجا ببرد؟ حتی اگر فرد دریافت کننده پیام تمام این اطلاعات را بداند، باز مادر باید صبر کند تا از جواب مثبت او مطمئن شود. این فرآیند کاملاً مشابه همان چیزی است که در ارتباط چهره به چهره اتفاق می‌افتد. در هر دوی این اشکال از ارتباط، اولین قسمت فاز ارایه درخواست است، همان قسمتی که مادر از دوستش درخواست می‌کند فرزند او را از مدرسه بردارد. فاز دوم، پذیرش است که در آن طرف دوم، درخواست طرف اول را می‌پذیرد.

تکنولوژی‌های جدید مانند اینترنت در سیستم بهداشت و درمان تأثیرات متفاوتی دارند. از یک سو این تکنولوژی‌ها، فضای مناسبی را برای گفتگو پیرامون مسایل حساسیت برانگیز، ارتباط با دیگر افرادی که ممکن است مشکلات مشابهی داشته باشند و آگاهی از درمان‌های جدید، فراهم می‌کند. از سوی دیگر پزشکان، گاه از نگرانی‌ها و سئوالات نادرستی که بیماران بر اساس اطلاعات غلط موجود در اینترنت به آن دچار می‌شوند، گلایه‌هایی دارند. اما در مجموع این تکنولوژی‌ها، توانایی‌های بیماران را برای مشارکت فعال در فرآیندهای تصمیم‌گیری افزایش داده است.

در مواردی که زندگی افراد در مخاطره قرار می‌گیرد، مانند HIV/AIDS، اینترنت توانایی افراد را برای سازگار شدن با مشکلشان افزایش می‌دهد. در قدم اول،

استفاده از اینترنت مهارت‌های افراد برای کنار آمدن با زندگی همراه با یک بیماری مزمن و خطرناک، ارتقای قدرت فردی، افزایش حمایت‌های اجتماعی و کمک به آن‌ها برای یافتن افرادی مانند خودشان را، افزایش می‌دهد.

میزان تأثیر این تکنولوژی‌ها بر روابط بین فردی و سایر جنبه‌های ارتباط در حوزه سلامت، از یک جامعه به جامعه دیگر و از یک گروه به گروه دیگر متفاوت است. این تأثیر بر میزان پذیرش و دستیابی به آن تکنولوژی جدید در هر گروه بستگی دارد و البته به طور مشهودی تأثیر این تکنولوژی‌ها در کشورهای توسعه یافته، بسیار گسترده‌تر از کشورهای در حال توسعه است.

#### □ مفاهیم کلیدی

- روابط بین فردی یکی از سطوح بسیار مهم در زمینه «ارتباط در حوزه سلامت» است.
- رفتارها و روابط افراد به طور گسترده‌ای تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، سنی، جنسیتی و البته سطح سواد افراد است.
- یک ارتباط بین فردی پویا با استفاده از نشانه‌ها (که به طور ناخودآگاه شکل می‌گیرند) و نمادها (که خودآگاه هستند) شکل می‌گیرد و این نشانه‌ها و نمادها میان فرهنگ‌ها و گروه‌های مختلف متفاوتند.
- آرایه چهره به چهره خدمات، به معنی گفتگو با مخاطبان به صورت فرد به فرد در خانه، اداره، محل کار و یا هر جایی است که آن‌ها راحت هستند. توانایی آرایه یک تصور و یا تخصص به افراد، مهارتی است که در فعالیت‌های مشاوره بسیار مهم است. کسب چنین مهارتی اگرچه نیاز به آموزش فراوان دارد اما به عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی نیز بستگی دارد.
- آرایه چهره به چهره خدمات، در غیاب سایر فعالیت‌های ارتباطی در سطوح گوناگون چندان نمی‌تواند مؤثر واقع شود.
- در مشاوره که به معنای کمک به دیگران در زمینه‌های مختلف فردی، شغلی، روانی و سلامت است، توانایی تأثیر بر رفتارها، نگرش‌ها و باورهای فرد مشاوره گیرنده، یکی از مهم‌ترین خصوصیات است که مشاور باید داشته باشد.
- رابطه بین پزشک و بیمار، یکی از سطوح مهم در روابط بین فردی است که هدف آن برآورده کردن نیازهای بیمار و رسیدن به نتایج درمانی مناسب است.

## روابط بین فردی / ۹۹

- پیشرفت تکنولوژی تأثیر شگرفی بر روابط بین فردی داشته است.
- روابط مبتنی بر تکنولوژی‌های نوین نیز از همان عواملی تأثیر می‌پذیرند که سایر روابط بین فردی تحت تأثیر آنها هستند. عواملی مانند سطح سواد، عوامل فرهنگی، نژادی، سنی، جنسیتی و سایر عوامل فردی.



---

## فصل پنجم

# روابط عمومی و حمایت عمومی

---

در این قسمت می‌خوانید:

- تعاریف روابط عمومی: نظریه‌ها و تمرین‌ها
- قدرت رسانه‌های جمعی در تصمیم‌های بهداشتی-درمانی
- نکات کلیدی در برنامه‌های روابط عمومی
- شاخصه‌های ارزیابی روابط عمومی
- وقتی که روابط عمومی تبدیل به حمایت عمومی می‌شود
- نکات کلیدی

### «روابط عمومی» چه مفهومی دارد؟

روابط عمومی به معنی هنر و دانش نهادینه کردن یک ارتباط مناسب با عموم مردم است. مانند بقیه سطوح ارتباط در حوزه سلامت، روابط عمومی مبتنی بر اصول علم ارتباطات است و البته اجرای درست این برنامه‌ها در زمینه سلامت، نیاز به درک عمیقی از نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای عموم مردم به عنوان مخاطبین دارد.

### □ نظریه‌های روابط عمومی

مبانی نظری روابط عمومی نه تنها تحت تأثیر زیگموند فروید، پدر روان‌شناسی تحلیلی، قرار گرفته است بلکه از بسیاری ملاحظات و مدل‌های دیگر نیز تأثیر گرفته است. یک فرض مهم در این زمینه این جمله است که «اگر مایل هستید مردم کاری را انجام دهند که شما می‌خواهید، نباید به چیزی که آن‌ها می‌گویند توجه کنید بلکه باید بفهمید که آن‌ها واقعاً چه می‌خواهند.» این نظریه بدان معنی است که عوامل روان‌شناختی، احساسی و ناخودآگاه در تحلیل رفتار مردم، نقش اساسی را دارد.

### □ کارکردهای روابط عمومی در بهداشت و درمان

#### ۱- اجرای برنامه‌های عمومی

در این حالت از روابط عمومی به عنوان راهی برای ترویج دادن یک بحث و در نهایت ایجاد یک توافق میان مخاطبان، سیاست‌گذاران و سازمان‌های مجری برنامه و کارمندانشان استفاده می‌شود.

#### ۲- روابط اجتماعی

در این سطح، هدف از روابط عمومی، بنیان نهادن، ترویج دادن و تلاش برای حفظ یک رابطه سودمند میان گروه‌های مختلفی است که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند.

#### ۳- مدیریت موضوعی

این نوع از روابط عمومی در حقیقت یک فرآیند چند وجهی برای پیش‌بینی و طراحی عکس‌العمل مناسب در مورد مسائلی است که امکان دارد یک سازمان و کارمندان آن را تحت تأثیر قرار دهد.

#### ۴- مدیریت بحران

روابط عمومی در بحران، رویکردی پیشگیرانه است که علاوه بر پیش‌بینی بحران‌های احتمالی، راه‌حل‌های مقابله با این بحران‌ها را با تأکید بر نقش رسانه‌های

### روابط عمومی و حمایت عمومی / ۱۰۳

جمعی در اطمینان بخشی به مردم و آرایه یک راه حل مناسب به آن‌ها، طراحی و پیش بینی می‌کند.

#### ۵- روابط بین رسانه ای

این رویکرد در حوزه سلامت به دنبال ایجاد ارتباط میان رسانه‌های کلیدی عرصه سلامت و به دنبال آن استفاده از این رسانه‌ها با یک برنامه و هدف مشخص است.

#### ۶- رویکرد اقتصادی

در این رویکرد روابط عمومی با هدف طراحی یک برنامه راهبردی به منظور حمایت از گسترش و ترغیب به استفاده از یک محصول و یا خدمات مشخص، مطرح می‌شود.

برخی از تئوری‌های اخیر تأکید خود را بر جنبه‌های روانشناسی شخصیت افراد پررنگ تر کرده اند، تا تأثیر روابط عمومی بر سه جنبه‌ی میزان توجه، پذیرش و اجرای یک ایده یا توصیه در مخاطبان افزایش یابد.

بعضی از مؤلفان نیز طرفدار استفاده از این دست تئوری‌ها در برنامه‌های روابط عمومی در سطح وسیع هستند که برای اولین بار در مورد موضوعات آموزشی، مذهبی مورد استفاده قرار گرفتند. این برنامه در حقیقت بر مبنای درک و پیش بینی الگوهای عکس‌العمل افراد استوار هستند. در این برنامه‌ها مجریان باید پیام خود را با شناخت از خصوصیات شخصی و روانشناسی افراد طراحی کنند. بر اساس تئوری اسمیت افراد و مخاطبان به طور ابتدایی به چهار دسته تقسیم می‌شود:

۱- مخاطبانی که مشاهده می‌کنند و فکر می‌کنند : ST (sensitive , thinking)

۲- مخاطبانی که مشاهده می‌کنند و احساس می‌کنند : SF (sensitive , feeling)

۳- افرادی که درک می‌کنند و فکر می‌کنند : NT (intuition , thinking)

۴- افرادی که درک می‌کنند و احساس می‌کنند : NF (intuition , feeling)

جدول خصوصیات افراد با تیپ‌های شخصیتی مختلف

	ST	SF	NT	NF
ترجیح می‌دهند ...	مشاهده کنند و سپس فکر کنند	مشاهده کنند سپس احساس کنند	مسایل را درک کرده و در مورد آن فکر کنند	مسایل را درک کرده و به احساس خود رجوع کنند
تمرکز می‌کنند بر ...	واقعیت، چیزهایی وجود دارند	واقعیت، چیزهایی که وجود دارند	احتمالات، چیزهایی که ممکن است وجود داشته باشند	احتمالات، چیزهایی که ممکن است وجود داشته باشند
بر این اساس تصمیم می‌گیرند	تحلیل‌های غیر شخصی، استدلال‌های منطقی	تمایلات شخصی، احساسات	تمایلات شخصی، استدلال‌های منطقی	تحلیل‌هایی غیر شخصی، احساسات
خصوصیات شخصیتی	عملگرا	دوست و همدرد	منطقی و مبتکر	مشتاق و با فراست
در این موارد مهارت دارند	به کاربردن واقعیت‌ها و تجربیات	درک نیازهای فعلی مردم	گسترش موضوعات نظری	شناخت خصوصیات درونی افراد
حساس هستند به ...	دلایل و تأثیر هر کار	احساس دیگران	اصول و نظریه‌ها	احتمالات ممکن برای مردم

همان‌طور که گفته شد هر کدام از این انواع شخصیتی، ویژگی‌های رفتاری و عادت‌های آموزشی مخصوص به خود را دارند. این ویژگی‌ها بر فرآیند تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیر می‌گذارند و همان‌طور عکس‌العمل آن‌ها را به اشکال مختلف انتقال اطلاعات مشخص می‌کند. اگرچه شناسایی نوع شخصیتی تمام مخاطبان بسیار زمان‌بر و گران است اما امروزه توجه به تأثیر هم‌زمان آرایه استدلال و هم چنین توجه به احساسات مخاطبان، نقش بسیار مهمی در مجریان برنامه‌های روابط عمومی پیدا کرده است.

با توجه به مطالب گفته شده می‌توان روابط عمومی را به عنوان «یک عمل مدیریتی که در طی آن یک رابطه سودمند میان سازمان‌ها و مخاطبینی که سود و زیانشان با آن سازمان‌ها همیشه بسته است، ایجاد و حفظ می‌شود» تعریف کرد.



## روابط عمومی و حمایت عمومی / ۱۰۵

میزان موفقیت روابط عمومی‌ها در هر سازمان، با وسعت و نزدیکی رابطه آن‌ها با رسانه‌ها و مخاطبانشان سنجیده می‌شود. در همین راستا، نقش روابط عمومی در حوزه سلامت عمومی به عنوان یک ابزار اساسی در گسترش پیام‌های سلامت مرتبط با یک موضوع ویژه و ایجاد یک رابطه مناسب میان طراحان و مخاطبان برای بحث پیرامون آن موضوع و یافتن راه حل‌های درست، نیز با میزان قدرت روابط عمومی‌ها در برآورده کردن این انتظارات سنجیده می‌شود.

### □ اجرای برنامه‌های روابط عمومی

با وجود آن که از به وجود آمدن روابط عمومی‌ها به شکل امروزی، کمتر از ۱۰۰ سال می‌گذرد، امروزه روابط عمومی‌ها به شکل گسترده‌ای توسط سازمان‌ها و شرکت‌های مختلف مانند بیمارستان‌ها، بنیادهای مختلف، سازمان‌های غیرانتفاعی، مدارس و مؤسسات گوناگون استفاده می‌شود و در بیشتر این سازمان‌ها به منظور ایجاد یک رابطه دو طرفه با مخاطبان و رسیدن به توافقات دوجانبه مورد استفاده قرار می‌گیرد. این توافق ممکن است بر سر خرید یک محصول ویژه، پذیرفتن یک رفتار توصیه شده و یا استفاده از یک خدمات مشخص باشد. در همین راستا است که روابط عمومی به جزیی جدا نشدنی از «ارتباط در حوزه سلامت» تبدیل شده است.

در طول دهه‌های اخیر روابط عمومی‌ها رشد خودشان را مدیون گوناگونی وسایل ارتباط جمعی و افزایش تأثیر آن‌ها بر جامعه می‌دانند. بر خلاف شروع کار روابط عمومی‌ها که بیشتر تأکید آن‌ها بر رسانه‌های نوشتاری بود، حالا آن‌ها به سراغ اینترنت و سایر تکنولوژی‌های تازه رفته اند.

در دنیای تجارت، روابط عمومی‌ها تلاش می‌کنند تا بازارهای فروش شرکت خود را گسترش داده و میزان پخش و استفاده مخاطبان از یک محصول مشخص را افزایش دهند.

در دنیای سلامت، روابط عمومی به ایجاد یک محیط مناسب که در آن مخاطبان برای تغییر رفتارشان تشویق می‌شوند، کمک می‌کند. در کنار این، روابط عمومی‌ها به مخاطبان کمک می‌کنند تا دسترسی شان به اطلاعات لازم درباره موضوعات مرتبط با سلامت افزایش یافته و آن‌ها را در تغییر رفتارهایشان حمایت می‌کنند.

گاهی اوقات تلاش سازمان‌های دولتی و خصوصی در مورد یک موضوع ویژه و یا یک بیماری خاص، مکمل یکدیگر هستند. برای نمونه، هنگامی که یک شرکت

خصوصی محصول خود را از طریق رسانه‌های جمعی به مردم معرفی می‌کند، معمولاً در کنار این، اطلاعات مهمی را نیز در اختیار مخاطبان قرار می‌دهد. به عنوان مثال آن‌ها را در مورد خطرات احتمالی آگاه می‌کند و درباره میزان شیوع بیماری و عوامل خطر بیماری به آن‌ها اطلاعات می‌دهد.

اگر اطلاعاتی که از سوی بخش خصوصی عرضه می‌شود از منابع قابل اطمینان برداشت شده و آمار ارایه شده علمی و درست باشد، این دست تلاش‌ها باعث کامل شدن برنامه‌های بخش دولتی و غیر انتفاعی در ارتقای سطح آگاهی مردم نسبت به یک موضوع ویژه می‌شود.

اگرچه شکل رابطه میان بخش‌های دولتی و خصوصی به طور کامل در فصل‌های ۸ و ۱۲ همین کتاب مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند، اما لازم به ذکر است که بسیاری از سازمان‌های غیر انتفاعی و دولتی معتبر در سرتاسر دنیا، مانند انجمن ملی سرطان ایالات متحده، با سازمان‌های خصوصی همکاری می‌کنند، اما برای این همکاری دستورالعمل‌های سخت و جدی طراحی شده است تا از میزان اعتماد مردم به این سازمان‌های حفاظت شده و تلاش‌های آن‌ها به هیچ وجه به سمت حمایت از یک محصول و یا خدمات خاص، جهت دهی پیدا نکند.

برنامه‌های روابط عمومی باید استانداردهای بالایی اخلاقی را مورد ملاحظه قرار دهند. بحث‌های اخیر در مورد رعایت اخلاق در روابط عمومی و «بایدها» و «نبایدها»ی آن امروزه کاملاً مورد قبول کارشناسان بوده و به هیچ وجه نباید نسبت به این موضوعات بی تفاوت بود. از سوی دیگر باید توجه کنیم اگر این فرض درستی است که انگیزه اصلی تمام مؤسسات صنعتی و تجاری برای هر کاری رسیدن به سود بیشتر و درآمد است اما، اگر فکر کنیم که این دست از مؤسسات به چیزی غیر از سود شخصی خود نمی‌اندیشند، نیز غیر منصفانه قضاوت کرده ایم.

قدرت رسانه‌های جمعی، به عنوان ابزار قدرتمند روابط عمومی، می‌تواند مورد سوء استفاده قرار بگیرند. این معضل در زمانی اتفاق می‌افتد که حقایق به صورت نادرست و یا مبالغه آمیز به مخاطبان عرضه شوند. در کنار این، به علت طبیعت روابط عمومی، کارشناسان این رشته باید خواسته‌ها و آرزوهای مشتریان خود، اعم از مؤسسات تجاری، دولتی و یا غیر انتفاعی را نیز مورد توجه قرار دهند.

## روابط عمومی و حمایت عمومی / ۱۰۷

به همین دلیل بیشتر جوامع حرفه‌ای در زمینه روابط عمومی، قوانین اخلاقی ویژه و گسترده‌ای را برای رعایت حقوق مخاطبان طراحی کرده و مورد توجه قرار داده‌اند. در جدول زیر، فهرستی از این ویژگی‌های اخلاقی به شما ارائه می‌شود.

ویژگی‌های کلیدی اخلاقی در برنامه‌های روابط عمومی
۱- این برنامه‌ها باید مبتنی بر تحقیقات باشد
۲- اطلاعات و آمارها باید علمی بوده و از منابع معتبر تهیه شوند
۳- این برنامه‌ها باید به ایجاد یک رابطه مستقیم و صادقانه با مخاطبان، وفادار و متعهد بمانند
۴- در این برنامه‌ها باید اصول عمومی اخلاقی مانند راز داری، توجه به تضاد منافع و استفاده از منابع معتبر نیز رعایت شوند
۵- این برنامه‌ها باید در جستجوی ایجاد روابط قابل اعتماد و بلند مدت میان سازمان‌ها و مخاطبان‌شان باشند و از رویکردهای غیر اخلاقی که به این روابط آسیب می‌رسانند، اجتناب کنند
۶- این برنامه‌ها باید فرآیندهایی را پیش بینی کرده باشند که به سرعت اشتباه‌های احتمالی در اطلاع رسانی را اصلاح کنند
۷- در این برنامه‌ها باید جریان آزاد اطلاعات مورد توجه و تشویق قرار گیرند
۸- این برنامه‌ها باید علاقه عمومی به یک موضوع خاص را حفظ کنند

علاوه بر کمک به افزایش توجه جامعه به یک موضوع، خدمات و یا رفتار ویژه، روابط عمومی نقش مهمی در افزایش شهرت و اعتبار سازمان‌های غیر انتفاعی، تجاری و یا حتی دولتی در میان مردم دارد. این وظیفه بنیادی روابط عمومی است که یک سازمان و متخصصان آن را به عنوان پیشگامان یک زمینه خاص به جامعه معرفی کند. به عنوان یک نمونه، از تلاش روابط عمومی برای تأثیر بر گروه‌های مختلف در یک جامعه، صفحه «رسانه و روابط عمومی» وب سایت انستیتوی تحقیقات چشمی اسکفن از مؤسسات وابسته به‌هاروارد را مورد بررسی قرار می‌دهیم. در نگاه اول این صفحه شامل اطلاعاتی است که می‌تواند به عنوان منبع توسط اصحاب رسانه پیرامون مطالبشان درباره بیماری‌های مرتبط با چشم و درمان‌های جدید مورد استفاده قرار گیرد. از سوی دیگر در

این صفحه اطلاعاتی در مورد تاریخچه این موسسه و وظایف و فعالیت‌هایش و هم چنین سوابق و تخصص استادان شاغل در مؤسسه قرار گرفته است. علاوه بر این، اطلاعاتی برای عموم مردم و بیماران که می‌خواهند با این موسسه همکاری کنند و یا در بحث‌های عمومی مشارکت داشته باشند، وجود دارد.

### قدرت رسانه‌های جمعی در تصمیمات بهداشت و درمان

هیچ کس نمی‌تواند منکر افزایش روزافزون قدرت رسانه‌های جمعی باشد. قسمتی از این قدرت در تأثیر این رسانه‌ها در نظرات و تصمیمات روزمره مردم ریشه دارد. معمولاً عموم جامعه، رسانه‌های جمعی را به عنوان منبع دریافت اطلاعات خود برگزیده و بر اساس اطلاعات این رسانه‌ها، به تحلیل مسایل مختلف و تصمیم‌گیری می‌پردازند. عامل مهم دیگر ارتباط رسانه‌ها با تصمیم‌گیران مهم در جهان، مانند دولتمردان و بخش‌ها و سازمان‌های بزرگ دولتی و خصوصی است.

از آن جا که رسانه‌های جمعی مهم‌ترین راه برای ارتباط‌های جمعی در جوامع غربی است، رقابت برای داشتن پوشش رسانه‌ای، یک رقابت جدی است و مردم بر اساس این رسانه‌ها است که تصمیمات مهم خود را در عرصه سلامت، سیاست و ... می‌گیرند.

برای تمامی شرکت‌های موفق، یکی از مهمترین شاخص‌ها، در کنار ارایه خدمات و محصولات خوب و با کیفیت مناسب، موفقیت در تبلیغات و پوشش رسانه‌ای است که به افزایش میزان اعتبار و شهرت آن‌ها در جامعه کمک می‌کند.

در زمینه سلامت عمومی، رسانه‌ها می‌توانند در درک مردم از شدت بیماری‌ها و نظراتشان درباره خطرات احتمالی در مواجهه شدن با بیماری‌ها و چگونگی پیشگیری و درمان آن‌ها تأثیر بگذارند.

به طور خلاصه، رسانه‌های جمعی به خصوص در کشورهای آمریکایی و اروپایی نقش بسیار بزرگ و مهمی را در شکل‌دهی رفتار مردم در زمینه سلامت بازی می‌کنند. جالب است بدانید میانگین ساعاتی که تلویزیون در یک خانواده آمریکایی روشن است معادل ۷ ساعت و ۴۰ دقیقه در روز است. هیچ فردی در طول روز به این میزان حتی با دوستان صمیمی‌اش مراوده و هم‌نشینی ندارد. بنابراین رسانه‌ها و به خصوص تلویزیون حتی از افراد حقیقی هم بیشتر بر فکر و رفتار مردم تأثیر می‌گذارند.

از سوی دیگر و البته مهم تر، نقشی است که رسانه‌ها در درک مردم از مفهوم سلامتی دارند. رسانه‌ها می‌توانند با استفاده از ابزارهای فریبنده مانند هنرپیشه‌ها، در تصویر مردم از زندگی درست تأثیر مثبت یا منفی داشته باشند. رسانه‌ها می‌توانند با نشان دادن افراد محبوب و مشهور در هنگام ورزش کردن و رعایت رژیم غذایی مناسب، مردم را به این سمت سوق دهند و یا برعکس با به تصویر درآوردن یک هنرپیشه محبوب در حال سیگار کشیدن، جوان‌ها را به این رفتار ناسالم تشویق کنند.

در آسیب شناسی قدرت رسانه‌ها، یکی از موارد بحث برانگیز، تأثیر مخرب رسانه بر گروه‌های مختلف مخاطبین است. شکل تأثیر رسانه‌ها بر مخاطبین به علل مختلفی مانند سطح سواد مخاطبین، میزان دانش و آگاهی قبلی پیرامون موضوع مورد بحث، سطح روانی، سن و تجربه فردی بستگی دارد.

برای مثال، دولت آمریکا در جهت جلوگیری از تأثیر نامطلوب بر جوانان و نوجوانان، استفاده از دخانیات را در تبلیغاتی که این گروه‌های سنی را هدف قرار می‌دهند، ممنوع کرده است. به طور مشابه، در بسیاری از کشورها، از جمله ایران، تبلیغ داروهای نیازمند نسخه، به طور مستقیم برای عموم جامعه ممنوع است.

این جملات دوباره ما را به بحثمان پیرامون رعایت اصول اخلاقی در تبلیغات و روابط عمومی باز می‌گرداند. خوشبختانه اغلب کارشناسان این عرصه و البته سازمان‌هایی که آن‌ها را استخدام می‌کنند، خود را ملزم به رعایت قواعد اخلاقی می‌دانند.

#### □ بایدها و نبایدها در روابط رسانه ای

تعامل با رسانه‌ها یک مهارت اکتسابی است. به علت محدودیت‌های زمانی و وجود اولویت‌های متعدد، معمولاً اصحاب رسانه دوست ندارند با مخاطبانی رو به رو شوند که کوچکترین اطلاعی درباره قوانین و اصول صنعت رسانه ندارند. از آن جایی که روابط عمومی یک مهارت مهم در سلامت عمومی و یکی از سطوح مهم برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت است، مؤسسه سلامت عمومی آمریکا، در اجلاس سالیانه اش در سال ۲۰۰۵، افراد مهمی از حوزه‌های رسانه‌های دیداری و نوشتاری را دعوت کرد تا در کنار متخصصان عرصه سلامت، به بحث و گفتگو پیرامون بایدها و نبایدهای ارتباط رسانه‌ها با صاحبان مشاغل سلامت بپردازند.

می‌توانید فهرستی از این بایدها و نبایدها را در جدول زیر بیابید:

بایدها و نبایدهای روابط رسانه‌ای	
بایدها	نبایدها
<input type="checkbox"/> شناخت ویژگی‌ها و علایق روزنامه نگارانی که معمولاً موضوعات سلامت عمومی و یا موضوعات ویژه در حوزه سلامت را پوشش می‌دهند.	<input type="checkbox"/> نباید وقت خبرنگاران را با درگیر کردن آن‌ها در موضوعاتی که مورد علاقه شان نیست، تلف کنید.
<input type="checkbox"/> برقراری یک رابطه طولانی مدت	<input type="checkbox"/> نباید از لغات و اصطلاحات تخصصی در گفتگو با خبرنگاران استفاده کنید.
<input type="checkbox"/> آگاه بودن نسبت به محدودیت‌های زمانی روزنامه نگاران	<input type="checkbox"/> قبل از برقراری ارتباط با یک خبرنگار ویژه، نباید اطلاعات محرمانه خود را فاش کنید.
<input type="checkbox"/> دقیق بودن و مؤدب بودن	<input type="checkbox"/> نباید درباره یک موضوع تکراری، مدام با خبرنگاران تماس بگیرید.
<input type="checkbox"/> بعد از یک قرار مطبوعاتی، باید خود را تا چند روز در دسترس خبرنگاران قرار دهید.	
<input type="checkbox"/> مطمئن باشید که همه اعضای گروه شما نسبت به حساسیت روابط با رسانه‌ها و نقش و مسئولیت‌های آن‌ها آگاه هستند.	
<input type="checkbox"/> خبرها را بخوانید، این بهترین راه شناخت خبرنگاران است.	

چه چیز باعث می‌شود تا یک موضوع، جذاب و جالب توجه شود؟

مفهوم جذابیت به طور مستقیم با خواسته‌ها، علایق و نیازهای مخاطب هدف رسانه در ارتباط است. درک از این نیازها، تنها قدم اول در بررسی میزان جذابیت اخبار است. عوامل متعدد دیگری نیز در این باره دخالت دارند. عواملی مانند:

۱- به موقع بودن اخبار

۲- وجود اطلاعات تازه و جدید در اخبار

۳- تأیید اطلاعات موجود در اخبار توسط انجمن‌های حرفه‌ای

۴- آرایه اخبار توسط افراد معتبری مانند رهبران اجتماعی، مجریان و یا

هنرپیشه‌های معروف

۵- طراحی یک نگاه و زاویه جدید

۶- استفاده از داستان‌های مورد علاقه عموم جامعه به ویژه داستان‌های واقعی

۷- استفاده از وسایل ارتباطی مناسب

وسایل ارتباطی که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود، از معمول‌ترین وسایل ارتباطی مورد استفاده هستند.

#### □ بیانیه

یک آگهی نوشتاری است که درباره یک اتفاق، برنامه و یا هر چیز دیگری در رسانه‌ها منتشر می‌شود. بیانیه‌ها شامل اطلاعات و جزئیات مربوط به برنامه یا اتفاق مورد نظر، نام سازمان صادر کننده بیانیه، حقایق درباره موضوع مورد اشاره و البته آدرس پست الکترونیکی و یا شماره تلفنی برای ارتباط با سازمان صادر کننده بیانیه، هستند.

#### □ اطلاعیه

یک آگهی یک صفحه‌ای و یا کوچکتر که شامل اطلاعاتی درباره چگونگی، زمان، مکان و افراد مربوط به یک اتفاق مشخص است. اطلاعیه‌ها می‌توانند درباره مواردی مانند برگزاری یک کنفرانس مطبوعاتی، شروع یک نمایشگاه و یا هر چیز دیگری باشند.

#### □ مقالات مقابل سرمقاله (Op-ed article)

این مقالات که معمولاً در نشریات در صفحه مقابل سرمقاله قرار می‌گیرند، بیانگر نظرات فردی و یا نقطه نظرات یک گروه و یا یک سازمان درباره یک موضوع ویژه هستند. این مقالات تنها برای یک نشریه خاص تنظیم می‌شوند و به طور همزمان برای رسانه‌ها و نشریات مختلف فرستاده نمی‌شوند.

#### □ آگهی‌های خدمات عمومی

این تبلیغات غیر تجاری با هدف معرفی یک رفتار درست اجتماعی و یا آگاهی مردم از یک خدمت عمومی است. به طور گسترده و به طور همزمان در رسانه‌های مختلف دیداری و نوشتاری منتشر شده و می‌توانند بدون محدودیت و آزادانه توسط تمام رسانه‌ها باز پخش شوند.

#### □ گزارش‌های خبری تصویری

این گزارش‌ها، کلیپ‌هایی هستند که با ساختار گزارشی و به منظور پخش در شبکه‌های مختلف تلویزیونی تهیه می‌شوند. معمولاً رسانه‌های مختلف تنها قسمت‌های ویژه‌ای از این ویدئوها را انتخاب و پخش می‌کنند.

□ تبلیغات زیردري (خانه به خانه)

این آگهی‌های نوشتاری که در قطع‌های مختلف و همراه با تصاویر و یا جذابیت‌های گرافیکی طراحی می‌شوند، معمولاً با هدف اقتصادی به طور گسترده و مجانی در محله‌ها و مناطق مختلف توزیع می‌شوند و گاهی جایی در میان روزنامه‌های محلی می‌یابند.

استفاده از ابزار مناسب، یک مرحله ضروری از فرآیند اطلاع‌رسانی و تبلیغ است و عدم انتخاب درست آن می‌تواند یک برنامه روابط عمومی را پیش از آغاز آن، با شکست مواجه کند.

### شاخص‌های کلیدی در برنامه‌های روابط عمومی

طرح‌های مختلف روابط عمومی و شاخص‌های کلیدی موفقیت آن‌ها به طور کلی به سایر سطوح برنامه‌های ارتباطی و به طور ویژه ارتباط در حوزه سلامت وابسته هستند. روابط عمومی به عنوان یکی از سطوح برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، باید اهداف کلی این برنامه‌ها را در نظر داشته باشد.

روابط عمومی در حوزه سلامت نیز قبل از آغاز، نیازمند به یک تحلیل دقیق از خواسته‌ها و نیازهای مخاطبین است. هر کدام از مخاطبین، بسته به ویژگی‌هایشان نیاز به طراحی‌های خاص خود را دارند. به عنوان نمونه در رساندن یک پیام مشابه به سیاستمداران، باید به شرایط خاص آن نیز توجه داشته باشند.

### شاخص‌های ارزیابی برنامه‌های روابط عمومی

اگرچه نتایج برنامه‌های روابط عمومی باید به عنوان جزوی از یک برنامه ارتباطی بزرگتر با اهداف مشخص مورد بررسی قرار گیرد، اما شاخص‌هایی نیز وجود دارند که می‌توان با آن کیفیت و کمیت برنامه‌های روابط عمومی را سنجید.

همانند بقیه سطوح برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، اهداف روابط عمومی باید پیش از آغاز برنامه تبیین شده و شاخصه‌های مشخص و قابل سنجش برای بررسی این برنامه‌ها تعیین شود. در واقع پیش از آغاز این برنامه‌ها باید به این پرسش که برنامه‌های روابط عمومی چه اهداف ویژه‌ای را دنبال می‌کنند؟ پاسخ داده و در حین و پس از اتمام این برنامه‌ها، پاسخ گوی این پرسش باشیم که چه میزان از اهداف محقق شده است؟



مؤسسه روابط عمومی آمریکا سه شاخص را برای بررسی برنامه‌های روابط عمومی طراحی کرده است:

۱- بازده روابط عمومی

اندازه گیری‌های کوتاه مدت و مبتنی بر فرآیند، مانند تعداد مقالات منتشر شده در رسانه‌ها، لحن و محتوای پوشش رسانه‌ای و یا تعداد دفعاتی که یک مقاله آنلاین در اینترنت خوانده شده است، از این دست هستند.

۲- کیفیت روابط عمومی

بیانگر این نکته است که پیام مورد نظر توسط مخاطبان چگونه دریافت شده و به چه میزان به یاد آورده می‌شود. به عنوان مثال، آیا رسانه‌ها، پیام مورد نظر را در قالب بسته‌های رسانه‌ای همگون و مرتبط که به آسانی توسط مخاطب درک می‌شوند طراحی کرده اند؟ آیا مخاطبان واقعی به پیام پاسخ مثبتی داده اند؟ چه میزان از مخاطبان به دریافت اطلاعات بیشتر درباره موضوع علاقه نشان می‌دهند؟

۳- نتایج روابط عمومی

ارزیابی و میزان تغییرات در نظرات، علایق و رفتارهای مخاطبان، بیانگر نتایج نهایی یک برنامه روابط عمومی است.

□ وقتی که روابط عمومی به یک حمایت عمومی تبدیل می‌شود

انجمن قلب آمریکا، حمایت عمومی را به عنوان تأثیرگذاری بر تصمیم گیران و کمک به ایجاد تغییرات در قوانین و سیاست‌های دولتی با هدف پیش برد مقاصد سازمان‌های ویژه و یا گروهی از مردم، تعریف می‌کند.

بسیاری از سازمان‌ها از راه کارهای حمایت عمومی - مبتنی بر استفاده ارزش‌های جمعی - به منظور پیش برد برنامه‌ها و یا جلب و حفظ علاقه شریکان کلیدی شان استفاده می‌کنند. چندین سازمان دوره‌های آموزشی ویژه و یا راهنمایی را به منظور افزایش مهارت‌های جذب حمایت عمومی، در میان سازمان‌های مشابه و یا شریکان اصلی شان، تدارک دیده اند.

راه کارها و برنامه‌های حمایت عمومی هم چنین به منظور تأثیرگذاری بر شرکت‌ها به منظور تغییر در سیاست‌ها و برنامه‌های تولیدی شان استفاده می‌شود. به عنوان نمونه تلاشی برای جلب حمایت عمومی به وسیله پزشکان آمریکایی و بعضی دیگر از نهادهای بین المللی، به منظور کاهش قیمت داروهای ضروری برای بیماران مبتلا به HIV

در سال ۲۰۰۴ آغاز شد. نتیجه این تلاش ورود چندین شرکت داروسازی بزرگ به این بحث و در نهایت یافتن راه حل‌های مناسبی برای حل این مسأله شد. یا در یک نمونه جدیدتر، افزایش آگاهی پیرامون خطرات احتمالی ناشی از مصرف اسیدهای چرب ترانس با استفاده از یک برنامه حمایت عمومی، منجر به تحریک و تشویق کردن کارخانه‌های مواد غذایی برای تولید محصولاتی بدون این نوع از اسیدهای چرب شد.

حمایت عمومی می‌تواند با استفاده از ابزار متعددی مانند ملاقات‌های دسته جمعی، جلسات عمومی و یا ملاقات‌های خصوصی با سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران به اهداف خود نزدیک شود. اگرچه اساسی‌ترین ابزار این تلاش‌ها، استفاده از رسانه‌های جمعی است. اخیراً حمایت عمومی که با ابزار اصلی رسانه‌های جمعی به اهداف خود نزدیک می‌شود، به عنوان «حمایت رسانه‌ای» نیز شناخته می‌شود.

به علت قدرت فوق‌العاده رسانه‌های جمعی بر تأثیرگذاری بر افکار عمومی، روزنامه‌های محلی و یا سراسری، رسانه‌های صوتی - تصویری و اینترنت، همه و همه می‌توانند میزان همکاری اجتماعی و آگاهی‌آحاد جامعه را در مورد یک مسئله و یا سیاست مرتبط با سلامت افزایش دهند.

«حمایت عمومی» در واقع هدفی بالاتر از ایجاد یک بحث اجتماعی پیرامون یک مسئله خاص را دنبال می‌کند و آن درگیر کردن سیاست‌گذاران اصلی و تأثیرگذاران بر آن‌ها به منظور وضع قوانین جدید و یا تغییر قوانین قبلی مرتبط با مسئله مورد نظر است. حقیقت این است که بسیاری از نمایندگان مجلس، دولتمردان و یا همکاران آن‌ها، به طور روزانه مطالب منتشر شده در روزنامه‌ها، سایت‌ها و صدا و سیما را دنبال می‌کنند تا از واکنش مردم نسبت به قانون‌ها و سیاست‌های مختلف آگاه شوند. لحن و محتوای مطالب رسانه‌ها، اغلب اوقات بر نحوه تصمیم‌گیری و نگاه آن‌ها نسبت به مسایل گوناگون تأثیر می‌گذارد. البته باید بدانیم که این تغییرات یک روزه و یک شبه اتفاق نمی‌افتند و برای رسیدن به نتیجه، نیاز به تلاش‌های مستمر و طولانی مدت وجود دارد.

#### مفاهیم کلیدی:

□ مفاهیم عمومی یکی از سطوح ارتباط در حوزه سلامت است و یکی از اجزای ضروری بسیاری از برنامه‌های این حوزه است. روابط عمومی به سازمان و مخاطبانش کمک می‌کند تا با یکدیگر سازگاری و توافق پیدا کنند.

- برنامه‌های روابط عمومی می‌توانند به ایجاد علاقه پیرامون یک نظر، رفتار، و یا محصول یک سازمان میان عموم مردم کمک کند.
- همان طور که در مورد بقیه سطوح برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت نیز صادق است، روابط عمومی یک برنامه و اصل مبتنی بر ایجاد رابطه است.
- یکی از مهم‌ترین بنیان‌های نظری در روابط عمومی، شناخت اهمیت شرایط روانی، احساسی و ذهن ناخودآگاه در رفتارهای بشری است. قبل از طراحی و اجرای هر برنامه باید ویژگی‌های خاص هر جامعه و شکل روابط و تعاملات آن جامعه را شناخت و درک کرد.
- به علت قدرت بالای رسانه‌های جمعی در تأثیرگذاری بر نظرات آحاد جامعه، و البته امکان سوء استفاده از این قدرت، اصول اخلاقی در برنامه‌های روابط عمومی باید در بالاترین سطح رعایت شود.
- معرفی برنامه‌های تبلیغاتی مبتنی بر رسانه کاملاً به رعایت اصول رسانه‌ای و ایجاد جذابیت برای مخاطب‌تان از سوی طراحان برنامه‌ها بستگی دارد.
- لازم به یاد آوری است که استفاده از روابط عمومی به تنهایی نمی‌تواند در رسیدن به اهداف نهایی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت مؤثر باشد و باید توسط سایر سطوح اجرایی این برنامه‌ها نیز تأثیر پذیرد.
- نتایج کلی روابط عمومی تنها باید در قالب بزرگتر و بر مبنای اهداف برنامه‌های مداخله‌ای حوزه سلامت مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. البته این نکته نیز مهم است که عوامل کمیته و کیفیتی که تنها مربوط به برنامه‌های روابط عمومی به طور خاص می‌شوند را نیز باید با دقت مورد بررسی قرار داد.



---

## فصل ششم

### بسیج عمومی

---

در این فصل می‌خوانید:

- نگاه پایین به بالا به بسیج عمومی
- بسیج عمومی به عنوان بک فرآیند اجتماعی
- اجرای برنامه‌های بسیج عمومی به عنوان قسمتی از برنامه‌های بازاریابی اجتماعی و سایر برنامه‌های تئوری و نظری
- تأثیر بسیج عمومی بر دانش سلامت و رفتارهای مبتنی بر سلامت در جامعه
- قسمت‌های کلیدی برنامه‌های بسیج عمومی
- نکات کلیدی

اگر به سراغ کانادایی‌ها بروید و از آن‌ها بپرسید: «پارتیسیپ اکشن» (particip action) شما را یاد چه موضوعی می‌اندازد، شک نکنید که اکثر آن‌ها جواب خواهند داد: «یک سوئدی ۶۰ ساله». فکر می‌کنید چرا؟

در حقیقت particip action یک برنامه ارتباطی در حوزه سلامت بود که برای ۳۰ سال در کانادا به اجرا درآمد. در تبلیغات این برنامه سئوالات متعددی مطرح می‌شد که یکی از آن‌ها این بود: «آیا می‌دانید میزان تناسب اندام یک کانادایی ۳۰ ساله، مشابه یک

سوئدی ۶۰ ساله است؟» این برنامه سعی داشت تا کانادایی‌ها را نسبت به سلامت و تناسب اندامشان حساس کند و برخی از رفتارهای آن‌ها را در این حوزه تغییر دهد. در حقیقت هدف نهایی این برنامه ایجاد یک بسیج عمومی برای رسیدن به سطح سلامت بالاتر در کانادایی‌ها بود.

این تلاش‌ها از شهر ساسکاتون در مرکز کانادا آغاز شد اما به زودی گروه‌ها و سازمان‌های متعددی از سایر نقاط کانادا نیز به آن پیوستند و برنامه‌های متعددی را در همین زمینه طراحی و اجرا کردند.

تنها در سال ۱۹۹۲ یک میلیون نفر داوطلب، برای اجرای برنامه‌های مرتبط با particip action همکاری کردند.

اثرات این برنامه که در سال ۲۰۰۲ در کانادا به پایان رسید هنوز هم در این کشور به چشم می‌آید. این برنامه و سایر برنامه‌های مشابه در سراسر دنیا، اهمیت بسیج عمومی را به عنوان یکی از راه کارهای بنیادین در ارتباط برای سلامت و در سطحی وسیعتر مداخلات سلامت، نشان می‌دهد.

### رویکرد پایین به بالا به «بسیج عمومی»

تعریف‌ها معمولاً ابزار مناسبی برای درک و شناخت کلیات و عوامل کلیدی هر موضوع هستند. در مورد بسیج عمومی، اهمیت مشارکت اجتماعی و اتکا به خود، هم در مبانی نظری و هم در اجرا مورد تأکید قرار گرفته است.

«بسیج عمومی» در بیشتر موارد به عنوان «قدرتمند کردن افراد برای پیدا کردن راه حل مشکلاتشان، بدون توجه به مؤثر بودن و یا مؤثر نبودن آن‌ها» تعریف می‌شود. البته این به معنای رفع مسئولیت و تکلیف از راهکارهای بسیج عمومی برای رسیدن به نتیجه نیست بلکه تلاش برای روشن کردن نقش اساسی رهبران محلی و مردم معمولی در این رویکرد است. در کنار این چنین رویکردی، بسیج عمومی این امکان را در اختیار مردم قرار می‌دهد که سطوح بالاتر اجتماعی مانند دولتمردان و جوامع حرفه‌ای را درگیر مسایلشان کنند. این نگاه پایین به بالا متکی به قدرت مردم برای شرکت دادن سطوح بالایی جامعه در حل مشکلاتشان است.

جامعه به معنای «گروهی از افراد است که مسایلشان را با یکدیگر به اشتراک گذاشته و با هم و بر مبنای علایق مشترکشان» عمل می‌کنند.

وقتی جوامع عامل ایجاد یک مداخله سلامت می‌شوند، به معنی این نیست که آن‌ها با یکدیگر مشورت کرده و به نتیجه‌ای رسیده‌اند. در حقیقت آن‌ها نیرو و خواسته‌هایشان را با هم به اشتراک می‌گذارند. «بسیج عمومی» می‌تواند به وسیله رهبران محلی و یا محرک‌های خارجی در یک جامعه ایجاد شود. معمولاً محرک‌های خارجی، مثلاً متخصصان و یا سازمان‌های مرتبط با سلامت، نقش آسان‌سازی فرآیند شکل‌گیری «بسیج عمومی» را بر عهده دارند.

در همین رابطه، کارشناسان و سازمان‌های حوزه ارتباط در سلامت، باید رهبران محلی و جوامع آن‌ها را در رسیدن به اهداف زیر از لحاظ سخت‌افزاری و نرم‌افزاری یاری رسانند:

۱- پیدا کردن راه‌حلی که علاوه بر تناسب با مشکل، بر مبنای قدرت جامعه طراحی شده باشند.

۲- آسان‌سازی امکان همکاری با دیگر بخش‌های جامعه

۳- آگاه کردن افراد با موانع احتمالی و راه‌های غلبه بر آن‌ها

۴- برطرف کردن تضادهای میان افراد جامعه و خلق یک عزم عمومی برای حل

مشکلات

۵- برقراری وضعیتی به منظور همکاری حداکثری جامعه شامل افزایش پیام‌های ارتباطی، فراهم‌سازی مواد و ابزار لازم و انجام فعالیت‌هایی که در نهایت به ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی منجر شود.

۶- طراحی یک فرآیند ارزیابی دقیق به منظور کنترل میزان و شکل پیشرفت برنامه

و تغییر بعضی موارد در صورت نیاز

۷- متمرکز نگاه داشتن جامعه بر مسئله‌ای که باید حل شود.

### بسیج عمومی به عنوان یک فرآیند اجتماعی

تأثیر بسیج عمومی در یک جامعه وقتی بیشتر خواهد شد که جوامع گوناگون با یکدیگر تعامل کرده و نیروی فوق‌العاده‌ای را برای تغییر به وجود آورند. این تعامل در واقع باعث ایجاد یک بسیج اجتماعی می‌شود که مفهومی وسیع‌تر از بسیج عمومی است، اگرچه این دو مفهوم بسیار به یکدیگر نزدیک بوده و در این کتاب گاه به گاه به جای یکدیگر استفاده می‌شوند.

در موضوع ارتباط در حوزه سلامت، بسیج عمومی بیشتر متوجه یک بیماری ویژه بوده و تلاش می‌کند با معرفی رفتارهای درست و جایگزینی آن‌ها، به کاهش ناتوانی‌ها و مرگ و میر ناشی از بیماری کمک کند.

اگرچه هنوز مواردی وجود دارند که در آن بسیج عمومی قسمتی از یک برنامه بزرگ تر «ارتباط در حوزه سلامت» بوده که اهداف جامع تری مانند آشنایی مخاطبین با خدمات تازه در حوزه سلامت و یا افزایش دسترسی عموم مردم به این دست از خدمات را دنبال می‌کنند.

بسیج رهبران جوامع گوناگون و به دنبال آن بسیج مردم آن جامعه‌ها، یک فرآیند طولانی مدت است که شکل آن بر مبنای ساختار، ویژگی‌ها و نیازهای هر جامعه تغییر می‌کند. با این وجود تجربه‌های متعدد نشان داده است که رعایت بعضی از اصول به طور کلی امکان موفقیت یک برنامه را افزایش می‌دهد:

- اطلاعات باید مبتنی بر شواهد باشند. این عامل باعث جذب بیشتر مخاطبان به موضوع مورد نظر و در اولویت قرار دادن آن می‌شود. علاوه بر این، وجود شواهد عینی، احتمال شناخت درست راه کارها و برنامه‌های موجود را برای مخاطبان افزایش داده و باعث می‌شود تا آن‌ها با علاقه بیشتری در فرآیند تغییر رفتار همکاری کرده و نسبت به آن متعهد باقی بمانند.
- برای مخاطبین باید به درستی روشن شود که دقیقاً از آن‌ها چه کاری خواسته می‌شود و آن‌ها باید چه رفتاری از خود نشان دهند؟
- در زمان طراحی و اجرای این برنامه‌ها باید به دقت تمام عوامل مهم و تأثیرگذار را مد نظر قرار داد.
- کیفیت آموزش و ارایه خدمات سخت افزاری توسط متخصصان و کارشناسان برنامه به رهبران و اعضای یک جامعه، نقش مهمی را در موفقیت این برنامه‌ها ایفا می‌کنند. این نوع حمایت‌ها و ارایه خدمات، در افزایش احتمال بقای اثرات در طولانی مدت، نقش حیاتی دارند.
- وجود برنامه‌های مکمل مانند، کمپین‌های رسانه‌ای و گسترش خدمات رسانی، نقش ارزنده‌ای را در افزایش توان برنامه‌های «بسیج عمومی» و تشویق اعضا به وفادار ماندن به فرآیند تغییرات دارد.



اگرچه بیشتر عوامل مورد اشاره در تمام زمینه‌های ارتباطی در حوزه بهداشت و درمان (سلامت) مهم هستند اما ارزش آن‌ها در برنامه‌های «بسیج عمومی» نمود بیشتری دارد.

در نهایت کمک به مداخلات مبتنی بر نیروی درونی یک جامعه در قالب بسیج عمومی، نیاز به مهارت گوش کردن مناسب، اعتقاد راسخ به ارزش کار گروهی و توانایی برای انتقال این اعتقاد به دیگران دارد. ضمن این که کارشناسان این حوزه باید مهارت‌های مناسبی در برقراری روابط بین فردی نیز داشته باشند.

#### □ بسیج عمومی، راهی برای افزایش دانش و تغییر نگرش افراد

همانند دیگر سطوح برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، بسیج عمومی تلاش می‌کند تا در نهایت بر رفتار افراد تأثیر بگذارد. ما می‌کوشیم تا مروری بر شکل تأثیر برنامه‌های بسیج عمومی بر دانش و نگرش مردم داشته باشیم.

#### □ اعتقاد به افراد جامعه

انتقال ایده‌ها و الگوهای رفتاری مناسب به یک گروه یا جامعه، یک فرآیند طولانی مدت و البته دشوار است. یک راه برای کاهش این دشواری‌ها، استفاده از نیروها و استعدادهای خود جامعه است. اولین گام در این راه شناخت رهبران محلی است. رهبران محلی، افرادی هستند که در جوامع و گروه‌های خود به عنوان الگو مطرح بوده و یا این که توانایی صحبت کردن آن‌ها بیشتر از دیگران است. این افراد چند دسته هستند.

دسته اول آن‌هایی هستند که پیش از آغاز برنامه‌های مداخله‌ای سلامت، نیز به عنوان سر دسته گروه خود شناخته شده ولی از اطلاعات و دانش کافی درباره موضوع مورد نظر برخوردار نیستند. کارشناسان ارتباط در حوزه سلامت، با شناسایی این افراد و ترغیبشان برای حضور در دوره‌های آموزشی و حمایت اطلاعاتی از آن‌ها، ایشان را برای شروع وظیفه شان به عنوان رهبر گروه در برنامه‌های بسیج عمومی آماده می‌کنند.

در کنار اینها، برخی افراد هستند که از لحاظ ویژگی‌های فردی و شخصیتی، از توانایی خوبی برای هدایت گروه برخوردارند اما هنوز در این جایگاه قرار نگرفته‌اند. چنین افرادی پس از شناسایی، آموزشهای لازم را دریافت کرده و از سوی دیگر برای در دست گرفتن جایگاه رهبری گروه، مورد حمایت و تشویق قرار می‌گیرند.

قدرت و توانایی برنامه‌های بسیج عمومی برای تغییر دانش، نگرش و رفتار مردم بسیار زیاد است و فهرست بیماری‌هایی که این برنامه‌ها می‌توانند با ایجاد تغییرات ذکر

شده در پیشگیری از آن‌ها مؤثر باشند، تمام نشدنی است. با تشویق مردم به گرفتن سررشته زندگی و سلامت در دستان خود، می‌توان نقش مهمی را در تولید نتایج پایدار و طولانی مدت در تغییر نگرش و رفتار افراد جامعه مورد نظر بازی کند.

### مراحل کلیدی برنامه‌های «بسیج عمومی»

برای شرح دادن مراحل کلیدی «بسیج عمومی»، مدل‌ها و ساختارهای متعددی وجود دارد. اگرچه برخی از مراحل مورد اشاره در مدل‌های مختلف، با یکدیگر متفاوت است، برخی از شاخصه‌ها نیز در تمام این ساختارها یکسان است:

- درک ویژگی‌های کلیدی، ارزش‌ها، اعتقادات، نیازها، هنجارهای اجتماعی و اولویت‌ها از اهمیت بالایی برخوردارند.
- رابطین سلامت در انتقال مطالب باید از هرگونه تمایلات شخصی، در موضوعات مرتبط با سیستم سلامت، اعتقادات و رفتارها، دوری کنند.
- برای افراد جامعه مورد نظر باید در ابتدای شروع برنامه و در زمان اجرای آن، نسبت به حمایت و همکاری با برنامه‌ها جذابیت ایجاد شود.
- برنامه‌ها باید مبتنی بر شواهد بوده و به نیازها و اولویت‌های افراد جامعه مورد نظر پاسخ دهند.
- باید بر اهمیت ایجاد ظرفیت‌های لازم و تقویت استقلال و اتکا به خود، تأکید شود.
- باید یک فرآیند ارزیابی دقیق که تمام اعضای جامعه و رهبران محلی بر آن توافق داشته باشند، طراحی شود که حتی در طول اجرا شاخص‌های مورد نظر را بررسی و نتایج را تحلیل کند.
- برنامه باید توانایی تکرار شدن در همان جامعه و یا انتقال به جوامع دیگر را داشته باشد.

### □ اصطلاحات عمومی و مراحل بسیج عمومی

#### ۱- انتخاب سازمان‌ها و رهبران

رابطین سلامت، پیش از شروع هر برنامه بسیج عمومی، باید افراد و مؤسساتی را که در جامعه مورد نظر علاقه مند به همکاری در چنین برنامه‌هایی هستند، شناسایی کنند. در این راه، این شاخص‌های مهم باید مورد ملاحظه قرار گیرند:

- جامعه مورد نظر، علاقه اولیه را برای همکاری و اولویت دادن به یک موضوع ویژه سلامت، در خود نشان داده است.
  - در جامعه مورد نظر میزان شیوع بالایی از بیماری مورد نظر وجود دارد که مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری را افزایش داده است.
  - موضوع مورد توجه، با میزان سلامتی و پیشرفت آن جامعه، رابطه دارد. همانطور که گفته شد انتخاب و آموزش مدیران، اولین مرحله از برنامه بوده و البته یکی از حیاتی ترین قسمت‌ها برای رسیدن به موفقیت است.
- این مرحله با انجام یک سری تحقیقات مقدماتی آغاز می‌شود. افراد مختلفی مانند NGOها، گروه‌های فرهنگی، مراکز دولتی، مساجد و نظایر آن می‌توانند در جمع آوری اطلاعات و بررسی منابع به برنامه کمک کنند. در حین این تحقیقات افرادی نیز که توانایی رهبری گروه‌های مختلف را بر عهده دارند، شناسایی می‌شوند.
- نتایج تحقیقات اولیه باید به طور رسمی و غیر رسمی در اختیار اعضای جامعه مورد نظر قرار گیرد.

به عنوان نمونه در برنامه پیشگیری از مالاریا در آنگولا که به طور مشترک توسط یونیسف و وزارت بهداشت آنگولا اجرا می‌شد، نتایج تحقیقات اولیه در اختیار دولتمردان، شرکت‌ها، NGOها، دانشگاه‌ها و نظایر آن قرار گرفت. این اطلاعات به آن‌ها فرصت داد تا درباره این یافته‌ها فکر کرده و نسبت خود را با جامعه شان معلوم کنند. در نهایت این اطلاعات باعث شد تا راه کارهای اولیه به منظور افزایش آگاهی مردم نسبت به مالاریا و استفاده از تورهای ضد مالاریا، به شکل وسیع گسترش یابند.

## ۲- تحقیقات بین شریکان

تحقیقات بین شریکان که با نام‌های دیگری مانند ارزیابی جامعه محور و یا ارزیابی بین شریکان نیازها نیز نامبرده می‌شود، یک تلاش تحقیقاتی است که در آن اعضای جامعه، محققان و سازمان‌ها و گروه‌های علاقه مند دخیل هستند. این تحقیقات در حقیقت یک گفتگوی دو طرفه است که با مردم آغاز شده و در طی آن جامعه موضوعات کلیدی، اولویت‌ها و اقدامات احتمالی را شناخته و درک می‌کند. از نتایج این تحقیقات در تمام مراحل دیگر بسیج عمومی به عنوان راهنما استفاده می‌شود.

سازمان آمریکایی تحقیقات بهداشت، درمان و کیفیت، تحقیقات بین شریکان را به عنوان «یک فرآیند تحقیقات محیطی که در آن ارزش مطالعات هم برای محققان و

هم برای اعضای جامعه مورد مطالعه آشکار می‌شود»، تعریف کرده است. در تحقیقات بین شریکان معمولاً از روش‌های سنتی تحقیق مانند گروه متمرکز و یا تحقیق نفر به نفر استفاده می‌کنند.

از آنجایی که جامعه مورد مطالعه باید به طور فعال در طراحی روش تحقیق و سؤال‌ها و در نهایت تحلیل اطلاعات همکاری داشته باشد، باید عواملی فراهم شود تا این مشارکت در حداکثر میزان ممکن انجام شود. تجربه نشان داده است که عوامل مختلف مرتبط با خود جامعه و البته گروه محقق در این امر دخیل هستند. از سوی دیگر مفهوم همکاری ممکن است میان مردم و سازمان‌های مختلف، متفاوت باشد.

### ۳- ملاقات‌های گروهی اجتماعی

این مرحله نسبت به تحقیقات بین شریکان، افراد بیشتری را درگیر خود می‌کند. این قرارها ممکن است از قبل طراحی شده باشند، مانند قرار ماهانه اعضای گروه‌های مختلف صنفی یا نهادهای غیر دولتی. چیزی مثل قرار ماهانه انجمن نویسندگان که به طور منظم برگزار می‌شود. در چنین حالتی کارشناسان برنامه از چنین فرصت‌هایی استفاده کرده و با اجازه گروه مورد نظر، قسمتی از آن جلسه را برای توضیح و انتقال پیام‌ها به اعضای آن گروه اختصاص می‌دهند. از سوی دیگر این ملاقات‌ها ممکن است به طور مجزا و با اهداف مشخص توسط تیم مجری برنامه‌های بسیج عمومی تشکیل شود. بعضی از این اهداف عبارتند از:

- به اشتراک گذاری نتایج به دست آمده حاصل از تحقیقات بین شریکان با گروه بزرگتری از اعضای جامعه
- آگاه سازی افراد جامعه نسبت به مسایل مرتبط با سلامتی، ارتباطشان با وضعیت جامعه، تغییرات رفتاری و اجتماعی احتمالی
- پیشرفت میزان درک موجود از اولویت‌ها و نیازها
- ایجاد فضای مناسب برای گفتگو میان اعضای جامعه پیرامون مسایل موجود و راه حل‌های احتمالی آنها
- تشویق کردن و متعهد کردن داوطلبان و رهبران جامعه برای مشارکت در تلاش‌های بسیج عمومی
- شناخت نقش‌ها و مسئولیت‌های اعضای جامعه در اجرای برنامه

در شرایط ایده آل چنین ملاقاتهایی باید توسط رهبران محلی، با کمک کارشناسان برنامه، هدایت و برگزار شود. در شرایطی که رهبران محلی برای این کار آماده نبوده و یا آموزش کافی را ندیده باشند، خود کارشناسان هدایت و اجرای این ملاقات‌ها را بر عهده می‌گیرند، البته بعد از آن که پیام‌های اصلی و راهکارهای اجرای ملاقات با رهبران محلی در میان گذاشته شده و موافقت آن‌ها جلب شود.

#### ۴- ملاقات‌های بین شریکان

زمانی که جامعه اولویت‌های اصلی خود را شناخت، حالا نوبت برگزاری ملاقات‌ها بین شریکان، میان اعضای جامعه، سازمان‌ها و سایر نهادهایی است که در اجرای برنامه‌ها مشارکت دارند.

این ملاقات‌ها با اهدافی مانند موارد زیر انجام می‌شوند:

الف- تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌های هر کدام از اعضا در اجرای برنامه

ب- پیشرفت تفاهم میان اعضا در مورد شکل اجرای پروژه‌ها

ج- گسترش راهکارها و طرح‌های اجرایی

د- تعریف و تفاوت مشترک بر روی شاخص‌های ارزیابی

ه- بحث پیرامون مباحث آموخته شده

و- به روزرسانی اطلاعات در حین انجام پروژه

۵- گسترش رویکردها، فعالیت‌ها و ابزار ارتباطی

بسیج عمومی به وسیله رویکردها و ابزارهای متفاوت مانند تئاتر، رسانه‌های سنتی، بروشورها، ملاقات‌های خانگی و برگزاری کارگاه‌های متفاوت کامل می‌شود. نکته مهم آن است که تمام این ابزارها باید به وسیله مردم جامعه و برای همان مردم استفاده شود و به اهداف اصلی برنامه و تغییرات رفتاری و اجتماعی مورد نظر متعهد بماند.

#### □ مدل‌های فعالیت اجتماعی

در طول زمان مدل‌های مختلفی برای فعالیت‌های اجتماعی طراحی شده است. در بعضی از آن‌ها ارزیابی فعالیت‌ها، یک قسمت کلیدی از اجرای برنامه است در حالیکه در بقیه مدل‌ها، ارزیابی یک قسمت جداگانه از قسمت‌های اصلی فعالیت‌ها است. انتقال فعالیت‌ها از یک جامعه به جوامع دیگر نیز از مراحل است که در بعضی از مدل‌ها از قسمت‌های اصلی بوده و در بعضی دیگر به عنوان یک بخش جداگانه به آن نگریسته می‌شود.

مدل‌هایی که به این قسمت به عنوان بخش‌های اصلی برنامه‌های بسیج عمومی می‌نگرند، برای امکان پیگیری نتایج برنامه‌ها و اجرای آن‌ها در زمان‌های متفاوت در جوامع دیگر ارزش زیادی قائل هستند.

در این مدل‌ها کارشناسان ارتباط در حوزه سلامت، به افراد جامعه یاری می‌رسانند تا محیطی خلق کنند که افراد در آن برای روبرو شدن با مسایلشان تقویت شوند.

این دست از مدل‌ها شامل مراحل کلیدی هستند که در ادامه از آن‌ها نامبرده

می‌شود:

۱- سازمان دهی جامعه به منظور اجرای برنامه‌ها که شامل انتخاب رهبران از میان

افراد می‌شود

۲- بررسی مشکلات موجود و تعیین اولویت‌ها بر اساس تحقیقات بین شریکان

۳- برنامه ریزی دسته جمعی برای اجرای مواردی به منظور حمایت از تغییرات

اجتماعی و روبرو شدن با مشکلات. روبرو شدن با مشکلات مرتبط با سلامت، ضروری است. این موارد باید قابل انجام و پایدار بوده و توانایی اداره کردن گروه‌ها و سازمان‌ها را به تغییر سیاست‌هایشان داشته باشند.

۴- «ارزیابی دسته جمعی» یک عمل مشترک میان تمام اعضای جامعه و

کارشناسان مجری برنامه است که در آن نتایج به دست آمده با اهداف در نظر گرفته شده در ابتدای برنامه مقایسه می‌شود.

تفاوت اصلی این مدل‌ها نسبت به نمونه‌های دیگر، تلاش مؤکد آن‌ها برای ایجاد

تغییرات اجتماعی نسبت به تغییرات رفتاری است. زمانی که موقعیت موجود و ویژگی‌ها

و میزان آمادگی جامعه اجازه دهد، این مدل‌ها وسیله بسیار خوبی برای روبرو شدن با

اختلافات و مشکلات وسیع موجود در حوزه سلامت هستند. در پایان لازم است اشاره

کنیم که تغییرات اجتماعی با مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری در افراد، گروه‌ها و

سازمان‌ها در بخش‌های مختلف جامعه آغاز و پایان می‌پذیرد.

### نکات کلیدی

□ بسیج عمومی یکی از سطوح مهم برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت است که

به دنبال قدرت مند کردن جامعه برای ایجاد تغییرات مورد نیاز برای رسیدن به

نتایج بهتر در حوزه سلامت است. این تلاش‌ها از مردم عادی جامعه آغاز شده و می‌کوشد تا تمام سطوح جامعه را درگیر کند.

□ در این بخش اصطلاحات «بسیج عمومی» و «بسیج اجتماعی» به جای یکدیگر به کار رفتند. یکی از مبانی اصلی این فصل آن بود که تأثیرات بسیج عمومی در صورت در کنار هم قرار گرفتن چند اجتماع و گروه می‌تواند افزایش یافته و نیرویی بزرگ را برای تغییرات اجتماعی عظیم به وجود آورد.

□ گرچه بسیج عمومی در اغلب موارد بر روی یک بیماری خاص متمرکز می‌شود، اما گاهی اوقات با اهداف بزرگتری مانند مسایل مهم سلامت جامعه روبرو است و به عنوان مکمل سایر سطوح برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت به کار می‌رود.

□ آموزش مهارت‌های اجتماعی و تحریک جامعه به همکاری در اجرای برنامه‌ها، در کنار حفظ استقلال اعضای جامعه از اصول بنیادین برنامه‌های «بسیج عمومی» هستند.

□ تأثیرات برنامه‌های بسیج عمومی وقتی افزایش می‌یابند که این برنامه‌ها، جزیی از پروژه‌های بزرگتر برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت بوده و به وسیله آنها، حمایت و پشتیبانی شوند.

□ چندین مدل برای شرح مراحل مختلف برنامه‌های «بسیج عمومی» وجود دارند که همه آنها بر نتایج رفتاری و اجتماعی متمرکز بوده و از ویژگی‌های مشترک زیادی برخوردار هستند.





---

## فصل هفتم

### روابط حرفه‌ای پزشکی

---

در این فصل می‌خوانید:

- ارتباط با ارایه دهندگان خدمات بهداشتی \_ درمانی: رویکرد رو در رو
- اصول نظری در روابط حرفه‌ای پزشکی
- اجزای کلیدی برنامه‌های اصلاح روابط حرفه‌ای
- راه‌ها و فعالیت‌های ارتباطی حرفه‌ای
- نگاه کلی به راه‌ها و فعالیت‌های ارتباطی کلیدی
- مفاهیم کلیدی

سیستم‌های بهداشتی درمانی و به دنبال آن روش‌های طبابت، در طول دهه‌های اخیر تغییرات شگرفی کرده‌اند.

امروزه پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات مرتبط با سلامت، روز به روز با مطالب و وظایف بیشتری روبه‌رو می‌شوند:

- آن‌ها باید هزینه‌ها را محاسبه کرده و سودمند بودن و به صرفه بودن داروها و درخواست‌های تشخیصی احتمالی را از لحاظ اقتصادی بررسی کنند.

- آن‌ها باید خود را با پیشرفت تکنولوژی و تحولات سریعی که در استانداردهای ارایه خدمات اتفاق می‌افتد، وفق دهند.
  - آن‌ها باید آماده پاسخگویی به پرسش‌های پیچیده‌ای باشند که بیماران با افزایش آگاهی‌هایشان از آن‌ها می‌پرسند.
  - آن‌ها باید با دیگر همکارانشان برای به دست آوردن بیمار، رقابت کنند.
  - آن‌ها باید روزانه مدارک و فاکتورهای زیادی را برای قانع کردن سازمان‌های بیمه گر تهیه و جمع‌آوری کنند.
- ارتباط میان ارایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان به آن‌ها کمک می‌کند تا چالش‌های شان را با هم در میان گذاشته و از اطلاعات یکدیگر برای مواجه شدن با آن‌ها و در نهایت ارایه خدمات بهتر به بیمارانشان استفاده کنند.

### ارتباط با ارایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان؛ رویکرد رو در رو

انتقال اطلاعات علمی میان افراد به صورت مستقیم، از ابتدای تاریخ پزشکی یکی از راه‌های اصلی پیشرفت علم پزشکی بوده و امروزه نیز از راه‌های مهم آشنایی ارایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان با استانداردهای جدید و روش‌های جدید تشخیصی و درمانی است.

نمونه بارز این نوع ارتباط، تعامل میان استادان و دانشجویان جوان تر برای انتقال تجربیاتشان است.

مفهوم انتقال علمی از زمان بقراط، پزشک یونان باستان و پدر پزشکی مدرن آغاز شده است. بقراط تمام یافته‌ها و روش‌های درمانی اش را با دقت یادداشت می‌کرد و به این شکل دانش او به پزشکان دیگر انتقال می‌یافت تا از آن استفاده کنند.

این شکل از انتقال اطلاعات در طول زمان به مبادله رو در رو اطلاعات تبدیل شده است. مبادله متقابل و رو در رو، به معنای انتقال اطلاعات میان نفراتی است که در یک حوزه تخصصی و یا در مورد یک موضوع خاص به گفتگو با یکدیگر می‌پردازند.

گاهی اوقات این انتقال اطلاعات میان افراد از یک سو و سازمان‌ها و گروه‌های تخصصی که مسئول به روزرسانی اطلاعات پزشکان و معرفی استانداردهای جدید به آن‌ها هستند، اتفاق می‌افتد. در ادامه فهرستی از مخاطبان کلیدی ارتباطات حرفه‌ای آورده شده است.

مخاطبان کلیدی ارتباطات حرفه‌ای در حوزه سلامت:

- پزشکان
- دستیاران تخصصی
- مدیران بیمارستان‌ها
- پرستاران
- گفتار درمانان
- توانبخشان
- دندان پزشکان
- متخصصان تغذیه
- دانشجویان

اگرچه ارتباط با حرفه‌ای‌های بخش بهداشت و درمان، تنها جزئی از برنامه‌های بزرگتر ارتباط در حوزه سلامت است، اما باید به یاد داشته باشیم که این ارتباط دارای ویژگی‌های متفاوتی است.

برای ارتباط با حرفه‌ای‌ها، شما باید زبان آن‌ها را بشناسید و اطلاعات عمیقی درباره موضوع مورد بحث داشته باشید. از سوی دیگر باید با اصطلاحات آن‌ها آشنا باشید، به همین دلیل معمولاً افرادی در گروه‌های ارتباطی مسئول گرفتن رابطه با متخصصان می‌شوند که ویژگی‌های خاصی داشته باشند.

در ارتباط با متخصصان می‌توان اهداف زیر را در نظر داشت:

- ۱- ارتقای تطبیق پذیری متخصصان با بهترین روش‌های درمانی
- ۲- معرفی مفاهیم و استانداردهای تازه در حوزه بهداشت و درمان
- ۳- افزایش آگاهی متخصصان نظریه‌ها، اکتشافات و سیاست‌های جدید
- ۴- تغییر و یا معرفی اولویت‌های بهداشتی - درمانی
- ۵- پیشرفت تغییرات در حوزه سیاست سلامت با تشویق متخصصان به حمایت از

این تغییرات

ارتباط با متخصصان مثل سایر سطوح مداخلات محور، باید بر مبنای یک درک

درست از خواسته‌ها، نیازها، نگرش‌ها و مسایل مورد توجه مخاطبان پایه گذاری شود.

این برنامه‌ها باید بر ایجاد تغییرات در رفتار متخصصان عرصه بهداشت و درمان و

در صورت نیاز تغییر هنجارها و سیاست‌های جوامع حرفه‌ای متمرکز شده و آن‌ها را

تشویق کند تا در طراحی، اجرا و ارزیابی چنین برنامه‌هایی مشارکت کرده و در حل مسایل مرتبط با سلامت، خود را به عنوان یک عنصر مهم بپذیرند.

### مبانی نظری در برنامه‌های ارتباطی با متخصصان عرصه بهداشت و درمان

طراحی و اجرای این شکل از برنامه‌های ارتباطی، تفاوت چندانی با سایر سطوح ندارد. در ابتدا و پیش از هر چیز، طراحان باید مخاطبان را شناسایی کرده و درک کاملی از نیازهای آنان به دست آورند. سپس اهداف طرح را مشخص کرده و پیام‌های ارتباطی را طراحی کنند. نکته دوم در این میان، مشارکت دادن خود متخصصان در طراحی، اجرا و نظارت بر برنامه است. شناخت رهبران گروه‌های حرفه‌ای و تلاش برای ترغیب آنان به مشارکت در این برنامه‌ها، گام بعدی گروه‌های ارتباطی است.

گاهی اوقات برگزیدن یک رویکرد سازمان محور، می‌تواند فرآیند تغییر رفتار در مخاطبان را آسانتر و سریعتر سازد.

وقتی گروه‌ها و سازمان‌های مورد قبول و اعتماد متخصصان، به عنوان نمونه سازمان‌های نظام پزشکی، رهبری تغییر در شکل رفتارها و البته اعتقادات و اولویت‌ها را بر عهده بگیرند، میزان پذیرش در متخصصان این عرصه به میزان قابل توجهی افزایش خواهد یافت.

ورود سازمان‌ها به برنامه می‌تواند از پایین به بالا و یا برعکس باشد. گاهی یک عضو ساده اولین نفری است که به ضرورت تغییرات پی می‌برد و با گفتگو با دیگر همکاران و ترغیب آن‌ها، سطح به سطح تا مدیر سازمان پیش می‌رود. گاهی نیز اولین تغییر در سطح مدیریتی اتفاق افتاده و پس از آن به سایر اعضا انتقال داده می‌شود.

صرف نظر از منشاء آغاز تغییرات، آن چیزی که اهمیت دارد، انتقال پیام‌ها به بالاترین تعداد ممکن از متخصصان و ترغیب آن‌ها به رعایت اصول و مبانی است که باعث تأمین بهترین شیوه درمان برای بیمار می‌شود.

### عناصر کلیدی برنامه‌های ارتباطی با متخصصان عرصه بهداشت و درمان

یکی از مهم‌ترین عناصر در این سطح از ارتباط نیز، توجه به ماهیت چند وجهی و چند اصلی این نوع ارتباطات است. تنها ارتباط‌هایی می‌توانند نتایج موفقیت آمیز و پایداری داشته باشند که از تمام ابزار و فعالیت‌های ممکن برای ایجاد تغییرات استفاده کرده باشند.

در ادامه فهرستی از خصوصیات کلیدی برنامه‌های ارتباطی با متخصصان آورده می‌شود که در همین فصل در مورد آن‌ها صحبت خواهد شد.

- ۱- مبتنی بر شواهد
- ۲- دارای ویژگی برای مخاطب
- ۳- بیمار محور
- ۴- رفتار محور
- ۵- کاربردی
- ۶- شامل توصیه‌ها و ابزاری باشد که به آسانی در دسترس متخصصان قرار گیرد.
- ۷- چند وجهی بودن
- ۸- سازگار بودن

#### □ مبتنی بر شواهد

پزشکان باید تصمیمات خود برای درمان بیماران را بر اساس آمار و اطلاعات علمی دقیق و راهنماهای معتبر که توسط مراجع علمی تهیه می‌شوند، بگیرند. در همین راستا برنامه‌های ارتباطی که گروه مخاطب هدفشان، متخصصان و صاحبان مشاغل مرتبط با سلامت هستند نیز باید پیام‌هایشان را بر پایه اطلاعات دقیق و معتبر طراحی کنند تا میزان پذیرش آن‌ها توسط متخصصان را افزایش داده و باعث پیشرفت در تطبیق پذیریشان با روش‌ها و ایده‌های درمانی جدید شوند.

#### □ دارای ویژگی برای مخاطب

اطلاعات باید بر مبنای ویژگی‌های حرفه‌ای هر فرد به او انتقال یابد. به عنوان مثال هنگامی که شما می‌خواهید درباره چگونگی تهیه واکسن قابل تزریق از پودرهای مورد نظر جزئیاتی را ارائه کنید، مخاطبان شما پرستارانی هستند که بیشتر وظیفه شان مربوط به تهیه و تزریق واکسن به افراد است. از سوی دیگر اگر شما بخواهید در مورد واکسن‌های جدید و ویژگی‌هایشان پیام‌ها را طراحی کنید، مخاطبان اصلی شما پزشکان خواهند بود. توجه به ویژگی‌های مخاطب باعث می‌شود تا هر کدام از صاحبان مشاغل سلامت، اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت و این خود باعث ایجاد یک رابطه مناسب میان آن‌ها و بیماران شده که نتایج درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

#### □ رفتار محور

همانند دیگر سطوح ارتباط در حوزه سلامت، اهداف رفتاری باید پیش از آغاز برنامه به روشنی تعیین شده باشند. به عبارت دیگر طراحان باید از خود پرسند که دقیقاً از پزشکان و سایر افراد شاغل در این حوزه می‌خواهند که چه کاری را انجام دهند؟ تمام مداخلات باید بر اساس همین رفتارهای از پیش تعیین شده، طراحی شوند.

#### □ بیمار محور

اگرچه بیماران در تمام سطوح «ارتباط در حوزه سلامت» از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند اما این ویژگی در برنامه‌های ارتباطی با متخصصان، اهمیت بیشتری می‌یابد. تأکید بر این نکته که استفاده از ابزار و روش‌های جدید درمانی می‌تواند نتایج حاصل از اقدامات درمانی آن‌ها را بهبود بخشد، می‌تواند نقش مؤثری در پذیرش این روش‌ها توسط آنان داشته باشد.

از سوی دیگر این رویکرد برای بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن بوده و یا به هر علتی به طور طولانی مدت تحت درمان قرار می‌گیرند. از اهمیت بالاتری برخوردار بوده و پزشکان باید روش درمانی شان را به طور مداوم با استفاده از مطالعات تازه تر اصلاح کنند.

#### □ کاربردی

تمام تلاش‌ها برای برقراری ارتباط با متخصصان، همیشه با این پرسش روبرو می‌شود: «این‌ها به چه دردی می‌خورند؟». تمام شاغلان در حرف سلامت انتظار دارند که پس از مطالعه یک مقاله و یا شرکت در یک همایش، مطالب مفیدی را که در کار درمانی روزانه شان به آن‌ها کمک می‌کند، بیاموزند.

برای مثال، هنگام برگزاری یک کارگاه در مورد مالاریا، سخنران در ابتدا باید در مورد راه‌های تشخیص و درمان مالاریا صحبت کرده و پس از آن به سراغ بررسی راه‌های مختلف پیش‌گیری از مالاریا و مقایسه آن‌ها برود.

## □ قابل اجرا

موانع زمانی، اولویت‌های متفاوت و گاه محدودیت‌هایی که از طریق سیستم درمان به پزشک تحمیل می‌شوند، همه و همه می‌توانند از توانایی‌های پزشک برای تغییر رفتار و حرکت به سمت درمان‌های جدید، بکاهند.

بنابراین یک برنامه ارتباطی موفق برای رسیدن به یک تأثیر پایدار باید تا جایی که می‌تواند توصیه‌هایش را ساده و قابل اجرا سازد. نکته مهم این است که تغییرات مورد نظر باید در قالب رفتارهای روزانه درمانی متخصصین بگنجد و به شکلی نباشند که فرد حرفه‌ای به آن‌ها به چشم یک کار اضافه و خارج از برنامه نگاه کند.

این هدف می‌تواند با گسترش فعالیت‌ها و یا ابزارهایی که در رابطه با یک بیماری و یا یک درمان ویژه به وجود می‌آیند، محقق شود.

برای نمونه، مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا به عنوان بخشی از تلاشش برای ارتقای شناخت و توانایی مدیریت پزشکان در مورد آسیب ضربه‌ای خفیف به مغز، بیماری‌ای که به طور سالانه ۱/۱ میلیون نفر در آمریکا به آن دچار می‌شوند، یک سی دی که در آن اطلاعات کلینیکی قابل استفاده، در مورد بیماران به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی، که پزشکان می‌توانستند از آن برای شروع و یا کامل کردن مصاحبه‌شان با بیمار استفاده کنند، به همراه یک دستگاه که قابلیت اجرای CD مورد نظر را داشت، به پزشکان ارائه داد.

این سی دی علاوه بر اطلاعات درمانی، روش‌هایی را به پزشکان آموزش می‌داد که بتوانند یک ارتباط مؤثر با بیمار خود برقرار کرده و روش‌های پیش‌گیری از چنین حالتی را به آن‌ها بیاموزند.

در واقع هدف این بسته ارتباطی، نه تنها افزایش دانش پزشکان، بلکه افزایش آگاهی بیماران به عنوان محور برنامه‌های ارتباطی بود.

## □ چند وجهی

این موضوع ثابت شده است که نگاه چند وجهی نسبت به رویکردهای انفرادی مؤثرتر هستند. در جدولی که در پایین ملاحظه می‌کنید نتایج حاصل از ۳۶ مرور کلی آورده شده است که رویکردهای متفاوت را بر اساس میزان تغییر ایجاد شده در عملکرد کلینیک‌ها، مقایسه کرده است.

میزان اثرات به دست آمده	تعداد مقالات مرور شده	رویکردها و ابزار
اثرات محدود	۹	ابزارهای آموزشی، مجلات، ارسال پست الکترونیکی
اثرات محدود	۴	برگزاری دوره‌های آموزشی و کنفرانس‌ها
مطالعات محدود، در بیشتر موارد مؤثر	۴	برگزاری ملاقات‌های آموزشی، رایحه آموزش در گروه‌های کوچک
به طور ویژه مؤثر در تجویز دارو و پیشگیری	۸	انجام ملاقات‌های وسیع آموزشی آسان سازی، حمایت از تغییرات
تأثیرات متفاوت	۷	بررسی بازخوردها در میزان اجرا
تأثیرات متفاوت	۳	استفاده از رهبران اجتماعی
خیلی مؤثر	۱۶	مداخلات چند وجهی و ترکیبی همراه با آموزش

همان طور که ملاحظه می‌کنید، برخلاف رویکردهای تک محوری یا چند محوری که بعضاً مؤثر نبوده و یا تأثیر کمی دارند، رویکردهای چند وجهی بسیار مؤثر هستند.

#### □ سازگار بودن

پیام‌های ارتباطی باید علاوه بر سازگاری با سطح مداخلات و مطالعات جدید، با جدیدترین راهنماها و بهترین روش‌های درمان سازگار باشند. سازگار بودن پیام‌ها یکی از اصول بنیادی ارتباط بوده و راه روشنی را برای پیشرفت تغییرات فراهم می‌کند. پیام‌ها و توصیه‌های متناقض ممکن است باعث گسج شدن مخاطبان شده و بر روی خواست آن‌ها برای تغییر، اثر نامطلوب بگذارد.



### نگاه کلی به فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی

پزشکان به شکل سنتی اطلاعاتشان را از مطالعه کتاب‌ها، مقالات، مجلات و سایر منابع نوشتاری به دست می‌آورند و این شکل از انتقال اطلاعات هم چنان به عنوان راهی معتبر برای دریافت یافته‌های تحقیقاتی تازه به شمار می‌آید. اما از سوی دیگر اتکای صرف به این منابع، ایجاد محدودیت‌هایی نیز با خود به همراه دارد.

اول آن که پزشکان برای مطالعه منابع جدید وقت محدودی دارند. بر اساس برخی تحقیقات، میانگین ساعتی که پزشکان برای مطالعه در طول یک هفته صرف می‌کنند بیشتر از یک ساعت نیست.

دوم آن که بیشتر پزشکان توانایی لازم برای بررسی کیفیت و اعتبار مقالات متعدد منتشر شده را ندارند.

سوم آن که موانع و محدودیت‌های متعددی برای تبدیل اطلاعات حاصل از مطالعه به یک روش درمانی کلینیکی وجود دارد.

یک برنامه ارتباطی که به درستی طراحی و اجرا شود، از راه‌های متفاوتی به منظور رسیدن به اهداف زیر استفاده می‌کند:

- کامل کردن اطلاعات به دست آمده از منابع نوشتاری
- ارائه اطلاعات در ساختارهای کاربردی و به روشی که دریافت آن‌ها آسان باشد
- تعیین ارزش مقالات و منابع متفاوت و مشخص کردن موارد با اهمیت از نظر کارکرد کلینیکی
- مشخص کردن بهترین راهنماها و بهترین درمان‌های ممکن
- فراهم آوردن ابزار و راهنمایی‌هایی مناسب برای عبور از موانع موجود بر سر راه تطبیق‌پذیری پزشکان با روش‌های جدید درمانی
- جدولی که در ادامه می‌آید، نشان دهنده ابزار و راه‌های ارتباطی است که معمولاً در برنامه‌های ارتباطی با متخصصان حوزه سلامت، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

<p>راه‌های ارتباطی</p>	<p>ملاقات‌های دوره‌ای، کنفرانس‌های تخصصی ملاقات‌های محلی، ملاقات‌های فصلی تخصصی اتفاقات ویژه مانند میزگردها و سمپوزیوم‌ها شبکه جهانی اینترنت رسانه‌های تخصصی ابزارهای ویژه ارتباطی</p>
<p>ابزارهای کلیدی الف: منابع چاپی</p>	<p>یک موضوعی: یک مقاله، کتاب یا جزوه که خودش به تنهایی کامل بوده و شامل قسمت‌های متعددی است. کاغذ سفید: نوعی نوشتار تک موضوعی است که بر مبنای بحث‌های مطرح شده در یک میزگرد و یا یک گروه کاری شکل می‌گیرد. مقالات عمومی: مطالبی هستند که به قصد ایجاد عزم و توجه عمومی بر روی یک مشکل ویژه مرتبط با سلامت منتشر می‌شوند. ویژه نامه‌های مطبوعاتی: ترکیبی از مقالات علمی و مصاحبه‌ها هستند که پیرامون یک موضوع ویژه تهیه شده و همراه با مجله اصلی منتشر می‌شوند.</p>
<p>ب: منابع اینترنتی</p>	<p>وب سایت‌ها هشدارهای الکترونیکی: این هشدارها توسط سازمان‌های تخصصی برای اعضایشان فرستاده شده، آن‌ها را نسبت به درمان‌های جدید، اتفاقات و سایر اطلاعات مورد علاقه آن‌ها آگاه می‌کند. بحث‌های آنلاین، سمینارهای زنده، نسخه‌های الکترونیکی ابزارهای چاپی</p>
<p>برنامه‌های صوتی و تصویری</p>	<p>آموزش تصویری، استفاده از ویدئو کنفرانس‌ها و ملاقات‌ها به منظور حمایت از موضوع مطرح شده در کنفرانس‌ها</p>
<p>وسایلی که به آسانی قابل استفاده هستند.</p>	<p>ابزارهایی مانند بروشورها، ویدئوها، این ابزارها که ممکن است چاپی یا الکترونیکی باشند، می‌توانند توسط پزشکان در راستای اهداف متعددی استفاده شوند. اهدافی مانند: ارتباط با بیماران، شناخت راه‌های تشخیصی، برگزاری جلسات آموزشی برای تمام اعضای کلینیک</p>

در نهایت این که ابزار و فعالیت‌هایی که برای برقراری ارتباط با متخصصان استفاده می‌شوند، باید پاسخگوی راه کارها و اهداف برنامه باشند و باعث تغییر در رفتار پزشکان شده و نتایج درمانی بهتری را برای بیماران رقم بزنند.

### مفاهیم کلیدی

- برقراری ارتباط با متخصصان و صاحبان مشاغل سلامت برنامه‌هایی هستند که در جستجوی تأثیرگذاری بر متخصصان این عرصه و ایجاد تغییرات رفتاری در آنها و افرادی که مسئول مستقیم ارائه خدمات بهداشتی درمانی هستند، می‌باشند.
- به علت تأثیری که صاحبان مشاغل سلامت بر روی تصمیم‌گیری بیماران و نتایج حاصل از درمان دارند، برنامه‌های ارتباطی با متخصصان این عرصه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و معمولاً به عنوان یک قسمت حیاتی از برنامه‌های بزرگ‌تر ارتباط در حوزه سلامت شناخته می‌شوند که به دنبال تغییر رفتار در بیماران و اثرگذاری بر سطوح بالاتر جامعه و سیاستگذاران هستند.
- اگرچه پزشکان و سایر دست‌اندرکاران حوزه سلامت، تنها به عنوان دسته‌ای از مخاطبان برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت شناخته می‌شوند، اما برقراری ارتباط درست با آنها نیاز به مهارت‌ها و بعضی از ابزارهای ویژه نیز دارند. همین ویژگی‌ها باعث می‌شود تا با بقیه سطوح برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت تفاوت پیدا کند.
- همانند بقیه قسمت‌های برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، تغییرات رفتاری و اجتماعی مورد نظر، پیش از آغاز برنامه شناسایی شده و از آنها در طول اجرا برای ارزیابی کیفیت استفاده شود. در نهایت هدف برنامه‌های ارتباطی با متخصصان حوزه سلامت، افزایش میزان تطبیق‌پذیری با درمان‌های تازه و رسیدن به نتایج درمانی بهتر است.
- ویژگی‌های کلیدی و ابزارهای لازم برای اجرای موفق چنین برنامه‌هایی، باید در هنگام طراحی و اجرای آنها مورد توجه قرار گیرند.
- برنامه‌های ارتباطی که در هنگام طراحی به موانع موجود بر سر راه تغییر رفتارها توجه داشته باشند، در هنگام اجرا تأثیر گذارتر خواهد بود.
- در این حوزه برنامه‌های مبتنی بر تعامل که البته هزینه بیشتری از سایر مدل‌ها دارند، با احتمال زیادتری باعث ایجاد تغییر در رفتار متخصصان خواهند شد.
- تجربه‌های مختلف نشان داده است که استفاده درست و ترکیبی از راه کارهای انفرادی و رویکردهای سازمان محور، از اهمیت و نقش بالایی برخوردار هستند.



---

## فصل هشتم

# روابط بین شریکان در "ارتباط در حوزه سلامت"

---

در این فصل می‌خوانید:

- روابط بین شریکان، یک تعریف تجربی
- تصدیق کردن حقوق همه گروه‌های شریک در برنامه
- روابط بین شریکان، یک رویکرد مؤثر و ساختارمند
- مفاهیم کلیدی

در بیشتر کشورهای دموکراتیک، سیاستمداران و دولت مردان از روابط با مردم برای مشورت، تعامل و تبادل نقطه نظرات با عموم جامعه استفاده می‌کنند. در همین نوع روابط است که مردم عادی می‌توانند ضمن بیان خواسته‌های خود، از تصمیماتی که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، حمایت کنند.

عموم مردم، گروه‌های اجتماعی و صنوف مختلف از مهم‌ترین موکلان سیاستمداران هستند. از سوی دیگر دولتمردان، کلیدی‌ترین شرکای برنامه‌های سلامت عمومی هستند. در واقع آن‌ها می‌توانند بر کارکرد سازمان‌های مختلف مرتبط با سلامت تأثیر گذاشته و در تأمین بودجه و منابع برای اجرای مداخلات مرتبط با سلامت، آن‌ها را

یاری کنند. گاهی اوقات تلاش به منظور درک درست سیاستمداران و دولتمردان از سلامت عمومی، مهم ترین وظیفه کارشناسان حوزه سلامت است زیرا این درک درست علاوه بر جلب توجه آنها به این حوزه، شانس جذب بودجه و قرار گرفتن در اولویت های بودجه بندی را برای مداخلات حوزه سلامت افزایش می دهد.

روابط بین شریکان نه تنها در حوزه سلامت عمومی بلکه در بخش دولتی و خصوصی که با مسایل مختلف مربوط به سلامت روبه رو هستند، معمولاً تحت عنوان کلی روابط در حوزه سلامت، مورد استفاده قرار می گیرد.

این فصل می کوشد تا ضمن تعریف روابط بین شریکان، موضوعات کلیدی آن را روشن سازد. هم چنین شکل استفاده از این روابط در حوزه سلامت را مورد بررسی قرار داده و پیرامون نقش این روابط در تمام سطوح برنامه های ارتباطی در حوزه سلامت گفتگو کند.

### روابط بین شریکان، یک تعریف تجربی

قبل از تعریف روابط بین شریکان، مهم است که معنی شریک را بدانیم. در واقع شریکان می توانند از رأی دهندگان به یک سیاستمدار یا یک گروه سیاسی و اعضای گروه های تخصصی گرفته تا مجمع حامیان و طرفداران گروه ها یا اتفاقات مختلف (مانند مجمع حامیان برخورد با مهاجران غیر قانونی)، باشند.

در حوزه بهداشت و درمان شریکان شامل بیماران، پزشکان، کارمندان بیمارستانها، گروه های تخصصی، سازمان های غیر انتفاعی، شرکت های داروسازی و نظایر آن هستند. این گروه های مختلف می توانند بر یکدیگر تأثیر بگذارند. بسته به زمان و موضوع مورد بحث، هر کدام از این گروه ها ممکن است نسبت به دیگران مؤثر بوده و به پیشرفت سلامت عمومی و رسیدن به هدف های مشترک بیشتری کمک کنند.

در ارتباط در حوزه سلامت، روابط بین شریکان می تواند به عنوان فرآیند گردهم آیی، تبادل اطلاعات و طراحی و حفظ روابط راهبردی میان سازمان ها و دست اندرکاران کلیدی برنامه ها به منظور رسیدن به اهداف مشترک، که می توانند در به نتیجه رسیدن مداخلات مرتبط با سلامت مؤثر باشند، تعریف شود.

فرآیند برقراری ارتباط مؤثر و ساختن یک شراکت پایدار، بسته به سطوح مختلف برنامه های ارتباطی (به عنوان مثال، ارتباط بین فردی، ارتباط عمومی) متفاوت خواهد

## روابط بین شریکان در "ارتباط در حوزه سلامت / ۱۴۳"

بود. اگرچه این شکل از ارتباط به عنوان یک عنصر مهم در تمامی سطوح ارتباطی مطرح است، به طور هم زمان به عنوان یک سطح مستقل از برنامه‌های ارتباطی نیز مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد. در اغلب موارد روابط با نزدیکان، به یک همکاری و ائتلاف راهبردی تبدیل می‌شود.

روابط بین شریکان در طول بیست سال گذشته، به عنوان یک سطح راهبردی از برقراری روابط در بخش‌های خصوصی و دولتی مورد توجه قرار گرفته است. از این روابط به منظور گسترش ائتلاف‌ها و کمک به توسعه سیاسی و اقتصادی استفاده شده است.

به طور کلی، روابط بین شریکان یک رویکرد ساختاری است که می‌تواند ارزش ارتباط طرفین را به بالاترین میزان ممکن رسانده و قدرت این ارتباط را برای رسیدن به اهداف سلامتی یا اجتماعی نمایان سازد.

برای نمونه در سال ۱۹۹۹ مؤسسه ملی سلامت روانی، یک برنامه آموزشی چند بخشی را آغاز کرد. این برنامه ابتکاری بر توانایی تأثیر گروه‌های حمایتی در ترکیب کردن دانش روز با خدمات مرتبط با سلامت، تمرکز کرده و از برنامه‌های ارتباطی با هدف افزایش دسترسی بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی به خدمات مناسب پزشکی با تأمین اطلاعات و ابزار لازم، حمایت می‌کرد.

این برنامه از مؤسسات و سازمان‌های مختلف ملی و استانی مایل به همکاری به منظور کاهش فاصله ایجاد شده میان خدمات پزشکی با دانش روز با استفاده از پخش آخرین یافته‌های علمی، آگاه سازی عمومی مردم درباره مشکلات روانی، اعتیاد به الکل و اعتیاد به مواد و در کنار آن شکستن تابوها و کاهش تبعیض‌های موجود در مورد این بیماری‌ها، ثبت نام به عمل آورد. هم چنین مؤسسه ملی سلامت روان آمریکا در طول اجرای این برنامه توانست با کمک گروه‌های اجتماعی مختلف در سراسر آمریکا، یک دستورالعمل ملی تحقیقاتی را در راستای تأمین نیازهای سلامت عمومی گسترش دهد.

## روابط بین شریکان ؛ یک رویکرد مؤثر و ساختاری

همانند سایر سطوح ارتباط در حوزه سلامت، روابط بین شریکان نیز، هم هنر و هم دانش است. سازمان‌های سلامت که برای اولین بار از رویکرد ارتباطات چند بخشی استفاده می‌کنند، ممکن است برای رسیدن به موفقیت در تلاش‌های ارتباطی شان، نیاز به

ایجاد تغییراتی در چارت سازمانی، شرح وظایف کارمندان و تیم‌های سازمان و یا موارد دیگری داشته باشند.

سازمان‌های دخیل در امر سلامت و تیم‌های ارتباطی، ممکن است تمایل داشته باشند تا ساختار درونی شان را به منظور بنا نهادن یک رابطه مناسب بین بخشی و گسترش راهبردی همکاری و ائتلاف بسازند. چنین تغییری معمولاً از سطح مهم مدیریتی (مانند مدیر عامل، هیئت مدیره، مدیر روابط عمومی) آغاز می‌شود و سپس به بقیه سطوح سازمان گسترش می‌یابد.

تشویق کارمندان به روابط بین بخشی و تفکر کار گروهی دارای مراحل زیر است:

- تعیین و تعریف روابط چند بخشی و پشتیبانی از آن و هنگامی که امکانات اجازه دهد،
  - بنا نهادن یک بخش ویژه در ساختار سازمان برای انجام این کار
  - تأکید بر اهمیت کار تیمی، گوش کردن، مهارت گفتگو، برقراری تعادل میان نیازها و به اشتراک گذاری اعتبار با دیگر سازمان‌ها برای رسیدن به موفقیت
  - آموزش کارمندان
  - به اشتراک گذاری نتایج با دیگر قسمت‌های سازمان
- علاوه بر این سازمان‌ها و تیم‌های ارتباطی در حوزه سلامت، باید دید بلند مدتی نسبت به فعالیت‌های بین بخشی، مسایل کلیدی و اولویت‌هایشان داشته باشند.

#### □ گسترش اتحاد به منظور رو به رو شدن با مشکلات اجتماعی و سلامتی به منظور افزایش برد برنامه‌ها

یکی از مهم‌ترین نتایج ارتباطات چند بخشی، گسترش همکاری و ائتلاف میان طرفین ارتباط است. ائتلاف در واقع یک همکاری رشد یافته است که نیاز به ساختارهای رسمی بیشتر شامل توافق نامه قانونی، تیم مخصوص مدیریتی، ابزار و لوازم و در نهایت تعهد دو طرفه طولانی مدت به اهداف ائتلاف دارد.

صرف نظر از شکل و ساختار همکاری، ائتلاف و یا سایر نمونه‌های تشریک مساعی میان طرفین، می‌تواند به پیشبرد اهداف اجتماعی و سلامتی جامعه کمک کند. این کمک می‌تواند با تقویت اهمیت و اعتبار یک موضوع ویژه، و ایجاد اتحاد میان همه بخش‌ها برای تأثیر گذاری بر سیاستمداران، رسانه‌ها و سایر عوامل مهم، آزمایش برد برنامه‌ها و ترکیب منابع و تخصص‌های مختلف، صورت گیرد.



## روابط بین شریکان در "ارتباط در حوزه سلامت" / ۱۴۵

بایدها و نبایدها به منظور بنا نهادن و پایدار نگهداشتن یک رابطه طولانی مدت

بایدها	نبایدها
درک وظایف، اولویت‌های راهبردی و تمرکز بر گروه‌های چند بخشی کلیدی	
دسترسی به این گروه‌ها در ابتدای برنامه	
داشتن یک ذهن باز برای انتقال اطلاعات مرتبط	
در نظر گرفتن نگرانی‌ها و مشکلات	
شناخت و احترام به تفاوت‌های فرهنگی، نژادی و سایر تفاوت‌ها	
توجه داشتن به اهداف و اولویت‌های مشترک	
تلاش برای بنیان نهادن یک ارتباط طولانی مدت بر مبنای اعتماد و احترام متقابل	
در صورت تمایل، بررسی موانع همکاری احتمالی	نگاه تحقیر آمیز به یکی از طرفین، اگر چه از لحاظ جایگاه پایین‌تر بوده و یا این که طرفدار رویکرد متفاوتی نسبت به مسایل مرتبط با سلامت باشد
پس از آغاز همکاری، احترام گذاشتن به سر رسیده‌های زمانی، تعهدهای مالی، توافقات قبلی و وظایف	فرض کردن این که گروه مقابل از تمام برنامه‌های شما و هدف‌هایتان حمایت می‌کنند
تشویق همه اعضا به داشتن نهایت همکاری در زمان طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه	دادن این احساس به طرف مقابل که در یک وظیفه و کار مشترک، آن‌ها نسبت به مسئولیت‌هایشان پاسخگو نیستند
	تلاش برای کنترل یا مدیریت طرف مقابل

### □ مراحل کلیدی در گسترش یک همکاری استراتژیک

ساختن یک همکاری استراتژیک در هر دو مرحله شروع همکاری و حفظ آن نیاز به تلاش زیادی دارد. یافتن شرکای احتمالی اقدام مهمی است که در مراحل اولیه فرآیند باید انجام پذیرد. در کنار این باید نسبت به محدودیت‌های سازمانی و نیازهای اداری

سازمان‌ها که ممکن است از شکل‌گیری همکاری جلوگیری کرده و یا آن را تحت تأثیر قرار دهد، شناخت پیدا کرد.

تصمیم برای گسترش همکاری باید در همان مراحل ابتدایی اجرای برنامه گرفته شود. سازمان‌های مرتبط با سلامت و تیم‌های ارتباطی باید نسبت به مشکلات احتمالی که ممکن است در کار پیش بیاید، آگاهی داشته و برای مواجهه مؤثر با آن آمادگی داشته باشند.

به طور کلی، بیشتر مشکلات قابل حل هستند، اگر اهداف همکاری به طور دقیق مشخص شده و بار کاری بین طرفین به درستی تقسیم شده باشد.

موانع احتمالی در همکاری:

- احساس کاهش قدرت کنترل بر میزان توسعه برنامه
- وقت گیر بودن فرآیند
- خروج بعضی از طرفین از ائتلاف
- کمبود سطح همکاری و میزان تعهد به پروژه
- موانع اداری زیاد
- هزینه‌های بالای حفظ و مدیریت ائتلاف

#### □ انتخاب درست همکاران

از آن جایی که فهرست همکاران احتمالی معمولاً بسیار طولانی است، توجه به برخی از شاخص‌ها، ممکن است ما را در انتخاب درست شریکان کمک کند. این شاخص‌ها عبارتند از:

- یافتن اهداف و مأموریت‌های مشترک که معمولاً از یک نقطه نظر مشترک آغاز می‌شود اما گاهی اوقات این اهداف می‌تواند نتیجه یک فرآیند شناسایی علایق مشترک و گفتگو برای انتخاب اهدافی باشد که تمام طرفین را راضی کند.
- پس زمینه‌ها و تجربیات مرتبط با یک موضوع ویژه و یا در مورد مخاطبانی که هدف برنامه هستند و یا وجود تجربه‌های پیشین در زمینه‌هایی که ممکن است به عنوان الگو برای مداخلات جدید ارتباطی مطرح باشد.
- وجود رابطه قبلی با یک سازمان دیگر
- جدیدیت در مورد اهداف و مفاد کلی برنامه

## روابط بین شریکان در "ارتباط در حوزه سلامت / ۱۴۷"

- دسترسی به منابع و مهارت‌های اضافی
- هزینه‌های اقتصادی و زمانی که برای ایجاد و حفظ رابطه و همکاری مورد نظر لازم است

به طور خلاصه، همیشه بهترین حالت ممکن آن است که شما شریکتان را به گونه‌ای انتخاب کنید که خصوصیات سازمانی و حرفه‌ای او بتواند در دراز مدت شما را در رسیدن به اهداف کلی برنامه یاری رساند. در زمان همکاری با شرکت‌های تجاری، سازمان‌های غیر انتفاعی معمولاً قوانین و ساختار خاص خود را دارند تا علاوه بر حفظ اعتبار و استقلال خود، بتوانند همکاری مناسب و قابل قبولی با این نوع شرکا داشته باشند. معمولاً این قوانین و دستورالعمل‌ها با احترام متقابل و موافقت از سوی بخش‌های تجاری، رو به رو می‌شود.

در ادامه و برای نمونه قوانین مؤسسه ملی سرطان آمریکا (NCI) را برای ارتباط با بخش‌های تجاری مرور می‌کنیم:

۱- NCI در هیچ برنامه‌ای که هدف از آن حمایت از یک محصول، خدمت و یا سرمایه گذاری ویژه باشد، مشارکت نمی‌کند.

۲- نام و لوگوی مؤسسه ملی سرطان آمریکا تنها در پروژه‌هایی قابل استفاده است که مورد موافقت این مؤسسه قرار گرفته باشد. طبیعی است که این موافقت تنها با اجازه کتبی قابل اثبات خواهد بود.

۳- NCI هر پیشنهادی برای همکاری را به طور رسمی مورد مطالعه و بررسی قرار خواهد داد.

۴- هیچ شرکتی اجازه استفاده انحصاری از نام، لوگو، پیام‌ها و ابزار NCI را در اختیار نخواهد داشت.

۵- آشنایی قبلی، هیچ ضمانتی برای موافقت NCI برای شرکت در یک همکاری نیست.

### □ شاخص‌های NCI برای بررسی پیشنهادهای همکاری

- شرکت درخواست کننده نباید صاحب کارخانه دخانیات بوده و یا به شکلی در تولید، پخش و فروش مواد دخانی نقش داشته باشد.
- شرکت درخواست کننده نباید هیچ محصول، خدمات و یا تبلیغی داشته باشد که با سیاست و برنامه‌های NCI مغایرت داشته باشد. به عنوان نمونه شرکت مورد نظر

- نباید در خرید و فروش مواد سرطان زا و یا سایر موادی که از نظر پزشکی یا علمی از طرف NCI مورد تأیید قرار نگرفته‌اند، نقشی داشته باشد.
- شرکت مورد نظر نباید هم اکنون در حال مذاکره با NCI پیرامون یک قرارداد یا توافق تجاری باشد.
- شرکت درخواست کننده، هیچ تقابل و یا اختلاف نظر حل نشده‌ای با NCI و سازمان ملی سلامت آمریکا نداشته باشد.
- همکاری با شرکت مورد نظر، در تقابل یا تضاد با دیگر همکاری‌های NCI و یا برنامه‌های ملی سلامت نداشته باشد.
- شرکت یا مؤسسه مورد نظر به شکل قانع کننده‌ای با استانداردهای موجود سلامت و بهداشت و درمان همخوانی و مطابقت داشته باشد.
- شواهدی دال بر علاقه شرکت درخواست کننده به همکاری با NCI وجود داشته باشد.

در نهایت، اجرای برنامه‌های ارتباط چند بخشی و همکاری و ائتلاف‌های حاصل شده از این برنامه‌ها، یک سرمایه ارزشمند در همه سطوح ارتباط در حوزه سلامت است. به عنوان نمونه به هنگام طراحی یک برنامه ارتباطی با متخصصان و صاحبان مشاغل سلامت، درگیر کردن سازمان‌ها و گروه‌هایی که می‌توانند در تغییر رفتار پزشکان تأثیر بگذارند، یک نکته حیاتی است. از سوی دیگر ارتباطات چند بخشی به بسیاری از نظریه‌ها و ابزارهایی که در سایر سطوح ارتباطی (مانند ارتباطات بین فردی) استفاده می‌شوند، بستگی دارد و علاوه بر این می‌تواند به عنوان یک سطح ارتباطی مجزا نیز مطرح باشد.

معمولاً برنامه‌ها و رویکردهای ارتباطی جدید و یا تصمیم‌گیری برای تمرکز بر یک موضوع ویژه سلامت، از یک ملاقات غیر رسمی و یا یک تماس تلفنی میان گروه‌های درگیر در آن برنامه آغاز می‌شوند. از همین نقطه ابتدایی، راه تعامل معاصر میان طرفین به همان پیچیدگی و تدریجی است، که در این فصل به آن اشاره شد.

### مفاهیم کلیدی

- روابط چند بخشی یکی از سطوح کلیدی ارتباطات در حوزه سلامت بوده و هم چنین یک عنصر حیاتی در سایر سطوح ارتباطی در این عرصه است.

## روابط بین شریکان در "ارتباط در حوزه سلامت" / ۱۴۹

- در ارتباطات در حوزه سلامت، روابط چند بخشی می‌تواند به عنوان فرآیند گردهم آیی، مبادله اطلاعات و در نهایت آغاز و حفظ یک رابطه راهبردی میان اعضا و گروه‌های اصلی درگیر در برنامه، به منظور رسیدن به اهداف و نتایج مشترک در یک برنامه ارتباطی ویژه و یا وظایف مرتبط با سلامت، تعریف شود.
- روابط بین بخشی در سلامت عمومی و بخش‌های تجاری و غیر انتفاعی، معمولاً به عنوان یک سطح بنیادین ارتباطی استفاده می‌شود.
- یکی از فرض‌های اولیه ارتباطات چند بخشی، اهمیت شناخت و رعایت حقوق همه طرفین درگیر است، از جمله آن‌هایی که ممکن است نظر و یا رویکرد متفاوتی به مسایل و مشکلات حوزه سلامت داشته باشند.
- آغاز و حفظ یک رابطه مثبت میان گروه‌هایی که اهداف و ارزش‌هایشان را با هم به اشتراک می‌گذارند، به عوامل متعددی بستگی دارد.
- ایجاد مشارکت برای حل یک موضوع ویژه در حوزه سلامت و یا گسترش یک همکاری و ائتلاف راهبردی، نیاز به کارسخت و گذر از چند مرحله بنیادین دارد. این مراحل معمولاً در اجزای طرح‌های همکاری در برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت (به بخش دوازدهم مراجعه کنید) خلاصه می‌شوند.



---

بخش سوم

طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتباطی  
در حوزه سلامت

---





---

## فصل نهم

# کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی «ارتباط در حوزه سلامت»

---

در این فصل می‌خوانیم:

- چرا برنامه‌ریزی مهم است؟
- رویکردها به برنامه‌ریزی «ارتباط در حوزه سلامت»
- چرخه‌ی «ارتباط در حوزه سلامت» و فرایند برنامه‌ریزی راهبردی
- گامهای کلیدی در برنامه‌ریزی «ارتباط در حوزه سلامت»
- عناصر برنامه‌ی موثر «ارتباط در حوزه سلامت»
- تنظیم هدف کلی برنامه: دیدگاهی عملی
- اهداف پیامدی: رفتاری، اجتماعی، و سازمانی
- مفاهیم کلیدی

بیشتر سازمان‌های سلامت، در جایی از چرخه‌ی حیات خود، برنامه‌ای را برای ارتباطات دارند، اما بسیاری از آنها در عملیاتی کردن برنامه‌ها به نحوی که اعضا، وظایف و یا موجودیت سازمان خود را تحت تأثیر قرار دهند، مشکل دارند. بیشتر مشکلات در نبود درک گامهای بنیادی یک برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت و چگونگی طراحی مداخلاتی نهفته است که با وظایف سازمان، همچنین نیازهای مؤسسان

و ذینفعان کلیدی آن تناسب و تطابق داشته باشد. به عبارت دیگر، اغلب آن چه که انتظار می‌رود یک برنامه، برای سازمان و مخاطبان کلیدی اش انجام دهد، شفاف و روشن نیست.

یک نمونه‌ی عملی، استفاده از هشدارهای اجباری به عنوان بخشی از راهبرد سیاست عمومی ایالات متحده برای "آموزش مصرف کنندگان در باره‌ی خطرات سیگار" است. هشدارها نسبت به مصرف سیگار، سالهای متمادی است که به کار می‌روند، اما ناکارآمدی ابزارهای ارتباطی آنها ثابت شده است. بخشی از مسئله این است که این هشدارها به دنبال مذاکرات بین دولت فدرال ایالات متحده و صنعت دخانیات طرح ریزی شده اند و "با اهداف [و اصول] اختصاصی ارتباطات، تهیه و اجرا نشده اند".

مهم است که سیاست گذاران، درک روشنی از پیامدهای مطلوب و مورد انتظار از این هشدارها داشته باشند و از آغاز برنامه را استوار بنا گذارند. آیا هشدارها بایستی برای انتقال و اعلام توصیه‌ها طرح ریزی شوند یا برای جلوگیری از شروع مصرف سیگار؟ آیا در طرح و طول پیام جاری، مقدار زمانی که مصرف کنندگان برای خواندن هشدارها صرف می‌کنند، مورد توجه قرار گرفته است؟ آیا در هشدارها دستیابی به نوجوانان و همچنین دیگر گروه‌های سنی پرخطر هدف بوده است؟ در مورد ایجاد جاذبه‌ی ترسیمی هشدارها در مقابل تصاویر پر زرق و برق تبلیغات صنعت دخانیات چگونه؟ درک تمام این عوامل و بسیاری دیگر که در اینجا فهرست نشده‌اند، در صورتی که به عنوان بخشی از برنامه‌ی جامع «ارتباط در حوزه سلامت» در عمل مورد توجه قرار گیرند، می‌توانند تأثیر هشدارهای مصرف سیگار را افزایش دهند.

این نمونه، مفروضات بنیادین متعددی از این کتاب را تقویت می‌کند: مخاطب خود را بشناسید؛ در باره‌ی آن چه از آنها انتظار دارید انجام دهند یا باور داشته باشند، شفاف باشید؛ از رویکردهای چندوجهی و مشارکتی برای تأثیر گذاری بر باورهای اساسی و رفتار آنان استفاده نمایید، و به آنان کمک کنید تا خودشان جریان را تغییر دهند. در ارتباط در حوزه سلامت، برنامه ریزی فرایندی به شدت پژوهش محور است. واژه شناسی ارتباط در حوزه سلامت در هدایت گام‌های مختلف برنامه ریزی و اجرا اهمیت دارد.

این فصل، اولین قسمت از بخش سوم، که راهنمایی گام به گام را برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی ارتباط در حوزه سلامت ارائه می‌کند، به بحث در باره‌ی چرایی اهمیت برنامه ریزی می‌پردازد و گام‌های کلیدی فرایند ارتباط در حوزه سلامت را

## کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی "ارتباط در حوزه سلامت" / ۱۵۵

برجسته و روشن می‌سازد. این فصل کلیاتی از این فرایند را ارائه می‌کند که با جزئیات بیشتر در فصل‌های بعدی شرح داده می‌شوند و، با استفاده از مثالهای عملی، معنای "هدف کلی برنامه" را تبیین نموده و راهنمای عملی تنظیم این اهداف را در آغاز برنامه، همراه با اهداف تغییر رفتاری، اجتماعی و سازمانی ارائه می‌کند.

### چرا برنامه ریزی مهم است؟

سازمان‌های بهداشتی اغلب با رویه‌ی فوری عمل می‌کنند و از ارتباطات، در اساس به عنوان ابزاری برای پاسخ دادن به نیازهای فوری یا بحران‌های ناگهانی استفاده می‌کنند. این رویکرد اغلب به مشکلاتی در تأمین سرمایه گذاری یا پاسخ کافی به نیازهای بعدی و به اصطلاح نیازهای دقیقه‌ی آخر منجر می‌شود. واقعیت این است که اکثر نیازها قابل پیش بینی اند و در صورتی که برنامه ریزی برای ارتباط، یکی از پروتکل‌های استاندارد و فعالیت‌های مهم سازمان باشد، بسیاری از بحران‌ها را می‌توان تحت کنترل درآورد.

برنامه ریزی ارتباط، فرایندی مبتنی بر پژوهش است. درک عمیقی از محیط ارتباط، همچنین نیازها، ترجیحات، و انتظارات مخاطبان و ذینفعان کلیدی روی موضوع سلامت می‌تواند به مداخلات چندوجهی و به خوبی هماهنگ شده، منتهی شود که نسبت به رویکردهای منفرد و پراکنده به ارتباط، بسیار مؤثرتر هستند. حتی زمانی که مداخله‌ی «ارتباط در حوزه سلامت» بخشی از تلاش و برنامه‌ی بزرگتر بهداشت عمومی یا سازمان است، که در بیشتر موارد نیز چنین رخ می‌دهد، "یک برنامه‌ی اختصاصی برای مقوله «ارتباط در حوزه سلامت» ضرورت دارد".

یک برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت می‌تواند روشن سازد که یک سازمان چگونه می‌تواند:

- وظایف خود را پیش ببرد
  - دیگران را در مسئله‌ی سلامت و راه حل‌هایش درگیر سازد
  - دستیابی و اجرای ایده‌ها، رفتارهای پیشنهادی، و عملکردهایش را گسترش دهد
  - و در نهایت از تغییر رفتار سلامت حمایت کند
- علاوه بر اینها، برنامه ریزی می‌تواند به طرق دیگری نیز مفید باشد:
- دانش بیشتری در باره‌ی مسئله‌ی سلامت مورد نظر و عوامل کلیدی تأثیرگذار بر راه حل‌های بالقوه‌ی آن، فراهم کند

- درک روشنی را از خصوصیات، فرهنگ، ترجیحات، نیازها، سبک زندگی و رفتار مخاطبان کلیدی ایجاد کند.
- مخاطبان و ذینفعان کلیدی را در طراحی و اجرای مداخله‌ی ارتباط در حوزه سلامت، درگیر سازد و مشارکت دهد.
- آنچه که برنامه از مخاطبان کلیدی انتظار دارد و می‌خواهد که انجام دهند و این که آیا تغییر پیشنهاد شده قابل دستیابی است را، روشن کند.
- قوت‌ها، ضعف‌ها، و هزینه- موثری رویکردهای مختلف را که در حمایت از تغییر قابل استفاده‌اند، ارزیابی کند.
- اولویت‌های ارتباط را تنظیم کند.
- شرکای بالقوه را برگزیند.
- ظرفیت‌ها و منابع درونی سازمان را برای پرداختن به مسئله‌ی سلامت ارزیابی کند.
- ابزارها و فعالیت‌های مناسب فرهنگی را تهیه کند.
- محدوده‌های زمانی، نقش‌ها، و مسئولیت‌ها، همچنین مؤلفه‌های بودجه‌ای را تعریف و مشخص کند.
- مؤلفه‌های ارزشیابی طراحی شده، برای تسهیل ارزیابی برنامه برقرار سازد.

این مثال یکی از فواید برنامه ریزی را در خصوص کسب دانش در باره‌ی مسئله‌ی سلامت نشان می‌دهد: سازمانی را تصور کنید که در نظر دارد یک برنامه‌ی ارتباطی را به منظور کاهش مصرف سدیم (نمک) در بین زنان جوان با هدف نهایی کاهش بروز و ابتلای پرفشاری خون در این گروه، راه اندازی کند. قبل از تمرکز صرف بر مصرف سدیم، سازمان بایستی اهمیت سدیم در آسیب شناسی پرفشاری خون در مقابل سایر عوامل مؤثر، همچنین درسهایی از تجارب گذشته که تنها بر یک عنصر از یک وضعیت چندوجهی، متمرکز بوده اند را بازکاوی کند. اینها تنها تعداد اندکی از حیطه‌ها و زمینه‌های متعددی هستند که شایسته است برای به دست آوردن درک مناسب از مسئله‌ی سلامت و راه حل‌های بالقوه‌ی آن مورد تفحص قرار گیرند. پژوهش، سازمان را یاری می‌کند تا ایده‌ی اولیه اش را اعتباریابی کند یا، بسته به یافته‌های کلیدی، ممکن است نیاز برای رویکردی بسیار وسیع تر را به اثبات رساند.

## رویکردهای برنامه‌ریزی ارتباط در حوزه سلامت

هرچند امکان دارد در تعداد مراحل که نویسندگان مختلف برای توصیف برنامه‌ریزی ارتباط به کار برده‌اند، تفاوت‌هایی دیده شود، گامها و اصول اساسی فرایند کلی برنامه‌ریزی، همیشه یکسانند که در بخش بعدی این فصل، توضیح داده می‌شوند. اما، از دیدگاه نظری، تفاوت‌های بسیاری بین رویکردهای سنتی به برنامه‌ریزی و یک رویکرد مشارکتی‌تر وجود دارند. اکثر آنها نه تنها با فرایند بالفعل برنامه‌ریزی بلکه با پیامدهای بالقوه‌ی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت، بستگی و ربط دارند.

به طور کلی، برنامه‌ریزی سنتی "متمرکز"، "عمودی (از بالا به پایین)"، "تکنیکی (انجام توسط متخصصان)"، است و جمعیت خاصی را به عنوان جزوی که منفعلانه از برنامه‌نفع می‌برند "در نظر می‌گیرد. در مقابل، برنامه‌ریزی مشارکتی "غیرمتمرکز"، "افقی و توافقی (از پایین به بالا)"، "مبتنی بر گفت‌وگو و "مردمی"، است و فعالان اجتماعی را به عنوان عوامل فعال در توسعه‌ی خود قلمداد می‌کند.

اما، در تأمل بر روی ویژگی‌های برنامه‌ریزی سنتی در مقابل برنامه‌ریزی مشارکتی، مهم است یادآوری شود که واژه‌ی مشارکت ممکن است معانی متفاوتی نزد افراد، گروه‌ها، مردم، یا فرهنگ‌های مختلفی داشته باشد. آرمانی این است که مخاطبان کلیدی تا حد ممکن در پژوهش، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت دخیل باشند. در صورتی که مردم بخشی از فرایند تغییر باشند، احتمال وقوع تغییرات رفتاری و اجتماعی همیشه بیشتر است. تأثیر اجتماعی یک مفهوم کلیدی در عرصه‌ی ارتباط در حوزه سلامت است. برای دستیابی به آن، مهارت‌های اجتماعی گروه‌ها و اشخاص باید مورد استفاده قرار گرفته و در طرح‌ریزی برنامه اعمال گردد.

هنوز هم، انتقادهایی از رویکرد مشارکتی، به ویژه در آسیا، مطرح می‌شوند مبنی بر این که الگوهای مشارکتی اغلب بر باورها نسبت به مردم سالاری و مشارکت به سبک غربی بنا شده‌اند که با فرهنگ‌های سیاسی مناطق دیگر تناسب ندارند. به عبارت دیگر، مشارکت همیشه توسط همه‌ی جوامع و گروه‌های فرهنگی، حداقل به همان میزان و با همان دلایلی که در دنیای غرب تصور می‌شود، استقبال نمی‌شود. مهم آن که بدانیم در برخی موارد، ممکن است جامعه نسبت به صرف وقت در یک فرایند تصمیم‌گیری مشارکتی، علاقه مند نباشد و یا امکان دارد اولویت‌های دیگری داشته باشد. در زمینه‌های خاص، توصیه‌ها برای مشارکت، می‌تواند توسط اجتماعات محلی، ناآشنا و نوعی بازی دادن قلمداد شود.

به علاوه، موقعیتهایی وجود دارند که در آنها، یکی از دو رویکرد ممکن است برای پرداختن و رسیدگی کردن به یک مسئله‌ی خاص سلامت یا دفع یک بحران و محدود کردن تبعات منفی آن، مناسب تر باشد. برای مثال، در برخی موارد مانند اپیدمی‌ها و بحران‌های دیگر اجتماعی، راه حل‌های سریع و بالا به پایین، می‌تواند نتایج مثبتی را موجب شوند. در عوض، رویکرد مشارکتی، به برنامه ریزی برای دستیابی به پیامدهای بلندمدت و بادوام رفتاری و اجتماعی، بهتر جواب می‌دهد. در سایر شرایط، خصوصیات یک فرایند برنامه ریزی اختصاصی با ادغام و هماهنگ سازی دو رویکرد تعیین می‌گردد.

در نهایت، برخی از صفات مشخصه‌ی فوق‌الذکر به برنامه ریزی مشارکتی و سنتی نسبت داده می‌شوند و ممکن است از موقعیتی به موقعیت دیگر و کشوری به کشور دیگر متفاوت باشند. از این رو، آنها را بایستی تنها به عنوان تمایلات کلی این دو رویکرد تفسیر کرد، که ممکن است از عناصر بالا منحرف و دور شوند یا اینکه برای برآوردن نیازهای مخاطبان، فرهنگها، و موقعیت‌های خاص مناسب سازی شوند. این از سایر جنبه‌های ارتباط در حوزه سلامت خیلی متفاوت نیست. در حقیقت، نظریه‌ها، الگوها، و رویکردها همیشه باید بخشی از یک جعبه ابزار، با گزینه‌های متعدد در نظر گرفته شوند.

### چرخه‌ی «ارتباط در حوزه سلامت» و فرایند برنامه ریزی راهبردی

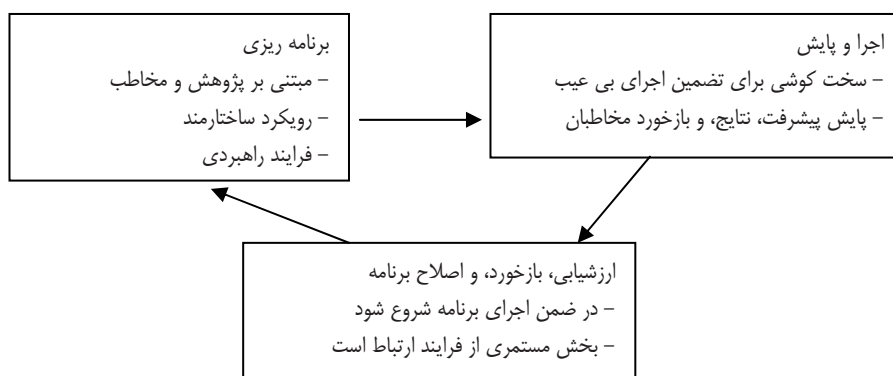
- طراحان مدل‌های مختلف، ممکن است مراحل برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت یا چرخه‌ی کلی این ارتباط را به طرق گوناگون توصیف کنند. اما مفروضات و گام‌های عمومی چرخه‌ی ارتباط در حوزه سلامت، تقریباً یکسان است:
- بیاندیشید و درک کنید که ارتباط در حوزه سلامت چگونه می‌تواند به حل یک مسئله‌ی سلامت یا پیشبرد وظایف یک سازمان بهداشتی کمک کند.
  - محیط ارتباط در حوزه سلامت و ویژگی‌های کلیدی و نیازهای مخاطبان هدف را، پژوهش کنید.
  - گروهی بین رشته‌ای مشتمل بر نمایندگان مخاطبان کلیدی برنامه، تشکیل دهید.
  - بهترین رویکرد و روش‌ها را برای دستیابی به مخاطبان هدف، شناسایی و تعیین نمایید، و آنان را در فرایند ارتباط و تغییر رفتاری و اجتماعی دخیل کنید.
  - پیام‌ها، موارد فعالیتها و ابزارهای ارتباطی را تهیه کنید و بازخورد مخاطبان هدف را جویا شوید.

## کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی "ارتباط در حوزه سلامت" / ۱۵۹

- برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت را اجرا کنید.
- تأثیر برنامه را در ارتباط با تغییرات رفتاری، اجتماعی، سازمانی، پارامترها و پیامدهای کلیدی دیگر که در آغاز برنامه با توافق تمام اعضای تیم و شرکاء، پیش بینی و تنظیم شده بودند، ارزشیابی نمایید.
- عناصر برنامه را در هماهنگی و توافق با درس‌های آموخته شده و تحلیل ارزشیابی، اصلاح یا اعتبارسنجی کنید.

شکل زیر مراحل برنامه‌ریزی ارتباط در حوزه سلامت را توصیف می‌کند و نشان می‌دهد که برنامه‌ریزی راهبردی چگونه با دو مرحله‌ی دیگر چرخه‌ی ارتباط در حوزه سلامت (اجرا و پایش ارزشیابی، بازخورد، و اصلاح) مستقیماً متصل می‌شود. در حقیقت، برنامه‌ریزی راهبردی موثر، موفقیت تجربه‌ی اجرا و همچنین فرایند کلی ارزشیابی و پیامدهای بالقوه را، تحت تأثیر قرار می‌دهد. برنامه‌ریزی نیز به نوبه‌ی خود تحت تأثیر مشاهدات و درس‌های گرفته شده در طی مراحل اجرا و ارزشیابی قرار می‌گیرد، که ممکن است به تأمین اعتبار برخی عناصر برنامه‌ی اولیه‌ی ارتباطی کمک کند، یا تغییرات بعضی دیگر را ضروری سازد. در نهایت، تمام گام‌های مرحله‌ی برنامه‌ریزی به هم وابسته اند. نارسایی یا شکست در تکمیل تمام گام‌ها ممکن است توانایی برنامه در برآورده ساختن نیازها و انتظارات مخاطبان هدف، همچنین حل موثر هر مسئله‌ی بهداشتی مشخص را محدود گرداند.

### □ چرخه‌ی ارتباط در حوزه سلامت



### گام‌های کلیدی در برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت

گام‌های فهرست شده در این بخش برای برنامه ریزی راهبردی موثر اهمیت کلیدی دارند و عملکرد واقعی ارتباط را منعکس می‌نمایند. تمام آنها با جزئیات بیشتر در فصول بعدی شرح داده می‌شوند. از آن جا که برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت فرایندی گام به گام است که در طی آن تمام مراحل به یکدیگر وابسته اند و هر یک، گام بعدی را زمینه چینی و راهنمایی می‌کند، دنبال کردن این ترتیب مهم است. شکل زیر گام‌های کلیدی برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت را نشان می‌دهد که در ادامه بیشتر توضیح داده می‌شوند.

#### □ گام‌های کلیدی برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت

- ۱- تحلیل مقدماتی: هدف نهایی برنامه
- ۲- اهداف پیامدی: رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی
- ۳- تحلیل موقعیت و نیمرخ مخاطبان
- ۴- اهداف ارتباطی
- ۵- راهبردهای ارتباطی
- ۶- طرح تاکتیکی (عملیاتی): پیامها، کانالها، مواد و فعالیت‌ها
- ۶- طرح ارزشیابی

#### □ تحلیل مقدماتی

هدف نهایی برنامه و هدفی است که برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت برای تحقق آن طرح‌ریزی می‌شود. برای مثال، کمک به ریشه کنی نابرابری‌های سلامت در بین آمریکایی‌های افریقایی تبار، کاهش ابتلا و مرگ مرتبط با آسم در بین کودکان زیر ۱۰ سال، یا کمک به کاهش تعداد مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های قابل پیشگیری توسط واکسن. این هدف کلی بایستی راهنمای طرح‌ریزی مداخله‌ی ارتباط در حوزه سلامت باشد.

#### □ اهداف پیامدی؛ رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی

این بیانیه‌ی اهداف اختصاصی رفتاری، اجتماعی، یا نتایج سازمانی است که به وسیله‌ی برنامه دنبال می‌شود و هدف غایی برنامه را پشتیبانی می‌کند. اهداف رفتاری،



## کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی «ارتباط در حوزه سلامت / ۱۶۱»

اجتماعی یا سازمانی، نتایج مطلوب نهایی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت هستند. آنها هدف غایی را تکمیل و تمام می‌کنند و بایستی در مرحله‌ی پژوهش، اعتبارسنجی شوند.. به طور آرمانی، اهداف رفتاری و انواع دیگر اهداف پیامدی بایستی دارای چهارچوب زمانی و قابل اندازه‌گیری باشند زیرا آنها اغلب به عنوان نشانگرهای کلیدی برای ارزشیابی برنامه استفاده می‌شوند. اهداف اجتماعی و سازمانی معمولاً در نتیجه‌ی دستیابی به مجموعه‌ای از اهداف رفتاری حاصل می‌شوند. بنابراین، تغییر رفتاری شاخص کلیدی هر نوع تغییر است.

بعضی از نویسندگان اهداف رفتاری، اجتماعی و سازمانی را به عنوان نوعی اهداف ارتباطی قلمداد می‌کنند. نویسندگان دیگر و سایر الگوهای ارتباطی، آنها را از اهداف ارتباطی تفکیک می‌کنند، بدین نحو که گام‌های بینابینی را برای دستیابی به اهداف رفتاری و انواع دیگر اهداف پیامدی مد نظر قرار می‌دهند. این فصل و تمام فصل‌های دیگر بخش سوم، بر الگوهای دوم مبتنی هستند. از این رو، اهداف پیامدی از اهداف ارتباطی متمایز می‌شوند. در عمل، بعد از تعیین اهداف کلی برنامه، چند پرسش کلیدی هستند که در جلسات برنامه‌ریزی ارتباط بسیار مطرحند یا بایستی مطرح شوند:

- ما از مخاطبان خود توقع داریم چه کنند؟ برخی از اعمال کلیدی که ممکن است به کاهش در بروز بیماری، ابتلا، یا مرگ منجر شوند کدامند؟
- چه نوع سیاست، ساختار اجتماعی، یا هنجاری از هدف کلی برنامه حمایت می‌کند؟
- ما چه نوع تغییری نیاز داریم تا در سازمان خود اعمال کنیم که بتواند برنامه‌ای را اجرا کند که هدف کلی مان را محقق سازد؟

مشخص کردن اهداف پیامدی از همان آغاز طرح‌ریزی برنامه، راهنمای مفیدی برای تهیه و تنظیم سؤالات پژوهشی در باره‌ی بازاریابی، شناخت و تحلیل مخاطبان کلیدی برای گام‌های اولیه‌ی برنامه‌ریزی همچنین اجرای آگاهانه‌ی تمام اجزای دیگر برنامه خواهد بود. این کار برای رسیدن به توافق در بین اعضای گروه بر روی مقاصد برنامه، نقش ابزاری و تسهیل کننده دارد.

### □ تحلیل موقعیت و ویژگی‌های مخاطب

این گام، توصیفی دقیق و مبتنی بر پژوهش از تمام عواملی است که بر مسئله‌ی بهداشتی خاص و راه‌حل‌های بالقوه‌ی آن، همچنین اتخاذ رفتارهای جدید، عملکردهای بالینی، و سیاست‌ها تأثیر می‌گذارند. این مرحله شامل تحلیلی عمیق از محیط «ارتباط در

حوزه سلامت» مرتبط با مسئله‌ی بهداشتی خاص و تمام عوامل مربوط دیگر- چنان که در فصل اول توصیف شد- می‌باشد. تحلیل موقعیت با مشخصات مخاطب که از طریق پژوهش جامع برای مخاطبان هدف، همچنین افراد و گروه‌هایی که دیدگاه‌ها یا عملکردهای آنان در موفقیت مداخله‌ی ارتباط در حوزه سلامت اهمیت بسیار دارند، در آمیخته می‌شود.

#### □ اهداف ارتباط

این اهداف گام‌های بینابینی را توصیف می‌کنند که لازم است برای رسیدن به هدف کلی برنامه برداشته شوند، هنگامی که آمادگی مخاطب، موقعیت خاص، یا پیچیده نبودن مسئله‌ی بهداشتی، اجازه‌ی برنامه‌های ساده‌ای را بدهند که انتظار می‌رود تغییرات رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی را ایجاد کنند. اهداف ارتباطی ممکن است با اهداف رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی با هم اتفاق افتند.

اهداف ارتباطی نوعاً تغییرات در دانش، نگرش‌ها، و مهارت‌هایی را توصیف می‌کنند که، در حمایت از هدف کلی برنامه، می‌توانند به تغییر رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی منجر شوند. در این شرایط، آنها پارامترهای بینابینی ارزشیابی موثر و بالقوه‌ی تلاش ارتباطی هستند. تا حد ممکن، این اهداف بایستی قابل اندازه‌گیری باشند. نمونه‌هایی از این اهداف عبارتند از: افزایش آگاهی از اقدامات و خدمات پیشگیری کننده از ویروس نقص ایمنی (HIV) در میان ۱۰ درصد از زنان جوان در ایالات متحده تا سال ۲۰۱۰، پانزده درصد از نوجوانان در گروه هدف تا سال ۲۰۰۹ گزارش خواهند داد که از خطرات مرتبط با مصرف داروهای تفریحی آگاهی دارند، و شناخت پزشکان از اهمیت تشخیص زودرس و درمان شب ادراری اولیه، در بین ۷۰ درصد از ارائه دهندگان خدمات سلامت در درمانگاه‌های اورولوژی در انگلستان، افزایش یابد.

#### □ راهبردهای ارتباطی

این گام به بیانیه‌ای وسیع‌تر در مورد این که برنامه چگونه به اهداف ارتباطی و پیامدی خودش دست می‌یابد، منجر می‌شود. راهبردها تاکتیکی نیستند. به عبارت دیگر، راهبردها با جزئیات در روش‌ها، بسیج‌های رسانه‌ای، کارگاه‌ها، یا عناصر تاکتیکی دیگر بیان نمی‌شوند. آنها توصیف‌های نظری عملکردهای ارتباطی هستند که برای دستیابی به اهداف خاص باید اتخاذ و اجرا شوند. راهبردها برای گروه‌های مخاطب به

## کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی «ارتباط در حوزه سلامت» / ۱۶۳

طور ویژه تنظیم می‌شوند؛ برای مثال، ترویج روش‌های کوتاه مدت تنظیم خانواده در بین زنان ۱۸ تا ۱۹ ساله همچنین افزایش ایمنی و تأثیر آنها از طریق مشاوره توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، افزایش فرصت‌های طبیعی (برای مثال، کنفرانس‌های سالیانه) برای برجسته کردن اهمیت بیماری سیاه سرفه و چرخه‌ی انتقال آن در بین پزشکان و مخاطبان حرفه‌ای دیگر و ایجاد یک شبکه‌ی اجتماعی و حرفه‌ای برای پشتیبانی از گروه‌های پرخطر به منظور جستجو و استفاده از غربالگری سرطان پروستات.

### □ طرح عملیاتی

طرح عملیاتی، توصیف دقیقی است از تمام پیام‌ها، مواد، فعالیت‌ها، و کانال‌های ارتباطی، همچنین روش‌هایی که برای پیش‌آزمون آنها با مخاطبان کلیدی استفاده خواهند شد. این طرح خاص هر فرد، یا گروهی از مخاطبان است و معمولاً شامل تلفیقی راهبردی از زمینه‌های مختلف ارتباط در حوزه سلامت (برای مثال، ارتباطات بین فردی و روابط عمومی) است، همانطور که در این کتاب شرح داده شد. طرح تاکتیکی شامل جدول دقیق زمانی برای اجرای برنامه، شرح بودجه‌ی تفکیکی برای هر فعالیت یا وسیله ارتباطی، و طرح نحوه‌ی مشارکت افراد با نقش‌ها و مسئولیت‌هایی که تمام اعضای تیم روی آنها توافق کرده‌اند، نیز می‌باشد.

### □ طرح ارزشیابی

این طرح شامل توصیف دقیق نشانگرهای رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی، همچنین پارامترهای دیگر ارزشیابی است که برای سنجش پیامدهای برنامه بایستی استفاده شوند. لازم است که پیامدهای مورد انتظار و پارامترهای دیگر ارزشیابی، توسط تمام اعضای گروه و شرکای برنامه مورد توافق باشند. طرح ارزشیابی بایستی روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل، گزارش یافته‌ها همچنین هزینه‌های مربوط را نیز به خوبی توضیح دهد.

### عناصر یک برنامه‌ی موثر «ارتباط در حوزه سلامت»

تنها برنامه‌های فراگیر و منسجم ارتباطی در حوزه سلامت که به خوبی برنامه‌ریزی و اجرا شوند، توانایی دستیابی به نتایج بلندمدت و بادوام را دارند. عناصر کلیدی مداخلات موثر ارتباط در حوزه سلامت در جدول زیر فهرست شده است و در اینجا به بحث اجمالی آنها می‌پردازیم.

□ عناصر کلیدی برنامه‌ی موثر ارتباط در حوزه سلامت

- تحلیل دقیق موقعیت، فرصت‌ها، و نیازهای ارتباطی
- شناخت و درک ترکیب اجتماعی مخاطبان و نیازهای آنان
- توافق زودرس روی پیامدهای مورد انتظار و پارامترهای ارزشیابی
- اهداف ارتباطی به خوبی تعریف شده
- راهبردهای مناسب طرح‌ریزی شده برای دستیابی به اهداف
- وسایل ارتباطی چندگانه و ویژه‌ی مخاطبان خاص
- کافی بودن سرمایه گذاری و منابع انسانی

□ تحلیل دقیق موقعیت، فرصت‌ها، و نیازهای ارتباطی

«ارتباط در حوزه سلامت»، یک رشته‌ی پژوهش محور است. تنها درک واقعی و درست از محیط‌های سیاسی، اجتماعی، و بازار می‌تواند به طراحی مداخلات مناسب منجر شود. این تحلیل بایستی بر انواعی از رویکردها و روش‌های پژوهشی استوار گردد که در فصل ۱۰ شرح داده شده اند.

□ شناخت و درک ترکیب اجتماعی مخاطبان و نیازهای آنان

از آنجا که مخاطب در کانون رویکرد ارتباط در حوزه سلامت است، نیازهای او، که در حال تحول است، بایستی درک و در برنامه ریزی و اجرای ارتباط لحاظ گردد. ارتباط گران بایستی نسبت به بازتعریف مداخلات بر اساس درک شان از نیازها، ترجیحات، و ارزشهای فرهنگی مخاطبان کلیدی و گروه‌های اجتماعی عمل کنند. این فرایند، که با تهیه‌ی ویژگی‌های مخاطبان به عنوان بخشی از پژوهش و برنامه ریزی ارتباط شروع می‌شود، بایستی در سرتاسر فرایند ارتباط ادامه یابد و بر دروندادهای مخاطبان مورد نظر، تکیه کند.

□ توافق زودرس روی پیامدهای مورد انتظار و پارامترهای ارزشیابی

پرسشی که اغلب در مرحله‌ی ارزشیابی مداخلات ارتباطی پرسیده می‌شود، این است که، چرا گیرندگان خدمت یا شرکای ما از نتایج برنامه‌ی ما حتی اگر اهداف برنامه محقق شده باشد، راضی نمی‌شوند؟ یک پاسخ عمومی به این نوع سؤال این است که

## کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی "ارتباط در حوزه سلامت" / ۱۶۵

شرکا، اهداکنندگان، مردم، یا خدمت‌گیرندگان در تعریف و تبیین پیامدهای مورد انتظار از برنامه‌ی ارتباط، دخیل نبوده‌اند.

تنظیم توافقی اهداف پیامدی و پارامترهای ارزشیابی در مشارکت با ذینفعان کلیدی، حداقل در بخش‌های خصوصی و تجاری، درایت مطلوبی در ارزیابی برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت است. این کار به گروه ارتباط امکان می‌دهد تا زودتر و بموقع دیدگاه خودشان را در باره‌ی پیامدهای مورد انتظار به اشتراک گذارند، همچنین احتمال خلف وعده یا دلسردی که ممکن است به تغییرات در سرمایه‌گذاری برنامه یا کاهش سطح تعهد و مشارکت شرکای برنامه منجر شوند، به حداقل رسانده شود. به علاوه، توافق بموقع روی نشانگرها و پارامترهای ارزشیابی توسعه و پیشبرد اجزای دیگر برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت را آگاهانه می‌سازد و شکل می‌دهد.

از لحاظ آرمانی، چهارچوبهای برنامه‌ریزی و الگوهای ارزشیابی بایستی حداقل تا زمانی که گامهای مقدماتی مرحله‌ی ارزشیابی برنامه تکمیل می‌شوند، باثبات بمانند. این به ارتباط‌گران، امکان می‌دهد که از منافع و مزیت‌های درس‌های آموخته شده بهره‌گیرند و از طریق مقایسه‌ی پیامدهای واقعی برنامه با پیامدهایی که در مرحله‌ی برنامه‌ریزی پیش‌بینی می‌شدند، سازه‌های نظری و اهداف ارتباطی را بازتعریف و اصلاح نمایند.

### □ اهداف ارتباطی به خوبی تعریف شده

اهداف ارتباط بایستی نسبت به نیازهای مخاطب پاسخگو باشند. برای مثال، اگر مخاطب از در معرض خطر بودن برای سرطان دهان آگاه نیست، تلاش‌های ارتباطی بایستی این نیاز به افزایش آگاهی از خطر را پیگیری کنند. از سوی دیگر، اگر مخاطب از خطر بالای سرطان دهان آگاه باشد اما نحوه‌ی پیشگیری از آن را نداند، تلاش‌های ارتباطی باید، برای مثال، روی عوامل خطر کلیدی و چگونگی تغییرات در سبک زندگی یا مباحثه با دندانپزشک و متخصصان دیگر در مورد اهمیت غربالگری منظم سرطان دهان متمرکز شوند. گاهی اوقات اهداف متعدد ارتباطی در یک چهارچوب زمانی واحد قابل تعریف و دستیابی‌اند. در مواقع دیگر، ارتباط‌گران به رویکرد تدریجی گام به

گامی نیاز دارند که در آن اهداف مختلف در زمانهای متفاوت محقق می‌شوند. این نوع از تصمیمات لازم است که بر تحلیلی عمیق و دقیق از نیازهای مخاطب و سطوح پذیرش نسبت به تلاش ارتباطی بنا گردند.

همانند اهداف پیامدی و پارامترهای ارزشیابی، اهداف ارتباطی نیز به بحث و توافق دوجانبه با نمایندگان مخاطبان هدف، ذینفعان و شرکای کلیدی نیاز دارند. در این مسیر، تمام اعضای تیم بزرگ ارتباط، پیامدهای مشابهی را برای برنامه در ذهن خواهند داشت و می‌توانند برای دستیابی به آنها با هم کار کنند.

#### □ راهبردهای مناسب طرح‌ریزی شده برای دستیابی به اهداف

ایده‌های خوب بسیاری ممکن است در ارتباط در حوزه سلامت وجود داشته باشد، اما فقط اندکی از آنها ممکن است در عمل از اهداف ارتباطی حمایت کنند. از آنجا که راهبردهای ارتباطی نشان می‌دهند که اهداف ارتباطی چگونه محقق می‌شوند، راهبردها بایستی همیشه اهداف را پشتیبانی کنند و راه حلی خلاقانه و هزینه-موثر را برای رسیدن به آنها نشان دهند.

#### □ وسایل ارتباطی چندگانه و ویژه مخاطبان خاص

ساخت و شناسایی وسایل و پیام‌های ارتباطی متعدد و ویژه‌ی مخاطبان، از کلیدهای مهم موفقیت برنامه‌های ارتباطی هستند که به خوبی طرح‌ریزی شده‌اند. پیام‌ها و وسایل ارتباطی باید نسبت به نیازها، ترجیحات، و سطوح سواد مخاطبان حساس و پاسخگو باشند. پیام‌ها و کانال‌هایی که مصرف‌کننده را هدف قرار می‌دهند، لازم است که از پیام‌هایی که روی همان موضوعات برای رهبران فکری کلیدی، سیاستگذاران، یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تنظیم می‌شوند، متفاوت باشند. برای مثال، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تئاتر و نمایش عروسکی که از روستا به روستا برای انتقال و نشر پیامهای پیشگیری از ایدز یا ایمن‌سازی اجرا می‌شوند، نسبت به مناطقی که سطوح پایین سواد و نبود امکانات ارتباطی پیچیده تر ممکن است استفاده از کانال‌های جایگزین را به مخاطره اندازند، وسایل مؤثری بوده‌اند. همزمان، تلاش‌های ارتباطی که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را مدنظر قرار می‌دهند، با استفاده از روشها و وسایل ارتباطی سنتی تر، مانند جلسات حرفه‌ای و مجلاتی که توسط هم‌تایان ارزیابی می‌شوند، در حال اجرا بوده‌اند.

#### □ کافی بودن سرمایه گذاری و منابع انسانی

بسیاری اوقات برنامه‌های ارتباطی به خوبی طراحی شده، به علت سرمایه گذاری ناکافی یا کمبود منابع انسانی، در دستیابی به پیامدهای پیش بینی شده شکست می‌خورند. برآورد بودجه و منابع انسانی کافی، جزء مهمی از برنامه ریزی موثر است. محاسبات بودجه بایستی منابع و سرمایه‌های اقتضایی برای بحران‌ها یا تغییرات احتمالی و بالقوه، که ممکن است برای رفع نیازهای مخاطبان یا شرایط خاص دیگر ضرورت پیدا کنند، را نیز در طرح‌ها لحاظ کند. شکست در تخمین سرمایه‌ها یا منابع انسانی کافی، ممکن است بر کیفیت برنامه همچنین ادراک موثر کلی مداخلات ارتباطی سلامت در دیدگاه شرکا، گیرندگان خدمات، یا بنگاه‌های سرمایه گذار، تأثیر بگذارد.

این مسئله به نکته‌ی بعدی مرتبط با این موضوع منجر می‌شود: نقش متخصصان ارتباط در حوزه سلامت در جلب حمایت برای تأمین سرمایه و منابع کافی برای مداخلات ارتباطی از طریق نشان دادن و اثبات ارزش افزوده‌ی آنها در عرصه‌ی مراقبت از سلامت. در حقیقت، علیرغم موفقیت اثبات شده‌ی برنامه‌های ارتباطی، فعالیت‌های ارتباطی اغلب از سرمایه گذاری کافی برخوردار نمی‌شوند. آنها اغلب اختیاری تلقی می‌شوند، از این رو، نسبت به کمبود بودجه و عدم پشتیبانی مالی آسیب پذیر هستند.

متأسفانه، این مسئله در عرصه‌های بالینی، مانند ایمنسازی کودکان، که مطالعات متعدد "ارتباط مثبت بین بسیج‌های ارتباطی و رفتار" را نشان داده‌اند، نیز اتفاق می‌افتد. در ایالات متحده، تأکید اخیر بخش‌های فدرال و سازمانها و منابع مورد اطمینان مانند «مردم سالم ۲۰۱۰» بر ارتباط در حوزه سلامت، ممکن است به بهبود سرمایه گذاری و تخصیص منابع برای مداخلات ارتباط در حوزه سلامت در بخش‌های غیرانتفاعی و دولتی سلامت کمک کنند. بازم، برنامه ریزی یکی از مهمترین فرصت‌ها برای توجیه ارزشمندی مداخلات ارتباطی است؛ این کار از طریق نشان دادن ارتباط راهبردی مداخلات با پیامدهای سلامت انجام می‌شود.

#### برقرار ساختن هدف کلی برنامه، یک دیدگاه عملی

«مردم سالم ۲۰۱۰» در اثبات اهمیت ارتباط در حوزه سلامت در بین اولویت‌هایش، هدف کلی "استفاده‌ی راهبردی از ارتباط برای بهبود سلامت" را تبیین می‌کند. بهبود سلامت نیز یکی از اهداف راهبردی ارتباط در حوزه سلامت است و در تعریف هدف کلی برنامه، در برنامه ریزی ارتباط انعکاس می‌یابد. در حقیقت، اهداف

کلی برنامه برای انعکاس و برآورده شدن نیازی ویژه تنظیم می‌شوند. آنها دلیل انتخاب، راه اندازی، و توسعه‌ی برنامه را بیان می‌کنند. اهداف بایستی به عنوان دلایلی برای جستجوی سرمایه‌ها یا درخواست از یک سازمان بهداشتی برای سرمایه گذاری در ارتباط، طراحی شوند.

همانند سایر عناصر برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت، هدف کلی برنامه مبتنی بر شواهد است. زمانی که اهداف کلی برنامه تنظیم می‌شوند، تیم ارتباط بایستی تا آن زمان تعدادی پژوهش مقدماتی (برای مثال، مروری بر مطالعات موجود با گفتگوهای نفر به نفر با ذینفعان کلیدی، نمایندگان مخاطبان کلیدی، شرکای بالقوه یا گیرندگان خدمت، یا بخش‌های سازمانی) انجام داده باشند یا اطلاعات اساسی را در باره‌ی مسئله‌ی بهداشتی به دست آورده باشند که به آنها امکان می‌دهد تا نیاز به رسیدگی به آن مسئله را تبیین و توجیه نمایند. در این مرحله ممکن است لازم باشد تا تحلیل موقعیت و ویژگی‌های مخاطبان کماکان تکمیل شود. با وجود این، هدف کلی را می‌توان بر اساس یافته‌های پژوهش مقدماتی یا گفتگو با متخصصان تعیین کرد. چنان که قبلاً بیان گردید، هدف کلی برنامه بهبودی سلامت یا "تغییری کلی در سلامت یا مسئله‌ی اجتماعی" را بیان و برجسته می‌کند، که برنامه در پی تحقق آن است. در این مرحله، هدف کلی برنامه به طور مقدماتی تعریف می‌شود و هنگامی که یک تحلیل موقعیت جامع و ویژگی‌های مشخصات مخاطبان نهایی سازی شود، لازم خواهد بود که معترسازی شود و به صورت شفاف بیان گردد. موارد زیر از جمله‌ی اهداف کلی برنامه هستند:

- کمک به کاهش بروز ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) در بین مردان بومی آمریکای لاتین
  - کمک به محدود کردن تأثیر افسردگی زنان بر وضعیت‌های مرتبط با خانواده و کار
  - کاهش بروز آسیب ملایم مغزی ناشی از ضربه در بین جوانان در ایالات متحده
- مداخلات ارتباط در حوزه سلامت، تقریباً همیشه بخشی از اقدامات وسیع‌تر سازمانی یا بهداشتی عمومی‌اند. بنابراین، استفاده از واژه‌هایی مانند کمک کردن یا تسهیل نمودن، ممکن است برای تصدیق این واقعیت به کار روند که تغییر همیشه حاصل تلاش‌ها و اقدامات جامعی است، که در بین آنها ارتباط عنصری مهم، اما تنها یک عنصر است. این موضوع همچنین ممکن است به تیم ارتباط و مخاطبانش کمک کند که بر آنچه ارتباط قادر به انجام است و آنچه که نمی‌تواند توجه کنند (فصل اول را برای بحث



## کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی "ارتباط در حوزه سلامت" / ۱۶۹

در این باره ببینید)، به طوری که طرح برنامه بر انتظارات واقع بینانه استوار شود، و نتایج قابل دستیابی دنبال گردد.

در این مرحله، تیم ارتباط در حوزه سلامت، در موقعیت پژوهشی ممکن است چهارچوب یا الگوی نظری را برگزیده باشد که مفروضات کلیدی و تفکر منطقی آنان را در طول طرح‌ریزی برنامه یا حداقل برای برخی از مراحل آن، هدایت نماید (برای مثال، به کاربردن مراحل نظریه‌ی تغییر رفتار در تهیه‌ی ویژگی‌های مشخصات مخاطبان). هرچند این رویکرد ممکن است در زمینه‌ها یا موقعیت‌های دیگر (برای مثال، در بخش‌های غیرانتفاعی یا تجاری) با شدت و دقت به کار نروند، هنوز هم استفاده از الگوها و مفروضات با ثبات در سرتاسر طراحی و ارزشیابی برنامه اهمیت دارد.

### اهداف پیامدی؛ رفتاری، اجتماعی، و سازمانی

اهداف پیامدی (رفتاری، اجتماعی، و سازمانی) هدف کلی برنامه را تکمیل می‌کنند و بایستی هرچه زودتر پس از پژوهش مقدماتی یا بحث و گفتگو روی مسئله‌ی بهداشتی تنظیم و برقرار شوند. همانند هدف کلی برنامه، این اهداف نیز به پالایش، اصلاح و اعتباربخشی بر اساس یافته‌های کلیدی در تحلیل موقعیت و ویژگی‌های مخاطبان نیاز دارند (فصل ۱۰ را ببینید). همیشه، تعیین اهداف تغییر رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی در آغاز فرایند برنامه‌ریزی، به تمرکز اقدامات پژوهشی؛ برای مثال، مرور مطالعات موجود، مصاحبه‌های نفر به نفر، و گروه‌های متمرکز) که به تحلیل موقعیت و تنظیم ویژگی‌های مخاطبان، و در نهایت، تنظیم اهداف ارتباطی کافی منجر می‌شوند، کمک می‌کند. اهداف ارتباطی بایستی از هدف کلی برنامه پشتیبانی و به تحقق تغییرات رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی که توسط برنامه دنبال می‌شود، کمک کنند. در حقیقت، مراحل اولیه‌ی هر الگوی برنامه‌ریزی ارتباط بایستی اهداف کلی برنامه، اهداف پیامدی اختصاصی، و اهداف تغییر رفتار فردی را با جزء ارتباطی برنامه به خوبی و به روشنی پیوند دهد. چنین اهدافی بایستی توسط متخصصان بیرونی یا جامعه‌ی هدف، بسته به ماهیت مداخله‌ی ارتباطی سلامت تنظیم و برقرار شوند.

اهداف رفتاری به آنچه که مخاطبان کلیدی باید در ارتباط با مسئله یا وضعیت خاص سلامت انجام دهند، اشاره می‌کنند. اهداف اجتماعی تغییر سیاست یا تغییرات اجتماعی را بیان می‌کنند که برنامه قصد رسیدن به آنها را دارد، و اهداف سازمانی به تغییری اشاره دارد که بایستی درون یک سازمان بر حسب کانون تغییر، اولویتها، یا

ساختارهای مرتبط با مسئله‌ی خاص سلامت اتفاق افتد. پیامدهای کلیدی برنامه در مقایسه با این اهداف پیامدی همچنین پارامترهای بینابینی دیگر، اندازه گیری می‌شوند که ممکن است با اهداف ارتباطی متناظر باشند و یا به طور خاص توسط تیم ارتباط در حوزه سلامت شناسایی شده و مورد توافق قرار گرفته‌اند. باز هم، فرض بر این است که تمام این اهداف، دستیابی به هدف کلی برنامه را پشتیبانی می‌کنند و برای رسیدن به آن ضروری‌اند.

اهداف پیامدی بایستی قابل اندازه گیری و واقع گرایانه باشند. تنظیم انتظارات درست در تعریف درصدی از جمعیت، یا گروهی که در آن هرگونه تغییری انتظار می‌رود، بسیار اساسی است. تغییر رفتار آدمی دشوار است، بنابراین انتظار این که ۳۰، ۴۰، یا ۵۰ درصد از مخاطبان هدف، تغییری را اعمال کنند کاملاً غیرواقع بینانه است. اهداف صحیح به ۳ تا ۵ درصد تغییر در یک چهارچوب زمانی واقع بینانه نظر دارند که ممکن است برای چندین سال ادامه یابد. این چهارچوب زمانی همچنین برای درصدی از مردم که تحت تأثیر مداخله‌ی ارتباطی سلامت قرار می‌گیرند، امکان دارد بر حسب مسئله‌ی بهداشتی یا نوع برنامه متفاوت باشد. بسیاری از روش‌ها و ملاحظاتی که در تهیه و تنظیم اهداف ارتباطی لحاظ می‌شوند (فصل ۱۱ را ملاحظه کنید) در تعریف اهداف پیامدی نیز کاربرد دارند.

مهمتر این که، تغییر رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی در مقوله ارتباط در حوزه سلامت بایستی در کاهش بار بیماری به عنوان ابزار دیده شوند. [به عبارت دیگر، این تغییرات وضعیت‌های بینابینی و واسطه‌ای برای رسیدن به تغییرات نهایی دارند]. بنابراین، اهداف رفتاری، اجتماعی، و سازمانی بایستی به تغییراتی دلالت نمایند که دستیابی به هدف کلی برنامه را ممکن می‌سازند.

نمونه‌های بیشتر از اهداف تغییر رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی در نمایه‌ی زیر ارائه شده است و به پیشگیری از شدت و مرگ و میر بیماری آسم، در بخش‌های مرکزی شهرهای ایالات متحده مربوط می‌شوند. آسم عامل منجر شونده به مرگ در بین کودکان ۳ تا ۱۲ ساله است که با عوامل متعدد شعله‌ور کننده در خانه، مانند گرد و غبار یا کپک، تشدید می‌شود. به علاوه، فقدان بیمه‌ی پزشکی یا ناکافی بودن دانش، ممکن است پیشگیری و مدیریت حملات آسم را به مخاطره اندازند.

□ نمونه‌هایی از اهداف پیامدی برای برنامه‌ی کنترل آسم کودکان

هدف کلی برنامه		
کاهش شدت و مرگ و میر آسم، در بین کودکان زیر ۱۲ سال که در بخش‌های مرکزی شهرهای ایالات متحده زندگی می‌کنند		
اهداف رفتاری	اهداف اجتماعی	اهداف سازمانی
<p>در طی ۳ سال از راه اندازی برنامه، ... درصد از والدین یا مراقبین کودکان آسمی در محله‌های هدف برانگیخته شوند تا:</p> <p>□ علایم اولیه‌ی یک حمله‌ی آسمی را بشناسند.</p> <p>□ فوراً به بخش اورژانس مراجعه کنند.</p> <p>تا سال ۲۰۱۰، ... درصد از والدین یا مراقبین در گروه هدف تشویق شوند که:</p> <p>□ کودکان را از عوامل شعله‌ور ساز حملات آسم در منازل آنان ((برای مثال، کپک، گرد و غبار، مایت‌ها، گربه‌ها و سگ‌ها) دور کنند.</p> <p>□ مراقبین بهداشتی خود را از پیشرفت یکدیگر آگاه سازند.</p> <p>در طی سال بعد، فعالیت‌های آموزش پزشکی در محله‌های هدف برای بحث با کودکان و خانواده‌ی آنان در باره‌ی آسم کودکان اجرا شوند:</p> <p>□ در ملاقات‌های معمول در درمانگاه‌ها</p> <p>□ با استفاده از مواد آموزشی دو زبانه و در هنگام لزوم مترجم.</p>	<p>تا سال ۲۰۱۰، نابرابری در پیامدهای سلامت در بین کودکانی که از آسم رنج می‌برند تا ... درصد کاهش یابد.</p> <p>تا سال ۲۰۲۰ موانع موجود در بیمه‌ی سلامت برای دسترسی کافی به خدمات و داروها برای کودکان مبتلا به آسم در شهرها، برطرف شوند.</p>	<p>تا سال ۲۰۱۰، سازمان ما به عنوان سازمان حرفه‌ای پزشکی راهبر در درمان آسم کودکان نزد ... درصد از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، سرمایه‌گذاران، و دیگر ذینفعان کلیدی در این عرصه شناخته شود (برای مثال، در مورد یک سازمان حرفه‌ای که چشم انداز جدیدی دارد؛ به توانایی اش در کمک به هدف کلی برنامه باور دارد؛ خواهان ایجاد و توسعه‌ی راه حل‌ها یا راهنماهای عمل است؛ و درک می‌کند که شهرتش در این عرصه ابزاری است برای علت وجودی اش [کمک به کاهش مسئله]).</p>

نکته: اهداف کلی و اختصاصی در این نمایه یک مثال هستند. تعریف اهداف کلی و اختصاصی واقعی برای یک برنامه کنترل آسم کودکان در شهرها، بایستی بر اساس تحلیل عمیق موقعیت و ویژگی‌های مشخصات مخاطبان انجام شود.

### مفاهیم کلیدی

- برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت، یک فرایند پژوهش-محور و راهبردی است که برای مداخلات موثر ارتباط در حوزه سلامت ضروری اند.
- برنامه ریزی یک مرحله‌ی بنیادی از چرخه‌ی ارتباط است، که این چرخه اجرا و پایش؛ ارزشیابی، بازخورد، و اصلاح را نیز شامل می‌گردد.
- برنامه ریزی راهبردی به شفاف سازی آن چه برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت بایستی برای یک سازمان و مخاطبان آن انجام دهند، کمک می‌کند.
- در برخی از مراحل و طبقاتی که نویسندگان یا سازمانهای مختلف برای توصیف چرخه‌ی ارتباط در حوزه سلامت همچنین فرایند برنامه ریزی به کار برده‌اند، تفاوت‌هایی وجود دارد. با وجود این، مفروضات اساسی آنها یکسان هستند و کارکرد کلی هر مرحله یا گام را در فرایند توصیف می‌کنند.
- عناصر کلیدی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت عبارتند از:
  - هدف کلی برنامه
  - اهداف رفتاری، اجتماعی، و سازمانی (اهداف پیامدی)
  - تحلیل موقعیت و ویژگی‌های مخاطبان
  - اهداف ارتباطی
  - طرح تاکتیکی (شامل پیام‌ها، کانال‌ها، فعالیت‌ها، و مواد ارتباطی)
  - طرح ارزشیابی
- عناصر کلیدی برنامه‌ی ارتباطی، پژوهش-محور و به یکدیگر وابسته اند و هر کدام تصمیمات مربوط به عناصر دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- واژگان برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت به افزایش وضوح و شفافیت گام‌های برنامه ریزی ارتباط کمک می‌کند.

### کلیاتی از فرایند برنامه‌ریزی "ارتباط در حوزه سلامت / ۱۷۳"

- هدف کلی برنامه مبتنی بر شواهد است و بهبود کلی سلامت یا تغییر کلی در سلامت یا یک مسئله‌ی اجتماعی را وصف می‌کند که برنامه در پی دستیابی به آن است.
- اهداف تغییر رفتاری، اجتماعی، و سازمانی (اهداف پیامدی) هدف کلی برنامه را تکمیل می‌کنند و بایستی در ابتدای برنامه ریزی تعریف و تنظیم شوند. آنها به مرحله‌ی پژوهشی تمرکز می‌بخشند، و گام‌های بعدی فرایند برنامه ریزی، همچنین تعیین و توسعه‌ی اهداف ارتباطی را راهنمایی و هدایت می‌کنند.
- پیامدهای برنامه بایستی در مقایسه با اهداف پیامدی همچنین پارامترهای ارزشیابی بینابینی دیگر که بر اساس یافته‌های کلیدی در تحلیل موقعیت و ویژگی‌های مخاطبان اصلاح و نهایی می‌شوند، اندازه گیری شوند (فصل ۱۰ را ببینید).



---

## فصل دهم

# تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان

---

در این فصل می‌خوانیم:

- تحلیل جامع موقعیت و ویژگیهای مخاطبان را چگونه انجام دهیم؟
- سازمان دهی و گزارش دادن یافته‌های پژوهش
- روش‌شناسی‌های پژوهشی رایج
- مفاهیم کلیدی

برنامه ریزی «ارتباط در حوزه سلامت» را می‌توان با ساختمان مقایسه کرد. فرض کنید که یک ارتباط گر سلامت ممکن است سفارشی از یک سازمان، بخش، یا گروه برای کار روی پیشگیری از HIV / ایدز در بین زنان جوان در ایالات متحده دریافت کند. این درخواست را می‌توان به عنوان اولین سنگ بنایی دانست که به ارتباط گر امکان می‌دهد اهداف کلی اولیه همچنین اهداف بالقوه‌ی رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی برنامه را تنظیم کند و با اعضای تیم و سایر عناصر کلیدی برنامه به اشتراک و بحث بگذارد. به احتمال زیاد اطلاعات از طریق پژوهش مقدماتی، شامل گفتگوهای با رهبران کلیدی در زمینه‌ی HIV و مرور اولیه‌ای بر مطالعات موجود، تکمیل می‌شود.

با وجود این، بنیان یا شالوده‌ی ساختمان ارتباط در سلامت هنوز مستحکم نیست. اعضای گروه، خلأهای بسیاری در دانش خود دارند که باید برطرف شوند تا برنامه‌ی ارتباط در سلامت اجرا شود. این خلأها ممکن است شامل درک فعلی گروه از وسعت و

شدت HIV / ایدز در بین زنان جوان، همچنین تمام عواملی باشد که به طور بالقوه به میزان بروز بالاتر و استفاده محدود از اقدامات پیشگیری کمک می‌کنند. شالوده‌ی ساختمان تنها با استفاده از تحلیل جامع موقعیت، مشتمل بر بررسی خصوصیات مخاطبان برای تمام گروه‌ها و اجتماع‌هایی که برنامه، قصد دستیابی و ارائه‌ی خدمت به آنها را دارد بنا خواهد شد. مطلوب این است که این تحلیل با مشارکت فعال مخاطبان هدف، در تعریف مسئله‌ی سلامت و راه حل‌های احتمالی آن انجام شود.

تحلیل موقعیت، سنگ بنای اساسی در ساختمان ارتباط است. تحلیل موقعیتی که به خوبی انجام شده باشد، تمام گام‌های دیگر برنامه ریزی ارتباط در حوزه سلامت را راهنمایی و هدایت می‌کند. چنین تحلیلی اطمینان نیز می‌دهد که تمام سنگ بناها در ساختمان در خطر سقوط قرار ندارند، چرا که پشتوانه‌ی پژوهشی و شناخت صحیح مخاطبان، همچون چسب محکمی آن عناصر را در کنار و متصل به یکدیگر نگه می‌دارد.

این فصل بر چگونگی ساخت بنیانی محکم برای برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت از طریق انجام تحلیلی عمیق از موقعیت و تهیه ویزگیهای مخاطبان متمرکز است. در انجام این کار، راهنمای گام به گام نحوه‌ی پژوهش و تحلیل عوامل کلیدی سهیم در مسئله‌ی موجود، همچنین انتخاب و اولویت‌گذاری اطلاعاتی که در تهیه و تنظیم اهداف و راهبردهای ارتباط سلامت نقش ابزاری دارند، ارائه می‌شود.

### نحوه‌ی انجام تحلیل جامع موقعیت و تهیه‌ی ویزگیهای مخاطبان

اصطلاح تحلیل موقعیت، معنای متفاوتی در زمینه‌های مختلف دارد. در این کتاب، این اصطلاح به عنوان یک واژه‌ی برنامه ریزی به کار می‌رود و تحلیل عوامل فردی، اجتماعی، سیاسی، و رفتاری را توصیف می‌کند که می‌توانند بر نگرش‌ها، رفتارها، هنجارهای اجتماعی، و سیاست‌های مرتبط با مسئله‌ی بهداشتی و راه حل‌های بالقوه‌ی آن تأثیر بگذارند. این تحلیل با تهیه و تنظیم اهداف و راهبردهای ارتباطی، رابطه‌ای تنگاتنگ دارد.

تحلیل موقعیت تنها جمع‌آوری اطلاعات و آمار نیست. این کار یک گزارش تحلیلی و انتخابی بر روی محیط و تمام عوامل مرتبط با مخاطب است. این به ارتباط گروه‌ها کمک می‌کند تا درک عمیقی از چگونگی تأثیرگذاری این عوامل بر مسئله‌ی



بهداشتی و نحوه‌ای که ارتباط سلامت می‌تواند بر محیط تأثیر بگذارد، کسب کنند. در تحلیل موقعیت، تمام موضوعات فقط تا آنجایی انتخاب، اولویت بندی، و پوشش داده می‌شوند که با مسئله‌ی مورد نظر و مخاطبان آن ربط داشته باشند.

در نهایت تحلیل موقعیت به شناسایی عوامل مربوط و تأثیرگذار و عوامل بی ربط کمک می‌کند. برای نمونه، در نیجریه، گزارشی از یک تحلیل موقعیت در مورد اقدامات دولت در پیشگیری از عفونت‌های منتقله‌ی جنسی نشان داد که "عملکردهای گذشته فاقد هماهنگی بوده اند و از تخصیص‌های ناکافی مالی رنج می‌برده اند". این گزارش نبود مشارکت بسیاری از عوامل کلیدی جامعه را در اقدامات گذشته و همچنین فقدان اطلاعات اساسی در مورد مخاطبان کلیدی را نیز شناسایی کرد.

بعضی از نویسندگان، تحلیل موقعیت را از ویژگیهای مخاطبان متمایز می‌کنند و آنها را به عنوان دو گام مجزا در نظر می‌گیرند. در این کتاب، ویژگیهای مخاطبان به عنوان یکی از بخش‌های کلیدی تحلیل موقعیت توصیف می‌شود. این مسئله، عملکرد واقعی ارتباط در حوزه سلامت را نیز منعکس می‌کند.

ویژگیهای مخاطبان تنها بر خصوصیات جمعیت شناختی، نیازها، ارزش‌ها، نگرش‌ها، سبک زندگی، و رفتار مخاطبان متمرکز می‌شود. این عوامل توصیفی برای گروه بندی مخاطبان کلیدی نیز استفاده می‌شوند. اما، تجربه‌ی عملی نشان داده است که بسیاری از مسایل مرتبط با یک مخاطب با مقوله ارتباط در حوزه سلامت که در تحلیل موقعیت توصیف شده اند نیز، ارتباط دارند. برای نمونه، انگ اجتماعی که در بسیاری از کشورها به وضعیت‌های خاصی از سلامت مانند HIV / ایدز زده می‌شود، نه تنها به عنوان بخشی از محیط اجتماعی گروه بلکه به عنوان قسمتی از ویژگیهای مخاطبان نیز بایستی تحلیل شود. ترس، دانش ضعیف در مورد راه‌های انتقال HIV، و نبود همدلی برای بیماری‌ای که ممکن است خود-کرده تصور شود، ممکن است نگاه‌های نادرست اجتماعی را تشدید کنند و همزمان از آنها تأثیر بگیرند. هنجارهای اجتماعی، سیاست‌ها، باورها، نگرش‌ها، و رفتارهای مخاطبان همگی تأثیر متقابل بر یکدیگر دارند. هنگامی که ویژگیهای مخاطبان بخشی از تحلیل موقعیت باشد، این ارتباط و وابستگی متقابل، ممکن است ساده تر درک شود. به همین دلیل، ویژگیهای مخاطبان، که به توصیف دقیقی از مخاطبان کلیدی برنامه و همچنین گروه‌هایی که بر آنها تأثیر می‌گذارند، اطلاق می‌شود در این کتاب به عنوان بخشی از تحلیل موقعیت در نظر گرفته می‌شود.

این نکات عملی ممکن است در اجرا و پیشبرد تحلیل موقعیت مفید باشند:

- هرگز احساس نکنید که با عده زیاده از حدی از مردم، در باره‌ی مسئله یا وضعیت سلامت صحبت کرده‌اید. جمع‌آوری دیدگاه‌های متعدد برای فرایند برنامه‌ریزی ضروری است.
- از رویکرد تیمی در جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات مرتبط استفاده کنید. از قبل در باره‌ی نیازها و روش‌های پژوهشی، همچنین مشکلات بالقوه و راهبردهای غلبه بر آنها بارش افکار انجام دهید.
- نمایندگان مخاطبان کلیدی را در مراحل مختلف پژوهش و تحلیل دخیل نمایید.
- اگر یافتن بخش خاصی از اطلاعات دشوار باشد، نومید نشوید و استقامت داشته باشید.
- یافته‌های پژوهش، همچنین تحلیل نهایی موقعیت را با مخاطبان کلیدی و تا حد ممکن با عده‌ی زیادی از افراد در سازمان یا تیم خود به اشتراک بگذارید و بازخورد آنها را دریافت کنید.
- از داده‌های مدبرانه در تهیه و تنظیم اهداف و راهبردهای صحیح ارتباطی استفاده کنید، اما به سهولت از داده‌ها عبور نکنید. اهداف و راهبردهای ارتباطی را به عنوان قسمتی از تحلیل موقعیت لحاظ نکنید. طراحان برنامه بایستی قادر باشند اهداف و راهبردهای ارتباطی کافی را تنها پس از بازبینی، بحث، و تحلیل دقیق یافته‌های کلیدی، تدوین و تنظیم نمایند.
- نشانه‌هایی را جستجو کنید که نشان می‌دهند اطلاعات کافی در پشتیبانی از چهارچوب اساسی درک مسئله‌ی خاص بهداشتی و مخاطبان آن وجود دارد. نمونه‌های این نشانه‌ها عبارتند از؛ وجود روندهای مکرر یا داده‌های چندگانه از منابع مختلفی که به نتیجه‌گیری‌های مشابهی منتهی می‌شوند.

#### □ گام‌های کلیدی در تحلیل موقعیت

- موانع کلی اجرای برنامه و تغییر پیشنهادی را شرح دهید.
- نیازهای برآورد نشده‌ی ارتباطی را مشخص نمایید.
- برنامه‌ها، اقدامات، و منابع موجود را مطالعه کنید.
- ویژگیها و دسته‌بندی مخاطبان را تهیه کنید.

□ عوامل مؤثر اجتماعی، سیاسی، و بیرونی دیگر را شناسایی کنید.

□ مخاطبان کلیدی را شناسایی نمایید.

□ مسئله‌ی بهداشتی را تعریف و درک کنید.

#### □ مسئله را تعریف و درک کنید

اولین گام در اجرای یک تحلیل موقعیت، به دست آوردن درک عمیقی از مسئله است: علل پزشکی و موقعیتی آن، عوامل خطر، شدت، و اهمیت آماری آن در بین مخاطبان و گروه‌های مختلف. این گام به شناسایی مخاطبان یا بخش‌هایی از مخاطبان منجر می‌شود که در اولویت برنامه برای دسترسی قرار دارند.

برای نمونه، تصمیمات در باره‌ی طرح و مخاطبان کلیدی برنامه‌ای مربوط به سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، وضعیتی که با عوامل خطر بسیاری از قبیل قرار داشتن نادرست شیرخوار هنگام خواب همراه می‌باشد، ممکن است از شیوع بالاتر مرگ در بین کودکان آمریکایی افریقایی تبار، نسبت به سایر کودکان ایالات متحده تأثیر بگیرند. در صورتی که منابع اقتصادی، توانایی برنامه را در دستیابی به مخاطبان مختلف یا عامه‌ی مردم محدود سازند، متمرکز کردن تمام منابع برای دستیابی به آمریکایی‌های افریقایی تبار، که خطر بالاتری برای سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار دارند، ممکن است منطقی باشد. البته، این تصمیمات از عوامل بسیاری، از جمله کفایت سازمان در رسیدگی به یک گروه یا جمعیت خاص، تأثیر می‌پذیرند.

اطلاعات مهم دیگری که در این گام از تحلیل موقعیت لحاظ می‌شوند، داده‌ها و دیدگاه‌ها در مورد درمان و راهبردهای پیشگیری جاری، پیشرفت علمی اخیر، گزینه‌های پیشگیری یا درمانی پیش‌بینی شده، بهترین الگوهای عملکرد بالینی، و دستورالعمل‌های راهنمای موجود هستند. اگر یک محصول یا عملکرد جدید بهداشتی مطرح باشد، اطلاعات در باره‌ی مزیت‌ها و معایب اصلی آن، همچنین نحوه‌ی مقایسه‌ی آنها با محصولات یا خدمات موجود، بایستی در این مرحله جمع‌آوری شود. چنین داده‌هایی از طریق مرور و بازبینی اطلاعات موجود، همچنین مصاحبه‌های تلفنی یا شخصی با رهبران فکری کلیدی و سازمان‌های حرفه‌ای قابل تهیه هستند. شناخت و واکاوی عملکردهای بالینی جاری و ابزارهای موجود به روشن ساختن تغییر رفتار یا عملکردی کمک کند

که نیاز است در سطح بیمار، ارائه دهنده‌ی مراقبت سلامت، یا سیاستگذار به عنوان نمونه‌هایی از مخاطبان بالقوه مورد توجه و اقدام قرار گیرد.

در نهایت، اطلاعات در باره‌ی مسئله یا وضعیت بهداشتی لازم است که مبتنی بر شواهد باشد. تا آنجا که ممکن است، از شاخص‌های آماری معنادار و بارز برای تعریف مسئله استفاده کنید:

□ بروز- تعداد موارد جدید یک بیماری (ناهنجاری در وضعیت سلامت) که در حال وقوع است یا انتظار می‌رود در یک جمعیت مشخص در یک محدوده‌ی زمانی خاص رخ دهد- برای نمونه، انتظار می‌رود موارد HIV / ایدز در آفریقا در طی ۵ سال آینده تا یکس درصد افزایش یابد.

□ شیوع- تعداد کل موارد بیماری در یک جمعیت معلوم در زمانی مشخص، که اغلب به صورت درصدی از آن جمعیت بیان می‌شود- برای نمونه، یکس درصد از کودکان آمریکایی ۶ ساله و بزرگتر، طی پنج سال گذشته زمانی به شب ادراری اولیه مبتلا بوده اند.

□ میرایی - تعداد کل افرادی که به دلیل مخاطرات در وضعیت سلامت، در طی محدوده‌ی زمانی خاص (معمولاً یک سال) مرده اند برای نمونه، در سال ۲۰۰۲، تعداد یکس مرگ به دلیل سیاه سرفه در ایالات متحده رخ داد.

□ ابتلا- تعداد افرادی که علایم شدیدی از یک بیماری را بروز می‌دهند و در نتیجه آن به طور موقت یا دائم ناتوان می‌شوند- برای نمونه، در سال ۲۰۰۳، یکس درصد از بزرگسالان ۴۰ تا ۵۰ ساله‌ی ایالات متحده که چاقی شدید داشتند، بیش از یک هفته در بیمارستان بستری شده بودند.

□ هزینه - هزینه‌ی وضعیت بهداشتی برای افراد، سازمان‌های سلامت، گروه‌ها، یا به طور کلی جامعه- برای نمونه، در سال ۲۰۰۵، افسردگی مسئول یکس روز کاری از دست رفته بود که باعث یکس دلار کاهش درآمد در بین افراد مبتلا به افسردگی گردید.

□ ابتلا و میرایی ناشی از وضعیت‌های همراه با وضعیت یا مسئله‌ی اولیه‌ی بهداشتی برای نمونه، آسیب‌های شدید سر ناشی از سقوط در بین بیماران آلزایمری یک عارضه‌ی شایع بیماری است و در یکس درصد از بیماران رخ می‌دهد.

□ درصدی از افراد که خدمات پیشگیری یا درمانی را در حد کافی دریافت می‌کنند یا به آنها دسترسی دارند- برای نمونه، در سال ۲۰۰۶، یکس درصد از کودکان کانادایی تمام واکسن‌های توصیه شده در برنامه‌ی ایمنسازی کودکان را دریافت کردند.

مطلوب این است که تمام این شاخص‌ها بر حسب سن، جنسیت، و گروه قومی و فرهنگی یا تفاوت‌های مرتبط دیگر در سطح جمعیت، بررسی و تعریف شوند. منابع مبتنی بر ارزیابی شرکاء یا وبلاگ‌های سازمانی و ادبیات مرتبط دیگر را می‌توان برای جمع‌آوری اطلاعات اختصاصی مربوط به این گام مورد استفاده قرار داد.

#### □ شناسایی مخاطبان کلیدی

این گام شامل شناسایی مخاطبان اولیه و ثانویه‌ی مداخله‌ی ارتباطی در حوزه سلامت می‌شود. مخاطبان اولیه‌ی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت کسانی هستند، که برنامه در پی اعمال تأثیر و نفوذ بر آنها می‌باشد: افرادی که در خطر وضعیت پزشکی خاصی هستند یا به آن مبتلایند؛ والدین یا مراقبانی که مسئول تصمیمات مراقبتی از کودکان خود هستند؛ و سایر مخاطبان (برای نمونه، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سیاستگذاران) در مواردی که برنامه‌ها کوچک اند و تنها گروه یا نمایندگان خاصی را (برای نمونه، از طریق ارتباطات حرفه‌ای یا روابط دولتی) هدف قرار می‌دهند. مخاطبان ثانویه تمام افراد، گروه‌ها، اجتماعات یا سازمان‌هایی هستند که روی تصمیمات و رفتارهای مخاطبان اولیه تأثیر می‌گذارند. مخاطبان اولیه و ثانویه می‌توانند در طی زمان تغییر کنند یا جا به جا شوند، برای نمونه زمانی که برخی اهداف برنامه محقق می‌شوند و تمرکز برنامه بازتعریف می‌شود.

به عنوان نمونه ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) را در نظر بگیرید، که یک عفونت منتقله‌ی جنسی است و تقریباً می‌تواند بدون علامت ظاهر شود. عفونت پایدار HPV یا انواع خاصی از ویروس به عنوان یکی از علل منجر شونده به سرطان دهانه‌ی رحم، شناخته شده است. در سال ۲۰۰۶، اداره‌ی غذا و داروی ایالات متحده (FDA) اولین واکسن علیه HPV را مورد تأیید قرار داد. این واکسن برای استفاده در زنان ۹ تا ۲۶ ساله تأیید گردید. مخاطبان اولیه‌ی برنامه‌ی ارتباط سلامت که هدف آن کاهش بروز HPV از طریق انجام واکسیناسیون است، ممکن بود نوجوانان، جوانان و همچنین والدین کودکان ۹ تا ۱۲ ساله‌ای باشند که می‌توانند بر تصمیم کودکان و نوجوانان در انجام

واکسیناسیون تأثیر بگذارند. تصمیم برای انتخاب یکی از این دو گروه (یا هر دوی آنها) به عنوان مخاطب اولیه‌ی یک مداخله‌ی ارتباط در حوزه سلامت، بایستی بر اساس تعدادی عوامل، از قبیل خطر مخاطب برای ابتلا به HPV، کفایت سازمان در رسیدگی به نیازهای مخاطبان، سیاست‌ها و عملکردهای پزشکی جاری، و احتمال موفقیت در متقاعد کردن مردم به انجام ایمن سازی، باشد.

مخاطبان اولیه بایستی با استفاده از فرایندی مشابه انتخاب شوند و شامل تمام گروه‌هایی (برای نمونه، اعضای خانواده، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، همسالان، انجمن‌های دانشجویی) می‌شود که ممکن است تأثیری بر مخاطبان اولیه داشته باشند. در مورد HPV، گروهی از مخاطب ثانویه‌ی آشکار، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی شامل متخصصان پزشکی اطفال (وقتی که مخاطب اولیه والدین و کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله اند)، همچنین پزشکان خانواده، متخصص‌های زنان، پرستاران، و مشاوران تنظیم خانواده هستند. در حقیقت، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی منبع معتبری از اطلاعات در مورد HPV می‌باشند و می‌توانند از تصمیم برای واکسینه شدن حمایت کنند.

در حالی که مخاطبان بالقوه، هم اولیه و هم ثانویه، شناسایی می‌شوند، شروع گروه بندی آنها بر حسب سن، انجمن‌های حرفه‌ای، عوامل فرهنگی و قومی، باورهای مذهبی، جنسیت، نگرش‌های رایج، عملکردها، رفتارها، همچنین خصوصیات متمایز کننده‌ای که به تعریف و شکل‌گیری گروه یا اجتماعی خاص کمک می‌کنند، اهمیت دارد. این اطلاعات برای تکمیل ویژگیهای مخاطبان و دسته بندی آنان مورد استفاده و تحلیل قرار خواهد گرفت.

#### □ درک عوامل اجتماعی، سیاسی و سایر عوامل تأثیرگذار خارجی

هنگامی که مشکل بهداشتی تعریف و مخاطبان بالقوه شناسایی و تعیین شدند، گام بعدی شناخت و درک عوامل خارجی است که بر موقعیت جاری تأثیر می‌گذارند، یا ممکن است چالش یا فرصتی را برای تغییر فراهم نمایند. این مرحله ماهیت اجتماعی تعاملات و تصمیم‌گیری انسانی را مورد توجه قرار می‌دهد. تصمیمات فردی اغلب از همسالان، نهادها، هنجارهای اجتماعی و سیاست‌ها تأثیر می‌پذیرند. عملکردهای پزشکی و خط مشی‌های دولت، اغلب توسط اجتماعاتی که قانون‌گذاران یا ارائه دهندگان خدمات سلامت بدانها وابسته‌اند، همچنین نمایندگان آنها و عامه‌ی مردم به طور کلی، شکل می‌گیرند.

به عنوان مثال فرضی، آدریانا را در نظر بگیرید، یک زن ۴۵ ساله ایتالیایی که از برادرش، ماریو که از ۲۰ سالگی به اسکیزوفرنی مبتلا است، مراقبت می‌کند. او اکنون ۳۵ ساله است و با مادر ۷۵ ساله اش زندگی می‌کند. آدریانا متأهل و دارای چهار کودک است اما وقتش را به طور مشترک در خانه‌ی خود و خانه‌ی مادرش می‌گذراند.

مانند برادرش، او در شهری کوچک زندگی می‌کند که ارزش‌های خانواده در آن قوی است و مسئولیت و مشارکت افراد را در مراقبت از اعضای کم‌توان خانواده، الزامی می‌کند. با وجود این، در جامعه فقدان درک درست از ناخوشی روانی و احساس ترس نسبت به افراد مبتلا به آن نیز، رایج است. همکاران و بسیاری از دوستان آدریانا او و خانواده اش را طرد و رها کرده‌اند و تصور می‌کنند که او نیز ممکن است هر آن "دیوانه" شود. با این وصف؛ ارزش‌های اجتماعی متناقض‌اند: از یک طرف، از آدریانا انتظار می‌رود که از خانواده اش مراقبت کند، در حالی که از طرف دیگر، تقریباً هیچکس قادر نیست او و برادرش را مورد حمایت عاطفی و اجتماعی قرار دهد.

به مرور زمان آدریانا و مادرش تحت تأثیر پیش‌دوری‌های اجتماعی علیه ناخوشی روانی قرار گرفته‌اند و آنها ناخوشی ماریو را برای مدت طولانی پنهان کردند، و به خاطر ترس از دیده شدن توسط همسایگان و دوستان، از درمان و مشاوره برای ماریو در درمانگاه بهداشت روانی محل اجتناب نمودند. او کمک حرفه‌ای را فقط در مرحله‌ای دیر هنگام از ناخوشی اش پذیرفت. به طور کلی، فقدان حمایت اجتماعی و سطح بالای فشار روانی خانواده ایجاد شده توسط آن، بر توانایی ماریو در استفاده از درمان و تمکین با آن تأثیر گذاشت و این وضعیت تأثیر منفی بر سلامت او داشت. این مسئله او را از حفظ شغل یا انجام سایر فعالیت‌های معمول روزانه نیز بازداشت.

متأسفانه، بیشتر کشورها و جوامع هنوز گرفتار پیش‌دوری اجتماعی علیه ناخوشی روانی هستند. مردم متمایل به این باورند که بیماران روانی خطرناکند. اما، بسیاری از آنان در گروه میانی قرار دارند: با ناخوشی روانی دست و پنجه نرم می‌کنند [و کماکان] به تنهایی و با شغلی تمام وقت زندگی را می‌گذرانند.

پیش‌دوری ممکن است تحت تأثیر خط‌مشی‌ها و عملکردهای محلی تقویت، یا در برخی موارد، به خط‌مشی‌ها یا عملکردهای محلی منجر شود. برای نمونه، برخی از ایالت‌های آمریکا قوانینی دارند که "توانایی شخص [مبتلا به ناخوشی روانی] را در داشتن خانواده، رأی دادن، و چیزهایی از این قبیل تضعیف می‌کنند". تبعیض نیز ممکن

است بر کیفیت مراقبت بهداشتی که بیماران مبتلا به ناخوشی روانی دریافت می کنند، اعمال شود. برای نمونه، به نظر می رسد افراد مبتلا به ناخوشی روانی، کمتر احتمال دارد مراقبت های قلبی دریافت کنند. در نهایت این که، محدودیت های زاید در سیاست های بیمه سلامت نیز، انگ زدن های اجتماعی بر ناخوشی روانی را منعکس می نمایند.

در مورد اسکیزوفرنی، مداخله ی دیر هنگام به ابتلای شدیدتر ثانویه منجر می شود. محیط اجتماعی، پزشکی، و سیاسی که مداخله ی بموقع را ترغیب نمی کند و به جای آن به فشار روانی خانواده و بیمار کمک می کند، ممکن است تأثیر منفی بر پیامدهای بیمار داشته باشد.

نمونه ناخوشی روانی نشان می دهد که عملکردهای پزشکی و اجتماعی علاوه بر سیاست ها و مقررات موجود، بایستی تحلیل و به عنوان بخشی از تحلیل موقعیت، در برنامه ارتباط در حوزه سلامت لحاظ شوند. انگ، تنها یکی از عناصر بسیاری است که تحت تأثیر عواملی قرار دارد که همگی به هم وابسته اند. عوامل دیگر عبارتند از:

- باورها، نگرش ها، و رفتارهای مردم
- عوامل تأثیرگذار فرهنگی، قومی، جنسیتی، مذهبی، و سنی
- هنجارهای اجتماعی، سیاست ها، و مقررات
- سیاست های بیمه ی سلامت یا عملکردهای دیگر مرتبط با نظام مراقبت سلامت
- پنداشت های کلی جمعیت یا زیر گروه های جمعیتی در باره ی سلامت و ناخوشی
- ملاحظات بازار یا محیطی، مانند شیوه ای که یک بیماری در رسانه ها معرفی می شود
- کلیشه های وابسته به بیماری.

این گام از تحلیل موقعیت در ابتدا بر تحلیل تمام عوامل خارجی مرتبط با محیط اجتماعی، علمی، بازار، و سیاست، شامل جنبه هایی که ممکن است خاص یک مسئله ی بهداشتی خاص یا منطقه ای از جهان باشند، متمرکز می شود. در تکمیل این گام، توجه به این که مردم چگونه تحت تأثیر این عوامل قرار می گیرند، و همچنین آن چه که می توانند برای شکل دادن و تغییر محیطی که در آن زندگی می کنند انجام دهند، مهم است.

#### ویژگیهایی از مخاطبان تهیه و آنها را دسته بندی کنید

تهیه ی ویژگیهای مخاطبان و دسته بندی آنها در گروه هایی با خصوصیات مشترک و مراحل رفتاری یکی از اساسی ترین گام های تحلیل موقعیت است. مخاطب خود را



## تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۱۸۵

بشناسید. شاید مهمترین سخن متواتر ارتباط در حوزه سلامت باشد. در حقیقت، هیچکس بدون این که ابتدا تلاشی برای شناخت مردم داشته باشد، نمی تواند در آنها نفوذ کند.

تنها مداخلاتی از ارتباط سلامت شانس موفقیت و تحقق پیامدهای مورد انتظار برنامه را دارند که بر درک واقعی از مخاطبان بنا نهاده شده باشند. بسته به نوع مداخله‌ی ارتباط سلامت، نمایندگان مخاطبان هدف یا بخش‌های بزرگ اجتماع، بایستی در کار دخیل شوند و تلاش‌های متخصصان را تکمیل نمایند و یافته‌های کلیدی برنامه را در ارتباط با نیازها، خصوصیات، باورها، نگرش‌ها، و رفتارهای مخاطبان هدف، تحلیل کنند.

در بیشتر موارد، تهیه‌ی ویژگیهای مشخصات مخاطبان، شامل دسته بندی آنان در گروه‌هایی با خصوصیات و نیازهای مشابه نیز می شود. این کار به درک ترکیب مخاطبان کمک می کند و راهنمای تخصیص منابع، همچنین تنظیم بهتر اهداف و راهبردها برای هر دسته خواهد بود. دسته بندی مخاطبان ممکن است به ترکیب‌های متعدد و مختلفی از خصوصیات برای هر دسته منجر شود. اما، مواردی وجود دارند که در آنها دسته بندی ضروری نیست، زیرا مخاطبان خصوصیات و مراحل رفتاری مشابهی نشان می دهند.

طبقات مشخصی وجود دارند که بایستی در تهیه‌ی ویژگیها، گروه بندی و دسته

بندی مخاطبان استفاده شوند:

- ویژگی‌های جمعیت شناختی، شامل سن، جنسیت، نژاد، پیشینه‌ی قومی، زبان، وضعیت ازدواج، تعداد فرزندان، و سطح سواد.
- باورهای رایج، نگرش‌ها، و رفتار مرتبط با مسئله‌ی بهداشتی مورد نظر، از قبیل موانع درک شده یا موجود در اتخاذ و پذیرش رفتارهای جدید یا استفاده از خدمات و محصولات جدید بهداشتی.
- عوامل جغرافیایی، از قبیل محل، محیط روستایی یا شهری، اندازه‌ی شهر یا استان، آب و هوا، و وسایل حمل و نقل.
- عوامل اجتماعی اقتصادی، مانند سطح درآمد، آموزش، و وضعیت حرفه‌ای.
- سبک زندگی و ویژگی‌های فرهنگی، از قبیل سرگرمی‌های ترجیحی، رفتارهای مخاطره آمیز، تعادل کار و (در برابر) زندگی، باورهای مذهبی، عادات رسانه‌ای، و وسایل رسانه‌ای ترجیحی.

□ عوامل جسمانی و طبی، شامل وضعیت سلامت، تاریخچه‌ی پزشکی، هم‌ابتلائی‌ها<sup>۱</sup> و عوامل خطر فردی و گروهی.

□ سایر عواملی که ممکن است اختصاص به مسئله یا مخاطبان مورد نظر داشته باشند.

برخی اوقات تمام این طبقات، برای مسئله‌ی بهداشتی که قرار است تحلیل گردد، کاربرد دارند. در مواقع دیگر، تنها بعضی از آنها اهمیت دارند. برای نمونه، تحلیلی از نظام حمل و نقل در یک منطقه‌ی خاص مثل شمال برزیل که فاصله‌ها طولانی و مراکز بهداشتی مجهز اندک هستند، ممکن است ربط داشته باشد. در مقابل، مسایل حمل و نقل و ترجیحات مربوط در مخاطبان برای مداخلاتی که قصد آنها ترویج غربالگری برای سرطان پستان در بین زنان آمریکایی زیر ۵۰ سالی که در نواحی پایتخت زندگی می‌کنند، که حمل و نقل عمومی و دسترسی به تسهیلات بهداشتی عموماً فراوان و راحت است، ربطی نخواهد داشت.

مهمترین مؤلفه برای دسته بندی مخاطبان، مرحله‌ای از باورها، نگرش‌ها، و رفتارهای مخاطبان در ارتباط با مسئله‌ی بهداشتی است که قرار است به آن رسیدگی شود. سیاستگذاران چقدر از تصویب قانونی که تعداد کلینیک‌های بهداشت عمومی موجود را افزایش خواهد داد، فاصله دارند؟ [فاصله باور، نگرش، و رفتار آنان تا قانون مورد بحث به چه میزان هست و آیا لازم خواهد بود برای تغییر و متقاعد کردن آنها تلاش شود؟]. آیا اهمیتی که مسئله نزد موکلانشان دارد را درک می‌کنند؟ آیا آنان نسبت به این موضوع التفات و دغدغه دارند؟ آیا به طور طبیعی در باره‌ی حقوق افراد محروم و کسانی که خدمات لازم را دریافت نکرده‌اند، همدردی می‌کنند؟

برخی نویسندگان، استفاده از الگوی مراحل تغییر رفتار را برای دسته بندی مخاطبان کلیدی بر مبنای نگرش‌ها و رفتارهای آنان پیشنهاد می‌دهند. پنج مرحله‌ی این نظریه (پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل، و نگه داری) در فصل دو شرح داده شده اند.

به طور کلی، اگر در باره‌ی رفتار انسان و دلایلی که مردم ممکن است برای ایمنسازی کودک خود، استفاده‌ی مستمر و همیشگی از کاندوم، یا محافظت پوست در برابر خطر سرطان تصمیم بگیرند، بیاندیشیم دلایل اصلی پذیرفتن یا نپذیرفتن رفتارهای

<sup>۱</sup> - Comorbidities

توصیه شده را می‌توان شناسایی کرد؛ این دلایل در این طبقات از مردم قابل استنتاج و خلاصه کردن هستند:

نمی‌داند.

می‌داند، اما موانع زیادی را در این کار می‌بیند.

می‌داند، موانعی نمی‌بیند، اما منافی را (برای رفتار مورد نظر) در این کار نمی‌بیند.

می‌داند، موانع چندانی در این کار نمی‌بیند، منافی را برای رفتار مورد نظر قائل

است، اما اهتمام و دغدغه‌ای برای این کار ندارد.

می‌داند، موانع چندانی را نمی‌بیند، منافی می‌بیند، توجه و دغدغه دارد اما وقت،

منابع، ابزار، یا حمایت لازم برای اجرای تغییر را ندارد.

مداخلاتی که هر کدام از این دسته‌ها از مخاطبان را مدنظر قرار می‌دهند، ممکن

است کاملاً متفاوت باشند و به ملاحظه‌ی دقیق‌تر سایر خصوصیات هر دسته (مثل عوامل

اجتماعی اقتصادی، سن، سبک زندگی) نیاز خواهند داشت. گاهی به علت تنوع

رویکردهایی که برای دستیابی به دسته‌ها یا زیرگروه‌های مختلف جمعیت مورد نیاز

هستند، ارتباط گره‌های سلامت ممکن است تصمیم بگیرند که تنها بر یک گروه متمرکز

شوند یا گروه‌های دیگر را به تدریج در برنامه وارد سازند.

هنگامی که دسته‌ها تعریف شده باشند، برخی معیارها و پرسش‌های کلی وجود

دارند که می‌توانند به اولویت بندی دسته‌های مخاطبان و تخصیص منابع مناسب کمک

کنند:

آیا آن دسته در خطر بالاتری از لحاظ وضعیت سلامت قرار دارند؟

با در نظر گرفتن سطح فعلی کفایت سازمان سلامت (بهداشت)، آیا می‌توان به

نیازهای مخاطبان و موقعیت خاص بهداشتی پرداخت و بر آن تأثیر گذاشت؟

آیا تغییر در یک دسته‌ی خاص به دلیل توانایی گروه در هدایت فرایند تغییر، لازم

است قبل از تمرکز بر دسته‌های دیگر مخاطبان اتفاق افتد؟

آیا آن دسته برای تغییر رفتار آمادگی دارند یا این که این کار به منابع اقتصادی و

انسانی نیاز دارد که فراتر از برآورد برنامه‌ی حاضر و جاری است؟

اندازه‌ی دسته چقدر است؟ آیا ارزش سرمایه گذاری زیاد دارد، یا این که باید منابع

متناسب با اندازه اش باشد؟

مخاطبان ثانویه بایستی با استفاده از فرایندی مشابه و همین گروه بندی که در

ابتدای این قسمت بیان شد، شناسایی و ویژگیها و مشخصات آنها تهیه شود. به علاوه،

معیارهای خاص معدودی وجود دارند که در فرایند ویژگی سازی و دسته بندی مخاطبان ثانویه کاربرد دارند: سطح نفوذی که بر مخاطبان اولیه دارند، منافع بالقوه‌ای که (برای نمونه، قابل رؤیت بودن، به انجام رساندن مأموریت) مخاطبان ثانویه ممکن است از دخیل شدن و مشارکتشان در برنامه به دست آورند، و موانع مشارکت آنان.

معیارهای دیگری مانند سطح دشواری در کار با آنها، تعهد مخاطبان نسبت به مسئله‌ی بهداشتی و فرصت‌های موجود (برای نمونه، وسایل ارتباطی جاری و نمایشگاه‌های سالانه) که توسط مخاطبان ثانویه ایجاد شده یا توسعه یافته اند و ممکن است دستیابی برنامه را افزایش دهند، نیز بایستی مورد توجه قرار گیرند.

□ دسته بندی مخاطبان، نمونه

مخاطب: زنان بالای ۵۵ ساله‌ی ایالات متحده که به دیابت نوع دو مبتلایند و اضافه وزن شدید دارند یا چاق هستند	
مرحله‌ی دانش، نگرش، یا رفتار	نمونه‌های از دسته‌های احتمالی از مخاطبان
نمی دانند	زنانی که از ارتباط بین چاقی و دیابت نوع دو ناآگاه هستند. آنها ممکن است دیابت را به علل دیگری نسبت دهند یا آن را بخشی طبیعی از افزایش سن تلقی کنند.
می دانند، اما موانع بسیار زیادی را متصورند	<p>زنانی که در باره‌ی ارتباط بین چاقی و دیابت نوع دو اطلاع دارند. اما، احساس می‌کنند که به دلیل یکی یا بیشتر از موانع زیر هیچ گاه موفق نخواهند بود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> فشار اطرافیان، دوستان و خانواده برای خوردن غذاهای آماده یا انواع دیگر غذای ناسالم</li> <li><input type="checkbox"/> نداشتن وقت برای پخت و پز یا انجام تغییرات در شیوه‌ی زندگی</li> <li><input type="checkbox"/> ناکافی بودن باشگاه سلامت یا ورزشگاه در محله و همسایگی آنان یا هزینه‌ی عضویت در آنها</li> <li><input type="checkbox"/> باور کلی مبنی بر این که قادر به تغییر نیستند</li> <li><input type="checkbox"/> سایر موارد</li> </ul>
می دانند، موانع زیادی را نمی‌بینند، اما منافی را هم قائل نیستند	<p>زنانی که در باره‌ی ارتباط بین چاقی و دیابت نوع دو مطلعند، موانع زیادی را برای تغییر نمی‌بینند یا به توانایی خود در غلبه بر موانع مطمئن هستند. با وجود این، آنها معتقد نیستند که در این مرحله، کاهش وزن فرقی به حال آنان و دیابت شان یا هر هم ابتدایی دیگر ناشی از چاقی داشته باشد. برای نمونه، آنان ممکن است تصور کنند که دیابت یک وضعیت مادام‌العمری است که هیچ چیز روی آن اثری ندارد.</p>

<p>زنانی که ارتباط چاقی- دیابت را می‌دانند، موانع زیادی را برای تغییر احساس نمی‌کنند، منافع و فایده‌های تغییر را می‌بینند اما به دلایل احتمالی زیر، اهتمام و جدیت برای تغییر ندارند:</p> <p><input type="checkbox"/> اخیراً در کنترل دیابت شان با استفاده از دارو موفق بوده‌اند، پس چه نیازی به دردرس زیادتر است؟</p> <p><input type="checkbox"/> دیدگاهی جبری نسبت به سلامت و بیماری دارند و احساس می‌کنند، نمی‌توانند و هیچ کاری از دست آنها بر نمی‌آید (هر چه پیش آید، خوش آید).</p> <p><input type="checkbox"/> اولویت‌های بسیار متعارض دیگری در زندگی شان دارند و احساس می‌کنند که این موضوع (تغییر توصیه شده) جزء آنها نیست.</p> <p><input type="checkbox"/> سایر دلایل.</p>	<p>می‌دانند، موانع زیادی را نمی‌بینند، منافع و فوایدی را قائلند، اما اهتمام و جدیتی ندارند</p>
<p>زنانی که پیوند چاقی- دیابت را می‌دانند، موانعی برای تغییر نمی‌بینند و منافع و فواید را درک می‌کنند و قصد دارند وضعیت خود را تغییر دهند. آنها کاهش وزن را یکی از اولویت‌های اصلی خود قلمداد می‌کنند اما نسبت به جریان تغییر بسیار نگرانند و ممکن است به کمک‌ها یا ابزارهایی نیاز داشته باشند تا:</p> <p><input type="checkbox"/> یاد بگیرند که چگونه ورزش را در زندگی شلوغ و پرغوغای خود ادغام کنند یا گزینه‌های به صرفه بودن را برای فعالیت بدنی بیابند.</p> <p><input type="checkbox"/> هم‌تایان و خانواده را در تغییر سبک زندگی خود دخیل و شریک سازند.</p> <p><input type="checkbox"/> پرسش‌های درستی از ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی خود در باره‌ی کاهش وزن بپرسند.</p> <p><input type="checkbox"/> از نسخه‌های سریع برای وعده‌های غذایی سالمی که می‌توانند پس از کار برای خود تهیه کنند، آگاه شوند.</p> <p><input type="checkbox"/> برنامه‌ی صحیح کاهش وزن را بیابند و استفاده کنند.</p> <p><input type="checkbox"/> و موارد دیگر.</p>	<p>می‌دانند، موانع زیادی را نمی‌بینند، منافی را برای تغییر قائلند، دغدغه و قصد دارند، اما وقت، امکانات، ابزار، یا حمایت برای اجرای تغییر ندارند.</p>

منبع: به استثنای آخرین مرحله در این نمایه، مراحل دانش، نگرش و رفتار از مرکز کاربرد فناوری پیشگیری در جنوب غرب، اقتباس گردیده است.

<p style="text-align: center;"><b>□ ویژگیهای مخاطبان: دقیقه‌ای را به کودکان خود اختصاص دهید!</b></p> <p style="text-align: center;"><b>مخاطب</b></p> <p>مخاطب هدف، برای این بسیج همگانی والدینی هستند که در کار با کودکان ۹ تا ۱۲ ساله‌ی خود کمتر درگیر هستند یعنی، آنهایی که احتمال این که با فرزندان خود شام بخورند، بدانند که کودکان در طول روز کجایند، به فرزندانشان در انجام تکالیف منزل کمک کنند، یا در جنبه‌های دیگر زندگی کودکان شان درگیر باشند، کم است. این‌ها والدینی هستند که اگر بناست که به فرزندان خود در دوری از</p>
--

وسوسه و رد درخواست برای مصرف دخانیات، کمک کنند، لازم است که بیشتر با فرزندان ارتباط فعال داشته باشند.

### چرا تنها به والدینی می‌پردازیم که کمتر درگیر کار با فرزندان شان هستند؟

دسته بندی یا شناسایی گروهی از مردم که به حد کافی مشترکات با یکدیگر دارند که شما می‌توانید به آنها دست یابید یا آنان را به شیوه‌ای مشابه برانگیزانید، جزء اساسی از یک بسیج همگانی بازاریابی اجتماعی است. هرچه که ما بتوانیم گروهی را با دقت بیشتری توصیف کنیم، بسیج همگانی ما می‌تواند قوی تر شود. روی هم رفته، هدف نهایی، تأثیرگذاری بر رفتار در بین بیشترین تعداد ممکن، با منابع موجود است.

ما والدین کمتر- درگیر را به عنوان مخاطبان هدف خود پس از ملاحظه و تأمل در پژوهشی وسیع شناسایی کردیم: در سال ۱۹۹۸، مرکز کنترل بیماری‌ها، ۶۰ متخصص در زمینه‌ی فرزندپروری را در جلسه‌ای دعوت کرد تا تعیین کنند والدین را چگونه باید توصیف و دسته بندی کرد؟ پس از آن ما به داده‌های مصرف کنندگان از منابعی مثل سبک‌های سلامت و پریم<sup>۱</sup> نظر افکندیم و گروه‌های متمرکز را با والدین اجرا کردیم. تحلیل‌ها به ما تمایزی را بین سه خوشه‌ی اصلی از نگرش‌ها و رفتارهای والدین، نشان دادند.

- والدین روی هدف- آنهایی که همه کارهای درست را مطابق با آن چه در پژوهش مد نظر بود انجام می‌دادند.
- غیر قاطع‌ها- آنهایی که با کودکان خود در ارتباط و درگیر بودند و قواعد روشنی را وضع می‌کردند اما در اعمال و اجرای قواعدشان شکست می‌خوردند.
- والدین کمتر- درگیر- گروهی که هدف برنامه‌ی بسیج همگانی «دقیقه‌ای را به کودکان خود اختصاص دهید» بودند.

### والدین کمتر درگیر چه کسانی بودند؟

درک احساس و همدلی کردن با والدین کمتر- درگیر دشوار نیست. پدر و مادری کردن برای نوجوان‌ها ساده نیست. همان طور که در این دوره سن آنها بالا می‌رود، کودکانی که زمانی برای کمک به طرف والدین خود می‌دویدند، ناگهان دور می‌شوند و به دنبال استقلال می‌روند. والدین ممکن است احساس کنند که کنترل از دست شان خارج شده است. برای مخاطبان هدف ما، این موضوع به طور خاص صدق می‌کند. و به موازات ورود فرزندان آنها به نوجوانی، اغلب فاصله‌ی بین والدین و کودک زیاد می‌شود، و این فاصله، نوجوان را در خطر بیشتری برای مصرف دخانیات، مواد، دارو، و الکل قرار می‌دهد.

در مقایسه با گروه‌های دیگر، والدین کمتر درگیر بیشتر تحت فشار هستند. وقتی را که ممکن است برای کودکان خود تنظیم کرده‌اند، به سرعت در امور معمول و رزمه‌ی خانواده، کار، یا فقط در تلاش برای یافتن لحظه‌ای برای استراحت، به مصرف می‌رسد و از دست می‌رود. هرچند آنان ساعات مشابهی را با والدین دیگر کار می‌کنند، مخاطبان هدف ما نمی‌توانند وقت کافی را تدارک ببینند و فعالیت‌هایی را با نوجوانان خود یا حتی بزرگسالان دیگر برنامه ریزی نمایند. خلاصه این که، برای والدین کمتر درگیر،

<sup>1</sup> - HealthStyle and Prizm

مدیریت کارآمد وقت شان، یکی از بزرگترین موانع در مشارکت در فعالیتهای فرزندان شان است. نداشتن وقت و فقدان سازمان دهی کلی در والدین کمتر درگیر به دلیل اشتغال آنها در فعالیتهای دیگری که بدون فرزندان شان انجام می شود نیست. این گروه به ندرت دوستان شان را ملاقات می کنند. عضو بارز و فعالی از باشگاههای اجتماعی، اماکن مذهبی، یا سازمان های داوطلب هم نیستند. در حقیقت، نزدیک به نیمی از آنها خود را "تماشاگر پیوسته ی تلویزیون" می نامند و بیشتر آنها (۶۲٪) تلویزیون را تفریح غالب و اولیه ی خود می دانند.

احساس ضعف و بی اقتداری، خصوصیت معرف والدین کمتر درگیر است. آنان در طیف وسیعی از رفتارها، پایین ترین خود کارآمدی را گزارش کردند. آنها اغلب از نیاز به تغییر عادات ناسالم و الگوهای روزمرگی آگاهند، اما اعتقادشان بر این است که نمی توانند.

با توجه به فرزندپروری، مخاطب هدف ما می داند که آنها بایستی برای تعامل با کودکان شان وقت بگذارند اما باورشان این است که در تغییر الگوها و عادات رفتاری موجود، ناتوان هستند. آنان در مورد محافظت فرزندان شان از خطرات رفتاری، کمتر از گروه های دیگر والدین مطمئن هستند و احتمال کمتری دارد که مقرراتی را با فرزندان شان تعیین، وضع و اعمال نمایند.

خصوصیات والدین کمتر درگیر در نگاهی سریع:

- ۶۹٪ ادعان داشتند که پیوسته احساس می کنند، تحت فشار زیاد هستند.
- ۴۳٪ منزل شان را آشفته می دانند.
- ۹۰٪ احساس می کنند که بسیار سخت کار می کنند.
- ۳۹٪ اظهار می کنند که فرزندان ندارند که امور معمول خانواده را به طور منظم انجام دهند.
- ۴۳٪ درآمدهای خانواده شان را بیش از ۵۰,۰۰۰ دلار گزارش کردند.

آیا والدین کمتر درگیر بسیار خاص و معدود هستند؟ نمونه ی آنها چه کسانی اند؟

مخاطب هدف ما هر جایی ممکن است دیده شود. والدین کمتر- درگیر در تمام سطوح قومی، تحصیلی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، و تاهل یا ازدواج دیده می شوند. آنان ممکن یقه آبی یا یقه سفید باشند. در مقایسه با سایر گروه ها، احتمال بیشتری وجود دارد که آنان جزء یک زوج والدینی باشند (نزدیک به یک چهارم از والدین کمتر- درگیر احتمالاً جداشده، طلاق گرفته، یا ازدواج نکرده اند). بیشتر آنان از لحاظ سطوح درآمد خانوار، از متوسط رو به پایین تا متوسط رو به بالا هستند. هم چنین، آنان تمایل دارند که بلندهمت (۷۵٪)، سخت کار (۹۸٪)، و پر جرأت تلقی شوند، و خواهان این هستند که فرزندان شان به جایگاه بالاتری از سطح اجتماعی اقتصادی خودشان برسند.

### رفتارهای پدر و مادر بودن فعلی آنان چگونه است؟

هرچند مخاطب هدف ما تمایل دارد با فرزندان خود وقت صرف کند، آنها قادر به شناسایی فعالیتهای ممکن و اعمالی نیستند که می توانند برای افزایش یا بهبود زمان باهم بودن شان صرف کنند. برای نمونه، تعداد زیادی (۵۴٪) از والدین کمتر- درگیر معمولاً شام را با خانواده صرف نمی کنند. آنها فکر می کنند که تهیه ی غذا باید تا حد امکان وقت اندکی را بگیرد و لذا از این که به سرو غذاهای آسان روی بیاورند، چندان احساس گناه و ناراحتی نمی کنند.

در ارتباط با اعمال مقررات و نظارت بر فعالیتهای کودکان، بسیاری از والدین در گروه مخاطب ما

لزومی نمی‌بینند که فرزندان در انجام امور معمول و روزانه‌ی خانواده مشارکت منظم و مستمر داشته باشند، و معمولاً فرزندان خود را از لحاظ فعالیت‌های پس از مدرسه یا پایان هفته، ارزیابی و نظارت نمی‌کنند.

در مجموع، بیشتر والدین کمتر درگیر (۵۲٪) با نحوه‌ای که زندگی فعلی شان می‌گذرد، از جمله روابط آنان با کودکان شان، راضی نیستند. آنها خود را تحت فشار می‌بینند، اعتماد به نفس پایینی دارند و احساس می‌کنند که هیچگاه از قید و بند و دردسرهای پدر و مادر بودن خود رهایی و خلاصی نمی‌یابند.

### چگونه ما به آنها دسترسی یابیم؟

مخاطبان هدف ما نسبت به ایده‌ها و رهنمودهایی در باره‌ی نحوه‌ی بهبود رفتارهای پدر و مادر بودن شان، باز و مشتاق هستند. آنها تمایل دارند از کانال‌های ارتباطی مختلف در این باره بشنوند و درباره‌ی پیام رسان، انتخابی و سوگیرانه نیستند. اگر ایده‌ای خوب به نظر برسد، آن را می‌آزمایند. اما، از پیام‌هایی که راه حلی ارائه نمی‌کنند یا رفتارهای فعلی آنها را به انتقاد می‌گیرند، احتمالاً رنجیده می‌شوند. یک تمایز ظریف در قلب این کار نهفته است: آنها ایده می‌خواهند، نه نصیحت.

بنابراین، بسیج همگانی دقیقه‌ای را به کودکان خود اختصاص دهید! برای فراهم کردن و ارائه‌ی کمک طرح ریزی می‌گردد، نه برای صادر کردن دستورات یا محکوم ساختن و ترویج احساس گناه. در محتوای خود، بسیج همگانی، به سادگی ایده‌هایی را در باره‌ی چگونگی ارتباط با فرزندان ارائه می‌کند و نشر می‌دهد- درست همان چیزی که والدین کمتر درگیر جستجو می‌کنند.

منبع: مرکز کنترل و پیشگیری بیماری.

### □ عناصر کلیدی و گروه‌های اجتماعی

عناصر برنامه، تمام افراد و گروه‌هایی هستند که در مسئله مورد نظر، علاقه مندی یا مسئولیت‌های مشترکی دارند. آنها ممکن است نماینده‌ی مخاطبان اولیه (برای نمونه، گروه‌های فعال ایدز یا گروه‌های نجات یافته‌ی سرطان پستان) باشند یا بر آنان تأثیر گذار باشند. به عنوان بخشی از ویژگیها و دسته بندی مخاطبان، لازم است عناصر کلیدی، شناسایی، تربیت و در مراحل اولیه‌ی طرح ریزی برنامه دخیل شوند تا تعهد و حمایت بالقوه‌ی آنان از اهداف و راهبردهای ارتباط، تضمین و فعلیت یابد.

برای نمونه، در طراحی برنامه‌ای که هدفش کاهش انتقال آنفلوآنزا از کارکنان بهداشتی به بیماران از طریق گسترش ایمن سازی پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی است، صحبت کردن با سازمانی که پرستاران را نمایندگی می‌کند، کاری بجا و معنی دار است. با انجام چنین کاری، گروهها می‌توانند روی یافته‌های کلیدی پژوهش در باره‌ی باورها، نگرش‌ها، و رفتارهای جاری، همچنین اهداف و راهبردهای احتمالی ارتباط، بازخوردهای مورد نیاز خود را به دست آورند. به علاوه، بارش افکار با آنان در باره‌ی



## تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۱۹۳

فعالیت‌های ارتباطی و درگیر شدن آنان در برنامه، درک و وسعت دید بسیار ارزشمندی را در طراحی مداخله فراهم می‌کند و احتمال این که برنامه رویکردی اثربخش برای پرستاران داشته باشد را، افزایش می‌دهد.

عناصر یا افرادی مانند پزشکان که رهبران فکری در یک حوزه هستند، یا گروه‌های اجتماعی، مانند انجمن پرستاران که در بالا وصف شد، اجتماعات، گروه‌ها یا افرادی که علایق و اهداف مشترکی دارند را نمایندگی می‌کنند. تضمین حمایت از عناصر برنامه توسط گروه‌های اجتماعی و همچنین مدیریت انتقادات و دیدگاه‌های مختلفی که توسط گروه‌های ذی نفوذ ابراز می‌شود، جزو مهمی از فرایند ارتباط در حوزه سلامت است و بایستی اولویت کلیدی در فرایند برنامه ریزی باشد.

منابع کلیدی برای شناسایی عناصر و گروه‌های اجتماعی شامل وبلاگ‌ها، مقالات یا گزارش‌های تصویری پخش شده از طریق رسانه‌های جمعی، مصاحبه‌ها، و تماس‌های شخصی دیگر با نمایندگان مخاطبان کلیدی، همکاران، و متخصصان هستند.

### □ وسایل، روش‌ها و محل‌های اجتماع ترجیحی

ارتباط در حوزه سلامت فرایندی است که بر اساس نیاز مخاطبان خاص طراحی می‌شود. درک عادات و ترجیحات رسانه‌ای برای انواع مختلف وسایل ارتباطی هر کدام از مخاطبان اولیه و ثانویه، بخش اصلی تهیه‌ی ویژگی‌های مخاطبان در تحلیل موقعیت است. محل‌های تجمع و دسترسی به مخاطبان، مانند نشست‌های سالانه یا محفل‌های اجتماعی موجود یا جلسات فصلی، نیز بایستی به طور ویژه مورد توجه قرار گیرند.

در این کتاب، وسیله‌ی ارتباطی هم به وسایل و هم مسیر انتخابی برای دستیابی به مخاطبان هدف با پیام‌ها و مواد ارتباط در حوزه سلامت اطلاق می‌شود. وسایل ارتباطی را می‌توان به سه دسته‌ی گسترده تقسیم کرد:

□ وسایل ارتباط جمعی: رسانه‌های چاپی و خبرپراکنی، اینترنت، و رسانه‌های جدید دیگر.

□ وسایل ارتباط بین فردی، مانند مشاوره، جلسات فرد با فرد، تماس‌های پزشکی-بیمار، آموزش بیمار، جلساتی که توسط عناصر برنامه راهبری می‌شوند، یا سایر

کانال‌های تعاملی

□ سایر کانال‌ها و محافل اختصاصی اجتماع، مانند رسانه‌های محلی یا سنتی، جلسات شعر، رسانه‌ای بومی، نمایش، جلسات اجتماعی موجود، کلیساها، مساجد، بازارهای محلی، یا نشست‌های علمی سالانه.

آژانس توسعه‌ی بین‌المللی ایالات متحده، منافع و چالش‌های کانال‌های ارتباطی مختلف را بر اساس سه مؤلفه‌ی کلیدی تحلیل می‌کند: سهولت کنترل پیام، سطح تعامل، و سهولت کنترل مرزی. در این الگو، رادیو و تلویزیون کانال‌های با سطح تعامل پایین هستند، و آموزش همسالان و مشاوره تعاملی ترین محسوب می‌شوند. احتمال تأثیرگذاری و نفوذ بر یک گروه برای اتخاذ عمل و تغییر رفتار، با تعاملی بودن رسانه به مراتب افزایش می‌یابد.

به طور کلی، مناسب‌ترین وسایل برای یک برنامه ارتباط در حوزه سلامت، آنهایی هستند که با خصوصیات مخاطبان تطابق داشته باشند، ترجیحات مخاطبان را منعکس نمایند، و متکی بر معیارهای متعددی باشند که بایستی اهداف پژوهش روی موضوع، همچنین تحلیل یافته‌های مربوط را هدایت کنند.

□ محتوا و پیچیدگی پیام. پیام‌های پیچیده نمی‌توانند تنها بر استفاده از رسانه‌های جمعی تکیه کنند و متمرکز شوند؛ همچنین لازم است این پیام‌ها با استفاده از کانال‌های بین فردی و سایر رسانه‌های اختصاصی جامعه‌ی محلی، ارائه شوند تا موجب تقویت پیام‌های رسانه‌های جمعی شود. برای نمونه، مادر یک پسر ۱۲ ساله را در نظر بگیرید که ممکن است خبری را در روزنامه‌ی ملی در باره‌ی افزایش اخیر در بروز سیاه سرفه در ایالات متحده خوانده باشد. او ممکن است نسبت به لزوم ایمنسازی نوجوانان برای محافظت آنان در برابر ابتلای به بیماری و انتقال آن به گروه‌های آسیب پذیرتر جمعیت مانند شیرخواران و خردسالان، آگاه باشد. اما، در تصمیم‌گیری برای ایمنسازی کودک خود، نیاز به حمایت و تشویق پزشک و همچنین گروه همسال خودش دارد. این کار به خصوص در شرایطی که الزامی در مدرسه و مقررات خاص دیگری در اجتماع او وجود ندارد، مهم است. برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت، در این زمینه نیز بایستی در برگیرنده‌ی استفاده از وسایل و ابزار بین فردی برای آسان‌سازی تعاملات همسال به همسال همچنین ارتباطات خدمت‌دهنده-والدین باشد. مطلوب این است که، کانال‌های ارتباطی بین فردی مانند ملاقات‌های فردی یا کانال‌های اختصاصی جامعه‌ی محلی مثل روزنامه‌ی

دولتی و جلسات محلی را بتوان در پشتیبانی از برقراری و اعمال مقررات در مدرسه در سطح دولت محلی، استفاده کرد.

□ دستیابی به مخاطب. یک ملاک عمومی در انتخاب کانالهای ارتباطی، تعداد افرادی است که از طریق یک وسیله می‌توان به آنها دست یافت. در مورد رسانه‌های چاپی و خبرپراکنی (بیشتر رادیو و تلویزیون)، این تعداد بر حسب توزیع مخاطبان بیان می‌شود در سایر موارد، ممکن است بر حسب تعداد افراد در بین مخاطبان هدف، بیان شود که برآورد می‌شود از طریق یک کارگاه آموزشی یا جلسه‌ی اجتماعی، آنها را جذب نمود. این تعداد و ارقام برای تعیین مناسب‌ترین و مؤثرترین کانالهای دست‌یابی به بیشترین تعداد مخاطبان کلیدی مهم هستند. دستیابی به مخاطب یکی از مؤلفه‌های کلیدی است که بایستی در طراحی مداخلات هزینه-اثربخش لحاظ شود.

□ تناسب فرهنگی و موضوعی. حتی در مجموعه‌ی بزرگ و متنوعی از کانالهایی که برای یک گروه از مخاطبانی مشخص، اختصاصی محسوب می‌شوند، لازم است در انتخاب آنها مواردی که برای بحث یا انتشار اخبار در باره‌ی مسئله‌ی بهداشتی خاصی از لحاظ فرهنگی تناسب دارند، تمایز قائل شویم. برای نمونه، برنهارت و همکاران گزارش دادند که مردان آمریکایی آفریقای تبار و اروپایی تبار که در یک مطالعه روی ارتباط در حوزه سلامت مبتنی بر اینترنت، در باره‌ی ژنتیک انسان مشارکت کردند، به توانایی بالای ارتباط اینترنتی علاقه مند بودند اما در باره‌ی اعتبار و صحت اطلاعات (آنلاین)، فقدان اعتماد به بسیاری از وبلاگ‌ها، و ترس از محفوظ ماندن اطلاعات خصوصی ابراز نگرانی می‌کردند. برعکس، کسانی که با عفونت HIV تطابق یافته بودند، به نظر می‌رسید که اینترنت را به عنوان یک منبع توانمندسازی که موجب تقویت حمایت اجتماعی شده و کمک به دیگران را تسهیل می‌نماید، قلمداد می‌کنند.

□ به صرفه بودن. از آنجا که به صرفه بودن یکی از عناصر کلیدی ارتباط در حوزه سلامت است، کانالهای ممکن باید از لحاظ مؤلفه‌ها و اولویت‌های بودجه‌ای، مورد ارزیابی قرار گیرند. ارزیابی به صرفه بودن، بایستی مبتنی بر مقایسه‌ی هزینه‌ی گزینه‌هایی باشند که به نتایج قابل مقایسه منجر خواهند شد. این تحلیل بایستی شامل ارزشیابی برنامه‌ها و منابع موجود به عنوان کانالهای بالقوه برای ارائه و توزیع مواد آموزشی و پیام‌های بهداشتی نیز باشد. ارزیابی به صرفه بودن به طور طبیعی به گام

بعدی تحلیل موقعیت (برنامه‌ها، اقدامات، و منابع موجود) کشیده می‌شود و یکی از دلایل متعدد برای پژوهش روی برنامه‌های گذشته و جاری است.

حتی درون یک نوع کانال ارتباطی (برای نمونه، کانال‌های بین فردی)، توجه به تأثیر روی رفتاری که گویندگان یا پیام‌رسانان مختلف، ممکن است روی مخاطبان هدف داشته باشند، مهم است. برای نمونه، مطالعه‌ای توسط هولتزمن و روینسون، تفاوت‌هایی را در پیامدهای رفتاری ارتباطات والدین در مقابل ارتباطات همسالان روی HIV / ایدز در بین دانش‌آموزان دبیرستانی نشان داد. در حقیقت، زنان جوان بیشتر تحت تأثیر بحث‌ها با والدین قرار گرفتند، در حالی که مردان جوان، بیشتر از بحث‌هایی که با همسالان خود داشتند، تأثیر گرفتند. احتمال این که بحث‌های همسالان به شرکای جنسی متعدد و آمیزش جنسی محافظت شده منجر شوند، بیشتر بود.

هنگامی که تحلیل عناصر کلیدی کامل شده باشد، بایستی ملاحظه‌ی بیشتری نسبت به دسترسی عناصر، سطح راحتی و اثربخشی کانال‌های مختلف ارتباطی صورت گیرد. این تحلیل با ارزیابی کانال‌های ارتباطی کلیدی در آمیخته می‌شود و ممکن است بر تخصیص منابع برای تهیه و توسعه‌ی ابزار، مواد، یا فعالیتهای مختص یک وسیله‌ی ارتباطی مشخص، تأثیر بگذارد.

تحلیل کانال‌های ارتباطی، یکی از گام‌های آخر قسمت ویژگی سازی از مخاطبان در تحلیل موقعیت است. البته، عوامل دیگری که اختصاصی مخاطب یا مسئله هستند، ممکن است در توضیحات این کتاب لحاظ نشوند.

هنگامی که وسایل ارتباطی پژوهش و تحلیل شده باشند، درک ترجیحات و واکنش‌های کلی مخاطبان نسبت به حامل‌های ارتباطی حائز اهمیت است. در ارتباط در حوزه سلامت، اصطلاح حامل‌های ارتباطی به وسایل یا ابزارهای خاصی اطلاق می‌شوند که برای ارائه‌ی یک پیام، با استفاده از کانال‌های ارتباطی به کار می‌روند. این فعالیت‌ها، وقایع، و مواد ارتباطی را در بر می‌گیرد. برای نمونه، در صورتی که کانال ارتباطی رسانه‌های چاپی باشد، مثل یک مجله، حامل‌های بالقوه شامل مقالات خاص و تبلیغات شبه مقاله می‌شوند. حامل‌های ارتباطی اختصاصی مخاطب و کانال هستند. تمام ملاک‌هایی که در تحلیل برای انتخاب کانال‌های ارتباطی، به کار می‌روند، برای انتخاب حامل‌های ارتباطی نیز کاربرد دارند. در کار ارتباط سلامت، اصطلاحات حامل‌ها و کانال‌ها، گاهی اوقات به جای یکدیگر استفاده می‌شوند، که ممکن است به سردرگمی منجر شود. برای اجتناب از سردرگمی، در این کتاب اصطلاح تاکتیک به طور اولیه برای نشان دادن دسته یا طبقه‌ی مشابهی استفاده می‌شود (برای نمونه، فعالیتها، مواد، و

وقایع). اما، تاکتیک نیز به علت پیوند حامل‌های ارتباطی مورد استفاده با عناصر دیگر برنامه‌ی عملیاتی، دلالتی راهبردی دارد.

□ پژوهش روی برنامه‌ها، اقدامات، و منابع موجود

دلایل متعددی برای پژوهش روی برنامه‌ها، اقدامات و منابع موجود وجود دارند:

□ آموختن درس‌هایی از برنامه‌های گذشته و در حال اجرا، از جمله شناسایی عوامل کلیدی موفقیت.

□ فرصت‌هایی برای تشریح مساعی، توزیع مواد، ارائه‌ی پیام، و افزایش کلی دسترسی به مخاطبان کلیدی.

□ ابزارها و کانال‌های ارتباطی موجود ممکن است پیام‌ها و مواد ارتباطی برنامه‌ی جدید را تکمیل یا همراه با آنها استفاده شوند. سرمایه‌گذاری روی ابزارها و کانال‌های موجود ممکن است هزینه‌های برنامه‌ی جدید را، از لحاظ تهیه و گسترش مواد و دستیابی به مخاطبان دور کاهش دهد.

□ آگاه شدن از برنامه‌ها یا رویکردهایی که ممکن است در تقابل با هدف کلی و اهداف اختصاصی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت باشند. برای نمونه، در صورتی که برنامه‌ی تدوین شده، از پژوهش حیوانی حمایت کند، درک دلایل و ابزار مورد استفاده در آن به عنوان مبنای برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت که از مخالفت علیه پژوهش حیوانی حمایت می‌کنند، ممکن است مفید باشد.

اینها همگی بایستی به عنوان اجزای کلیدی این تحلیل مورد توجه قرار گیرند. منابع کلیدی برای جمع‌آوری اطلاعات در باره‌ی برنامه‌ها و اقدامات گذشته و موجود عبارتند از وبلاگ، مدیران برنامه‌ها یا روابط عمومی سازمان‌های سلامت در آن زمینه، اتاق‌های گفتگو یا فهرست خدمت‌گیرندگان ارتباط سلامت، مقالات رسانه‌های جمعی، مجلات داوری شده، و متخصصان عرصه.

□ نیازهای ارتباطی برآورده نشده را شناسایی و مشخص کنید

این گام، تحلیل برنامه‌های موجود را تکمیل و توسعه می‌دهد. در حقیقت، گام قبلی ممکن است به شناسایی نیازهای ارتباطی کمک کند که توسط برنامه‌های گذشته یا کنونی رسیدگی نشده اند یا ممکن است برنامه‌ای را متمایز و توجه مخاطبان کلیدی را جلب نماید. اما، این تحلیل اغلب با اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه‌ها با عناصر کلیدی و نمایندگان مخاطبان هدف، گروه‌های متمرکز، مرور متون، یا روش‌های

پژوهشی دیگر در آمیخته شود، که این کار انتظار می‌رود به شناسایی نیازها و اولویت‌های خاص ارتباطی برای مخاطبان کمک کند.

□ موانع کلی اجرای برنامه و تغییر پیشنهاد شده را شناسایی و توصیف کنید

برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت که به نرمی و لطافت، موانع بالقوه‌ی تغییر رفتاری یا اجتماعی یا اجرای برنامه را برطرف می‌سازند، احتمال موفقیت شان در دستیابی به پیامدهای مورد انتظار بیشتر است. بنابراین، شناسایی و تعیین موانع، بایستی در تحلیل موقعیت در امتداد چشم انداز اولیه برای نحوه‌ی پرداختن و برطرف ساختن آنها لحاظ گردد. این چشم انداز بایستی با استفاده از نظرات نمایندگان مخاطبان کلیدی، عناصر، و گروه‌های اجتماعی بر حسب ویژگی‌های برنامه و نیازهای برنامه ریزی، و جامعه‌ی محلی به طور عام، تعریف و تبیین گردد.

در میان عوامل بالقوه می‌توان موارد زیر را نام برد:

□ هزینه، که هزینه‌ی مالی واقعی محصولی است که برنامه از مردم می‌خواهد که استفاده کنند، یا هزینه‌ی انسانی، شامل سبک زندگی، یا روابط حمایت کننده‌ای است که برای اتخاذ رفتار، خط مشی، یا عملکردی جدید نیاز است.

□ نبود ظرفیت یا صلاحیت‌های فنی که، ممکن است به مستقل شدن مردم در اقتباس رفتاری جدید (برای نمونه، فقدان دانش در مورد نحوه‌ی انجام معاینه‌ی سینه توسط خود)، یا جلب حمایت برای خط مشی جدید، کمک کند.

□ زیرساخت محلی ضعیف یا ناکافی که دسترسی به رفتار سلامت توصیه شده را محدود می‌کند- برای نمونه، فقدان خدمات سلامت در منطقه‌ای که از مردم درخواست می‌شود، در استفاده از روش‌های تنظیم خانواده فعال تر باشند، یا نبود بیمارستان‌هایی که غربالگری HIV را در یک فاصله‌ی جغرافیایی خاص، انجام دهند.

□ نبود دستورالعمل‌های راهنمایی کننده‌ی واضح یا استانداردهای بالینی

□ محدودیت‌های زمانی

□ سیاست‌های ناکافی

□ عوامل فردی یا گروهی مانند هنجارهای اجتماعی، فقدان آموزش ارتباطی، پیشداوری‌های موجود، یا موانع زبانی

- نبود تعهد سازمانی نسبت به مقوله‌ی ارتباط در حوزه سلامت و سرمایه گذاری برای آن
- منابع مالی یا انسانی ناکافی

تمام موانع احتمالی بایستی از طریق مرور یافته‌های کلیدی به دست آمده از تحلیل موقعیت و فهرست کردن تمام عوامل و داده‌هایی که ممکن است مشکلات احتمالی در اجرای برنامه یا دستیابی به نتایج مورد انتظار نشان دهند، تحلیل شوند. شرایطی وجود دارد که در آنها موانع موجود، به تعهد آشکار منابع اقتصادی یا انسانی برای رفع آنها نیازمندند. در این موارد، اولویت گذاری اقدامات یک برنامه ارتباط در حوزه سلامت و تخصیص‌های اولیه‌ی منابع برای کاهش یا برطرف سازی چنین مشکلاتی، ممکن است قابل توصیه باشد. اما این کار به یک هوشمندی رفتارگرا و جامعه-نگر نیاز دارد. در حقیقت، کانون این مداخله‌ی اولیه‌ی هشیار نسبت به مشکلات، برای نمونه متقاعد کردن مسئولان بهداشت محلی برای بهبود دسترسی به خدمات یا محصولات سلامت؛ یا تغییر دادن هنجارهای اجتماعی موجود، برطرف ساختن پیشداوری در یک اجتماع؛ یا جذب سرمایه‌ها و منابع اضافی به نفع رسالت و هدف کلی برنامه خواهد بود.

### سازمان دهی و گزارش یافته‌های پژوهش

هنگامی که مرحله‌ی پژوهشی تحلیل موقعیت کامل شده باشد، گام بعدی اولویت بندی، ارائه، و بحث و تحلیل یافته‌ها با همراهی اعضای گروه، نمایندگان مخاطبان کلیدی، گیرندگان خدمت، سازمان‌های سلامت، ادارات، و بسته به ماهیت برنامه، هر کسی که سهم و نفعی در مداخله‌ی ارتباط سلامت دارد، می‌باشد. از آنجا که تمام داده‌هایی که جمع آوری شده، احتمالاً با برنامه ارتباط دارند، اولین گام انتخاب و گسترش اطلاعاتی است که به تدوین و توسعه‌ی اهداف و راهبردهای ارتباط منجر خواهند شد. این ترجیحاً تمام اطلاعاتی است که ربط داشتن آنها توسط منابع چندگانه به اثبات رسیده است و به نظر می‌رسد که نیازها و ترجیحات مخاطبان فعلی در ارتباط با پیامدهای رفتاری، اجتماعی، یا سازمانی که برنامه در پی نیل به آنهاست را، برآورده می‌سازند. این اطلاعات برای آگاهی و توجیه دست اندرکاران برای تدوین اهداف و راهبردهای ارتباطی، اهمیت اساسی دارد.

در سازمان دهی و ارائه‌ی یافته‌های کلیدی و نتایج مرتبط، تقسیم‌بندی تحلیل موقعیت به طبقات مشابه توصیف شده در این کتاب، برای گام‌های مختلف آن ممکن است، مفید باشد. در صورتی که طبقه بندی، سازمان کلی و وضوح تحلیل را بهبود دهد، طبقات منطقی دیگری را می‌توان اضافه کرد. نکته عملی دیگر، واکاوی برحسب موضوعات کلیدی است. به عبارت دیگر، حقایق، داده‌ها، یا اطلاعاتی که برای مسئله‌ی بهداشتی مورد نظر و مخاطبان آن همچنین برای دستیابی به اهداف پیامدی مهم و اساسی هستند.

رویه‌ای رایج در بخش خصوصی و تجاری، استفاده از تحلیل قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها، و تهدیدها برای سازمان دهی اطلاعات در باره‌ی محصول، رفتار، اجتماع، یا تغییر سازمانی خاص است. اخیراً نویسندگان دیگر، استفاده‌ی گسترده‌تر از این ابزار را در برنامه ریزی‌های ارتباط در حوزه سلامت توصیه کرده‌اند. تحلیل قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها، و تهدیدها در به دست آوردن درک روشنی از موقعیت کمک می‌کند و قالبی ساده را برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات با شرکا و اعضای تیم فراهم می‌کند.

تحلیل موقعیت به اهداف و راهبردهای ارتباط منجر می‌شود. به عبارت دیگر، اهداف و راهبردهای ارتباط، محصول و نتیجه‌ی تحلیل موقعیت هستند. با وجود این، تدوین اهداف ارتباط بدون این که ابتدا هدف کلی و اولیه‌ی برنامه همچنین اهداف اختصاصی رفتاری، اجتماعی، و سازمانی اعتباریابی شوند، کاری ناقص خواهد بود.

برای نمونه هدف کلی برنامه کنترل بیماری برای آسم را در نظر بگیرید که اصالتاً بر مبنای داده‌های مقدماتی بنا شده بود که بر بروز بالاتر بیماری در گروهی خاص دلالت داشتند. هدف کلی برنامه کاهش بروز و ابتلای آسم در آن گروه بود. اما شواهد دقیق‌تر و درست‌تر، نشان داده‌اند که بروز آسم در گروه هدف در مقایسه با میزان آن در جمعیت عمومی قابل تأمل است. مسئله‌ی بهداشتی کلیدی بروز آسم نیست، بلکه شدت و مرگ و میر بیماری به علت فقدان دانش و ابزارهای ارتباطی برای کمک به پیشگیری و مدیریت حملات شدید آسم در آن اجتماع است. بنابراین، هدف کلی برنامه بایستی نتایج تحلیل موقعیت را منعکس نماید و به صورت ذیل بازبینی شود: کاهش شدت و میزان مرگ ناشی از آسم در گروه مورد نظر. اهداف پیامدی باید به نحوی تعریف شوند که چنین هدف کلی را محقق سازد.



### روش شناسی‌های رایج پژوهش

برای این که مرحله‌ی پژوهش در تحلیل موقعیت و تنظیم ویژگیهای مخاطب، همچنین برخی از گام‌های دیگر فرایند ارتباط در حوزه سلامت، به نحو صحیح اجرا و تکمیل شوند، کارگزاران ارتباط در حوزه سلامت و دانشجویان، به آگاهی از راهبردها و روش‌های کلیدی در پژوهش نیاز دارند. این موضوع برای مواردی که در آنها پژوهش رسمی تر لازم باشد نیز اهمیتی برابر دارد.

تحلیل "SWOT" برای پروژه‌ی پیشگیری و کنترل سرطان دهانه‌ی رحم در منطقه کارائیب	
ضعفها	قوتها
۱. شکافهای اطلاعاتی	۱. نظام ارتباطی که دسترسی وسیع را میسر می‌سازد
۲. محدود بودن منابع	۲. اقدامات قبلی انجام شده برای اجرا و ارتقاء آن
۳. دسترسی محدود به پیام و مواد ارتباطی و درک ناکافی آنها	۳. کارکنان سخت کوش
۴. ناکافی بودن برنامه‌های درسی برای کارکنان بهداشتی	۴. امکان استفاده از رسانه‌ها
۵. نبود کنترل بر جایابی و توزیع مکانی رسانه‌ها (زمانی که پیام روی آنتن می‌رود)	۵. فرهنگ ارتباط در حوزه سلامت که برقرار است
۶. پیام متعارض در تمام سطوح و در تمامی بخش‌ها	۶. مراکز رسانه‌ای با فضا و زمان مناسب، که برای سلامت اختصاص یافته است
۷. پایش و ارزشیابی ناکافی	۷. دسترسی به هنرهای اجرایی برای ارتباط در سلامت
۸. نبود برنامه‌ی ارتباطی مناسب	
۹. محدودیت دسترسی به خدمات ارائه شده	
۱۰. تخصص ناکافی در بازاریابی اجتماعی	
تهدیدها	فرصت‌ها
۱. وجود خرافات در جامعه	۱. رفع شدن انگ‌های اجتماعی از سرطان
۲. نقش‌ها و الگوهای جنسیتی	۲. توانایی مشترک شدن با برنامه‌های دیگر
۳. اختلاف نظرها در تفسیر یا ارائه‌ی اطلاعات	۳. محیط حمایت کننده برای برنامه سرطان دهانه‌ی رحم
۴. رسانه‌های چندکانالی که دسترسی را دشوارتر و پرهزینه تر می‌کنند	۴. شرکای بالقوه‌ای در سازمان‌های سلامت دولتی، مردم-نهاد، بخش خصوصی، رهبران فکری و غیره وجود دارند
۵. از دست دادن منابع انسانی در بخش‌های دولتی یا خصوصی (فرار مغزها)	۵. دسترسی بیشتر به مهارت‌های خلاقانه
۶. محدود بودن پذیرش و موافقت متخصصان سلامت.	۶. وجود ظرفیت برای شبکه سازی (ایجاد شبکه‌های حمایت متقابل از یکدیگر) در بین کشورها، سازمان‌ها و برنامه‌ها

نتیجه اینکه، تیم ارتباط در حوزه سلامت ممکن است به مصاحبه، به کارگیری، و نظارت یک شرکت بازاریابی و تحقیقات در ارتباط نیازمند باشند.

قبل از تعریف روش شناختی‌های اصلی، تمایز بین پژوهش بازار و پژوهش بازاریابی حایز اهمیت است. اگرچه این اصطلاحات اغلب به جای هم به کار می‌روند، پژوهش بازار معرف فرایند جمع آوری اطلاعات در باره‌ی یک بازار و پویایی آن است، و پژوهش بازاریابی، رویکردی نظام مند به پژوهش است که چیزی بیش از توصیف عوامل بازار و پویایی آن است و نیازهای پژوهشی وسیع تری را، از قبیل ویژگیها و دسته بندی مخاطبان، در برمی گیرد. همان طور که در فصل دو بحث شد، این رویکرد نظام مند، دقیق و تحلیلی به پژوهش یکی از مهمترین کمک‌هایی است که بازاریابی برای ارتباط در حوزه سلامت داشته است و تأثیرات بزرگی بر پژوهش در ارتباطات دارد.

تمایز مهم دیگر، بین پژوهش کمی و کیفی است. پژوهش کیفی به فنون و رویکردهای پژوهشی اطلاق می‌شود که برای جمع آوری داده‌ها در گروه‌های نسبتاً کوچک به کار می‌روند. داده‌های کیفی اهمیت آماری ندارند و بر دیدگاه‌ها، روندها، و بینش‌ها متمرکزند. پژوهش کیفی اغلب در مرحله‌ی پژوهش مقدماتی برای تنظیم اهداف کلی و اولیه‌ی برنامه و اهداف رفتاری به منظور فراهم کردن جزئیات دقیق در مورد انگیزش‌ها، نگرش‌ها، و رفتارها به کار می‌روند. پژوهش کیفی گاهی اوقات ممکن است اعداد تقریبی یا برآوردی (برای نمونه، درصد‌های) یک روند، دیدگاه، یا رفتار را شامل شود.

پژوهش کمی به روش‌ها و داده‌های پژوهشی اطلاق می‌شود که اهمیت آماری دارند و معمولاً از نمونه‌های بزرگ جمع آوری می‌شوند. صرف نظر از کانون آن (برای نمونه، رفتارهای سلامت، عادات رسانه‌ای مخاطبان هدف، یا سطح آگاهی در باره‌ی وضعیت سلامت). هدف پژوهش کمی فراهم کردن ارقام (اطلاعات کمی) دقیق درباره‌ی انواع مختلف عوامل مرتبط با مخاطبان یا محیط برای تیم ارتباط در حوزه سلامت است.

بسیاری از برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت بر پژوهش کیفی به خوبی طراحی شده و به درستی اجرا شده متکی هستند، اما مواردی وجود دارد که در آنها جمع آوری داده‌های مهم آماری ضرورت دارد (برای نمونه، هنگامی که داده‌های مهم آماری برای متقاعد کردن عناصر کلیدی مرتبط با مسئله‌ی خاص بهداشتی و اهمیت مداخله‌ی ارتباط

### تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۲۰۳

در حوزه سلامت مورد نیاز باشند). جدول زیر برخی از خصوصیات کلیدی پژوهش کمی و کیفی و متمایز کننده‌ی آنها از یکدیگر را فهرست کرده است.

این بخش مروری اجمالی از روش شناسی‌های کلیدی پژوهش در ارتباط سلامت را برای پژوهش کمی و کیفی ارائه می‌کند. همچنین اصول کلیدی شناسایی و انتخاب پژوهش مناسب بازاریابی و ارتباط را برای فراهم نمودن کمک فنی مورد نیاز، بررسی می‌کند.

#### □ خصوصیات متفاوت پژوهش‌های کمی و کیفی از یکدیگر

کیفی	کمی
□ عمق درک را بیان می‌کند.	□ سطح وقوع را اندازه می‌گیرد.
□ می‌پرسد "چرا؟"	□ می‌پرسد "چه تعداد؟" و "به چه دفعاتی؟"
□ انگیزه‌ها را مطالعه می‌کند.	□ عملکرد را مطالعه می‌کند.
□ ذهنی است؛ واکنش‌های فردی را برای کشف انگیزه‌های مبنایی کاوش می‌کند.	□ عینی است؛ سؤالات را بدون این که دیدگاه یا نگرشی را آشکار کند می‌پرسد.
□ اکتشافی است.	□ اثبات‌گرا است؛ در پی علت و دلیل است.
□ کاوشگرانه است.	□ معرفتی کننده است.
□ بینش نسبت به رفتار و روندها را ممکن می‌سازد.	□ سطوح عملکرد و روندها را اندازه می‌گیرد.
□ تفسیر می‌کند.	□ توصیف می‌کند.

تمام روش شناسی‌های توصیف شده در اینجا، تا حدودی برای تمام مراحل پژوهشی فرایند ارتباط در حوزه سلامت، کاربرد دارند.

□ پژوهش تکوینی، که شامل تمام تلاش‌های پژوهشی می‌شود که قبل از طراحی و اجرای برنامه انجام می‌شود: این پژوهش برای تحلیل موقعیت و تهیه‌ی ویژگیهای مخاطبان به منظور سنجش محیط ارتباط سلامت و نیازهای کلیدی و خصوصیات مخاطبان هدف و پیش‌آزمون پیام‌ها، مواد و فعالیت‌ها با مخاطبان هدف اجرا

می‌شود. پیش‌آزمون تحلیلی است از واکنش‌های مخاطب که قبل از انتشار و اجرای پیام‌ها، مواد و فعالیت‌های ارتباطی اتفاق می‌افتد.

□ هدف پژوهش مرتبط با فرایند، سنجش و پایش مرحله‌ی اجرایی برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت است. این فرایند اغلب بر روش شناسی‌های پژوهش بازاریابی و وسایل و روش‌های تماس با پژوهش‌شوندگان، مانند مصاحبه‌ها و پایش‌ها، برای تأمین بازخورد از جانب مخاطبان کلیدی روی عناصر برنامه و اجرای آنها متکی است.

□ پژوهش‌تجمعی به پژوهشی اطلاق می‌شود که به عنوان بخشی از مرحله‌ی ارزشیابی برنامه به منظور سنجش اثربخشی راهبردهای برنامه، موفقیت کلی برنامه، و تأثیر آن بر اهداف کلی و اهداف اختصاصی کلیدی برنامه اجرا می‌شود.

بسته به ماهیت برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت، تمام مراحل پژوهش ممکن است توسط تیم ارتباط سلامت و سایر متخصصان یا خود جامعه با هدایت و کمک فنی متخصصان و تسهیلگران بیرونی کامل شوند. گزینه‌ی آخر محور پژوهش بین شریکان است، که مخاطبان هدف را در طراحی، اجرا، و تحلیل اقدامات پژوهشی مشارکت و به آنها اختیار و مسئولیت می‌دهد. اگرچه درجه‌ی مشارکت مخاطبان کلیدی در طراحی و اجرای پژوهش ممکن است بسته به خصوصیات پروژه و مخاطبان متفاوت باشد، این کتاب از این که حداقل عناصر کلیدی و نمایندگان مخاطبان هدف در فرایند به اشتراک‌گذاری اطلاعات، همچنین ارائه‌ی بازخورد و تحلیل یافته‌های پژوهش دخیل شوند، حمایت می‌کند.

#### □ داده‌های ثانویه

داده‌های ثانویه تمام اطلاعاتی هستند که توسط دیگران در قالب‌های مختلف (برای نمونه، گزارش‌های منتشر نشده، ارائه‌های موجود، پوسترها، دستورالعمل‌ها، مقالات داوری شده) و در ارتباط با برنامه‌های مختلف جمع‌آوری، منتشر، یا گزارش شده‌اند. افراد یا گروه‌هایی که داده‌ها را تحلیل و به کار می‌برند، در طراحی و اجرای اولیه‌ی پژوهش درگیر و دخیل نبوده‌اند.

نمونه‌های بالقوه‌ی داده‌های ثانویه‌ای که ممکن است با یک برنامه‌ی ارتباط سلامت خاص، مرتبط باشند شامل اطلاعاتی در باره‌ی خصوصیات جمعیت شناختی مخاطبان و باورهای فرهنگی یا مذهبی آنان، تجارب سایر کشورها یا برنامه‌ها در ارتباط

## تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۲۰۵

با یک مسئله‌ی بهداشتی مشابه، و داده‌های حاصل از پایش‌ها یا گروه‌های متمرکز مربوط با موضوعات و مخاطبان مشابه هستند.

اخیراً بعضی از نویسندگان، بسیاری از محدودیت‌هایی را که بر استفاده از داده‌های ثانویه وارد است را، روشن کرده‌اند. اما، همه آنها بر ارزش داده‌های ثانویه، حداقل در مرحله‌ی پژوهش اولیه اتفاق نظر دارند. در این میان محدودیت‌ها عبارتند از:

- داده‌های ثانویه برای پروژه‌ها و مقاصد مختلف جمع‌آوری می‌شوند و ممکن است در تشریح موضوعاتی که برای برنامه ارتباط در حوزه سلامت اهمیت اساسی دارند، ناقص باشند.
- اعتبار داده‌های ثانویه متفاوت است و بایستی با دقت مورد ارزیابی قرار گیرد (برای نمونه، در ارتباط با وبلاگ‌های خاص و منابع اینترنتی).
- در غیاب طرح یا پروتکل اصلی پژوهش، تفسیر داده‌های ثانویه ممکن است دشوار باشد.
- داده‌های ثانویه ممکن است تاریخ گذشته باشند.

علیرغم اینها، داده‌های ثانویه در مرحله‌ی پژوهش اکتشافی برای کمک به جمع‌آوری اطلاعات و کسب دانش زمینه‌ای اساسی در باره‌ی مسئله‌ی بهداشتی و مخاطبان آن ممکن است مفید باشند. گاهی اوقات این دانش، تازه و به روز است و با برنامه ارتباط سلامت مورد نظر ربط دارد. در مواقع دیگر، نیاز می‌شود که با انجام پژوهش جدید تکمیل گردد. در بیشتر موارد، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر از طریق مصاحبه‌های فردی با عناصر کلیدی و نمایندگان مخاطبان اصلی توصیه می‌شود. در این موارد، داده‌های ثانویه، چهارچوب ارزشمندی را برای تدوین پرسش‌های اساسی و دخیل ساختن عناصر کلیدی در طی مصاحبه و در ارتباط با فرایند کلی ارتباط در حوزه سلامت روی مسئله بهداشتی مورد نظر، فراهم خواهند کرد.

بخش‌های ذیل به طور خلاصه به منابع و روش‌های متعدد داده‌های ثانویه‌ی پژوهشی نگاهی می‌اندازند.

### □ مرور متون

مروری بر ادبیات موجود، ممکن است شامل مجلات قابل اطمینان، گزارش‌های خبری رسانه‌ها، نشریات، مجلات تجاری، گزارش‌های چاپ نشده، ارائه‌های پاورپوینتی، گزارشات سالانه، و انواع دیگر انتشارات توسط سازمان‌های سلامت محلی و بین‌المللی

باشند. کتابخانه‌های دانشگاه‌ها و عمومی مکانهای خوبی برای شروع تحقیق هستند. آنها دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی و مجلات آنلاین را نیز فراهم می‌کنند که این می‌تواند موجب حفظ وقت شود و فرایند پژوهش را تسهیل کند. اکنون بیشتر سازمان‌های سلامت، ظرفیت درونی برای اجرای این جستجوها را از محل دفاتر خودشان دارند.

#### □ جستجوی بانک اطلاعات و اینترنت

در کشورهای غربی، که محل‌های استفاده از رایانه و اینترنت گسترده‌اند، بیشتر جستجوها برای ادبیات موجود یا داده‌های ثانویه را می‌توان در اینترنت انجام داد. در اکثر نقاط دنیا، تعداد نشریات آنلاین و کتابخانه‌های مجازی به سرعت در حال افزایش هستند و شامل چندین هزار مجله‌ی علمی معتبر، مجلات عمومی، روزنامه‌ها، و انواع دیگر نشریات می‌شوند.

اینترنت نیز دسترسی به ارائه‌های پاورپوینتی، خلاصه مقالات همایش‌ها، دستوالعمل‌های بالینی، و گنجینه‌ای از اطلاعات اضافی دیگر را تسهیل می‌کند. تعداد زیادی از بانک‌های اطلاعاتی و موتورهای جستجوگر در اینترنت وجود دارند.

موتورهای جستجو، فهرست گسترده‌ای از اطلاعات را از بخش‌های دولتی، خصوصی، رسانه‌های خبری و دانشگاهی ارائه می‌کنند. اکثر مردم از بیش از یک موتور جستجو یا بانک اطلاعاتی برای جستجوی نوع خاصی از اطلاعات استفاده می‌کنند. در ایالات متحده، گوگل و یاهو دو موتور جستجویی هستند که در چند سال گذشته بیشتر استفاده شده‌اند.

بانک‌های اطلاعات برای پژوهش در مقوله ارتباط در حوزه سلامت شامل مواردی می‌شوند مثل: مدلاین، بانک‌ها اطلاعات آنلاین کتابخانه‌ی ملی پزشکی ایالات متحده (ان‌اِل‌ام)؛ لکسیس نکسیس، یک بایگانی قابل جستجو از مجلات ایالات متحده و کشورهای دیگر، روزنامه‌ها، تجارت، و مدارک و اسناد قانونی و بانک‌های اطلاعات تجاری متعدد که کاربران می‌توانند مشترک شوند یا با استفاده از سیستم کتابخانه‌های عمومی به آنها دسترسی داشته باشند.

کاربرانی که در اینترنت برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها جستجو می‌کنند باید از معیارهای عینی برای ارزشیابی اعتبار اطلاعات استفاده کنند. منبع اطلاعات (برای نمونه، نویسنده یا سازمان) یکی از مؤلفه‌های کلیدی برای سنجش اعتبار است. آیا نویسنده، مطالب خود را در مجلات یا نشریات معتبر دیگر منتشر کرده است؟ آیا او تجربه‌ی عملی

## تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۲۰۷

روی آن موضوع دارد؟ آیا نویسنده به سازمانی معتبر و مشهور وابسته است؟ آیا سازمان‌ها یا عناصر دیگر، اعتبار و توانمندی آن سازمانی که داده‌ها یا اطلاعات بهداشتی خاصی را منتشر یا بر آن صحه گذاشته است به رسمیت می‌شناسند؟ آیا نویسنده یا سازمان، علاقه‌ی شخصی یا گروهی برای حمایت از دیدگاهی خاص داشته است؟ این‌ها تنها برخی از پرسش‌های کلیدی هستند که بایستی در باره‌ی منبع اطلاعات پرسیده شوند.

معیارهای کلیدی دیگر برای ارزشیابی اطلاعات آنلاین عبارتند از، فرایند داوری هیئت تحریریه (آیا هیئت تحریریه، متخصصان شناخته شده‌ای در آن حوزه دارد؟) و تازگی (آیا اطلاعات داده‌ها و روندهای تازه و اخیر را منعکس می‌کند؟ تا چه حد اطلاعات به روز به نظر می‌رسند؟) و بالاخره، وبلاگ‌هایی که آشکارا و با شفافیت قصد یا رسالت نویسنده یا سازمان، همچنین اطلاعات تماس و امتیازات مالی یا تعارض منافع را فاش و بیان می‌کنند، احتمالاً از اعتبار بیشتری برخوردارند.

### □ وبلاگ‌های سازمان‌های موجود

وبلاگ‌های سازمان‌های حرفه‌ای، گروه‌های بیماران، دفاتر دولتی، دانشگاه‌ها، و گروه‌های دیگر ممکن است منابع ارزشمندی از اطلاعات در باره‌ی برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت موجود یا سایر اقدامات مرتبط، مطالعات موردی، شرکای بالقوه، و بهترین عملکردهای بالینی باشند و البته اینها به عنوان نمونه ذکر شد. آنها ممکن است در شناسایی عناصر کلیدی در یک عرصه‌ی بهداشتی خاص، که معمولاً تمایل دارند عضوی از هیئت‌های مشاوره باشند یا مکرراً روی وبلاگ‌های مشهور نامشان ذکر شود، نیز مفید باشند.

معیارهای مشابهی که برای سنجش اعتبار سایر اطلاعات آنلاین، به کار می‌روند برای وبلاگ‌ها نیز کاربرد دارند و برای ارزشیابی آنها قابل استفاده هستند. جدول زیر معیارهای بیشتری را نشان می‌دهد که با دقت بیشتری برای وبلاگ‌های مرتبط با سلامت کاربرد دارند و نه تنها با اعتبار اطلاعات، بلکه با کیفیت کلی آن پایگاه اطلاعاتی، که می‌تواند نشانگر دیگری برای اعتبار منبع باشد، نیز ارتباط دارند. این معیارها (در مجموع ۱۶۵ معیار) از ابزار درجه بندی منتشر شده و مقالات مجلات علمی جمع آوری و بر اساس فراوانی شان ارزیابی شده اند.

□ فراوانی معیارهای واضح (عینی) برای ارزشیابی وبلاگ‌های مرتبط با سلامت بر حسب گروه معیارها

گروه معیارها	فراوانی (درصد) (تعداد=۱۶۵)
محتوای پایگاه اطلاعاتی (شامل کیفیت، قابلیت اعتماد، دقت، دامنه، عمق)	۳۰ (۱۸)
طرح و زیبایی (شامل طرح بندی، تعامل، ارائه، جذابیت، کم و کیف ترسیمها، استفاده از رسانه‌ها)	۲۲ (۱۳)
معرفی نویسندگان، حامیان، تهیه کنندگان (از جمله شناسایی هدف، ماهیت سازمان، منابع حمایت، نویسندگی، منشأ)	۲۰ (۱۲)
تازگی اطلاعات (که شامل دفعات به روزسازی، نوسازی، و نگهداری پایگاه می‌شود)	۱۴ (۸)
اقتدار و اعتبار منبع اطلاعات (شامل شهرت‌های منبع، اعتبار، قابلیت اعتماد)	۱۱ (۷)
سهولت استفاده (شامل قابلیت استفاده، ناوبری، کاربردی بودن)	۹ (۵)
دسترسی و فراهمی (شامل سهولت دسترسی، تعرفه‌ی دسترسی، ثبات)	۹ (۵)
پیوندها (شامل کیفیت پیوندها، پیوندها به منابع دیگر اطلاعات)	۵ (۳)
استناد و مستندسازی (شامل معرفی شفاف مأخذ، شواهد متعادل و هماهنگ)	۵ (۳)
مخاطب هدف (شامل ماهیت کاربران هدف، مناسب بودن برای کاربران هدف)	۳ (۲)
نشانی‌های تماس یا ساز و کار بازخورد (شامل فراهم بودن اطلاعات تماس، نشانی تماس)	۲ (۱)
پشتیبانی کاربران (شامل فراهم بودن خدمات پشتیبانی، مستندسازی برای کاربران)	۲ (۱)
موارد متفرقه (شامل معیارهایی که فاقد ویژگی یا منحصر به فرد بودند)	۳۳ (۲۰)

توجه: از پنج نویسنده‌ای که وزن‌ها یا اولویت‌هایی به معیارهای پیشنهادی دادند، چهار نفر محتوا و یک نفر داوری هم‌تا (که به عنوان متفرقه طبقه بندی شد) را به عنوان مهمترین معیار ذکر کردند. درصد کلی به علت گرد کردن‌ها برابر با ۱۰۰ نیست.

□ تماس‌ها و مصاحبه‌های فرد به فرد

در مناطقی که اینترنت کمتر در دسترس است (برای نمونه، در برخی از کشورهای در حال توسعه)، جمع آوری داده‌های ثانویه ممکن است چالش برانگیز باشد. مصاحبه‌های فرد به فرد، روش خوبی برای شروع تماس با پژوهشگران دانشگاهی، ادارات محلی بهداشت عمومی، سازمان‌های غیرانتفاعی، کارشناسان دولت، شرکت‌ها، و تمام عناصر دیگری است که می‌توانند در خصوص گزارش‌های قبلی، مدارک، و داده‌ها راهنمایی کنند و شاید با تجارب حرفه‌ای خودشان فوایدی را به ارمغان آورند. از آنجا



## تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۲۰۹

که این رویکرد در موقعیتهایی که پژوهش اینترنتی گزینه‌ی آسانی نباشد، بی‌نهایت ارزشمند است، تماس با آنهایی که در عرصه هستند بایستی در تمام موارد برای تأیید اعتبار یافته‌های پژوهش ثانویه پیگیری شود، داده‌های دیگر و تجارب حرفه‌ای را تکمیل نماید، و اطمینان به وجود آورد که عناصر بالقوه و بالفعل می‌توانند فرصتی برای سهیم شدن و مشارکت در تحلیل آنها داشته باشند.

### □ داده‌های اولیه

داده‌های اولیه شامل تمام اطلاعاتی می‌شوند که به طور خاص برای برآورده ساختن نیازهای تحقیق از یک برنامه‌ی خاص در ارتباط سلامت جمع آوری می‌شوند. چنین داده‌هایی به طور مستقیم توسط برنامه ریزان برنامه یا شرکت‌های بازاریابی پژوهش، از طریق مشاهده‌ی مستقیم حقایق و رفتارهای خاص یا کاربرد رویکردهای پژوهشی نظام مند جمع آوری می‌شوند. برنامه ریزان برنامه و سایر پژوهشگران درگیر در پروژه، به طور مستقیم مسئول طراحی، اجرا، و تحلیل تلاش‌ها و اقدامات در پژوهش اولیه هستند. پژوهش اولیه ممکن است کمی یا کیفی یا هر دو باشد.

از آنجا که داده‌های اولیه به طور خاص به قصد آگاه ساختن و شکل دهی تصمیمات در برنامه، جمع آوری می‌شوند، این داده‌ها ارزشمندترین منبع در برنامه‌ریزی می‌باشند. در مورد پژوهش بین شریکان، اعضای مخاطبان کلیدی یا اجتماع به طور عام نیز در اکثر گام‌های طراحی، اجرا، و تحلیل پژوهش دخیل هستند.

### □ مروری کلی بر روش‌های پژوهش کیفی در مقابل کمی

پژوهش مقدماتی، بر روش‌شناسی‌های ارتباطی مستقیم متکی است که شامل تمام وسایل و ابزارهای تماسی می‌شود که پژوهشگران برای جمع آوری داده‌ها از طریق برقراری ارتباط مستقیم با پژوهش‌شوندگان "چه به صورت شخصی، و چه به واسطه‌ی دیگران، یا از طریق سندی مانند یک پرسشنامه" مورد استفاده قرار می‌دهند.

فنون زیر در پژوهش‌های کیفی رایج هستند:

□ مصاحبه‌های عمیق فردی. اینها ممکن است مصاحبه‌های تلفنی یا حضوری با عناصر درونی یا بیرونی، اعضای مخاطبان هدف و نمایندگان سازمان‌های سلامت مرتبط

باشند. هر زمان که ممکن باشد، اجرای مصاحبه‌های عمیق شخصی و حضوری ترجیح دارد.

□ گروه‌های متمرکز یا کانونی. این روش به عنوان یکی از رایج‌ترین روش‌های پژوهش و شامل استفاده از بحث در گروه کوچک است. مشارکت کنندگان معمولاً نمایندگان مخاطبان کلیدی برنامه هستند (برای نمونه، مادر کودکان زیر دو سال، مردان آمریکایی آفریقایی تباری که بیشتر از ۴۵ سال سن دارند، پزشکان بخش‌های اورژانس که در مناطق پایتخت کار می‌کنند).

□ تحلیل مطالعات موردی. این روش توصیف و تحلیلی دقیق با جزئیات از تجارب و برنامه‌هایی را فراهم می‌کند که با یک برنامه‌ی ارتباط در حوزه سلامت مشخص، ربط دارند. این روش بر تلفیق مصاحبه‌ها با نمایندگان سازمان‌هایی که در آنها تجربه مورد نظر اتفاق افتاده و با تحلیل داده‌های ثانویه، مانند مقالات موجود و گزارش‌های مطبوعات، متکی است.

پژوهش کمی، در اساس بر پایش بخش‌های بزرگی از مخاطبان کلیدی متکی است، که ممکن است از طریق تلفن یا توزیع پرسشنامه روی اینترنت، از طریق پست، یا جلسات یا سایر موقعیت‌های تجمع افراد اجرا شود و بیشتر به خود-ایفا بودن توسط پاسخ دهندگان متمایل است. در ادامه نگاهی دقیق‌تر به ملاحظات و مؤلفه‌های کلیدی در کاربرد روش‌های پژوهش کمی و کیفی، صورت گرفته است.

#### □ مصاحبه‌های عمیق فردی

مصاحبه‌ها با عناصر کلیدی، رایج‌ترین شکل از مصاحبه‌ی عمیق هستند. انواع دیگر مواجهه‌های فرد به فرد، به مهارت‌های خاص، آمادگی قبلی، و توانایی برقراری ارتباط مؤثر و توأم با اعتماد، با افرادی که با آنها مصاحبه می‌شود نیاز دارند. فکر خوبی است که همیشه قبل از مصاحبه، گفت و گوی مقدماتی، ارتباط از طریق پست الکترونیک یا شکل‌های دیگر ارتباط برای جلب همکاری، مشخص کردن هدف و کانون کلی مصاحبه انجام شود. آمادگی از قبل بایستی شامل تهیه‌ی یک فهرست آزمایشی از سؤالات کلیدی و مروری بر برخی از اطلاعات، در باره‌ی پیشینه‌ی سازمانی که مصاحبه شوندگان نماینده‌ی آن هستند، نیز باشد. در محیط کار رقابتی و شلوغ امروزی، هدر دادن وقت افراد به دلیل عدم آمادگی، روش خوبی برای ترغیب آنان برای کمک کردن در زمینه‌ی مسئله‌ی بهداشتی مورد نظر نیست.

اغلب مصاحبه‌های فردی، نشستی برای بحث در باره‌ی امکان و توانایی مشارکت یا موضوعات دیگری است که امکان دارد از محور اولیه منحرف شوند، اما با وجود این با برنامه مشخص ارتباط در حوزه سلامت مرتبط باشند. به طور کلی، مصاحبه‌های شخصی نسبت به مصاحبه‌های تلفنی ارجحیت دارند. اما، مصاحبه‌های تلفنی به طور فزاینده‌ای رایج هستند و به شکستن موانع مربوط به نبود وقت یا فاصله‌ی جغرافیایی کمک می‌کنند. مصاحبه به طور متوسط ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه طول می‌کشد.

تعدادی معیارهای کلی برای فرایند مصاحبه کاربرد دارند و ممکن است به برقراری یک ارتباط مؤثر و توأم با اعتماد، با شخصی که مصاحبه می‌شود، کمک کنند. اگرچه این معیارها در مورد مصاحبه‌های فرد به فرد مهم هستند، (به طور کلی) برای سایر روش‌های پژوهشی مانند گروه متمرکز و پایش‌های تلفنی نیز کاربرد دارند.

برای نمونه، پرسیدن سؤالات کلی و غیر چالشی در ابتدای مصاحبه مهم است. شکستن یخ از طریق گفتن یک لطفه یا چیزی در باره‌ی خود، به ایجاد احساس راحت در بین افراد مصاحبه شونده کمک می‌کند. سؤالات مواجهه‌ای (برای نمونه، در باره‌ی مقاله‌ای که مصاحبه کننده خوانده و از دیدگاه‌های مخالف در باره‌ی کار مصاحبه شونده حمایت می‌کند) همیشه باید در انتهای مصاحبه پرسیده شوند. تا آن موقع، مصاحبه شونده به مصاحبه کننده اعتماد می‌کند و ممکن است در پرداختن به موضوعات جدال برانگیز، بیشتر احساس راحتی نماید. به علاوه هر زمان که ممکن باشد، بهتر است که برخی از نکات کلیدی که مصاحبه شونده بروز داده را تکرار و خلاصه گویی کنیم. این کار ممکن است به تصحیح سوء تفاهم‌ها یا برداشت‌های اشتباه احتمالی و همچنین سازمان دهی و نظم دادن به اطلاعات، هنگامی که مصاحبه به اتمام رسیده است، کمک کند. نکات کاربردی دیگر که کمک می‌کنند جریان مصاحبه به نرمی و سهولت پیش برود عبارتند از:

- سؤالات را با نظم و ترتیب منطقی فهرست کنید.
- از زبان ساده استفاده کنید و از واژه‌های فنی بپرهیزید.
- سؤال پیچیده را به چند سؤال ساده تر تجزیه کنید.
- از سؤالات هدایت کننده و جهت دار، مانند سؤالات بلی یا خیر، اجتناب کنید.

تمام مصاحبه گرها، صرف نظر از این که آیا در مصاحبه‌های فرد به فرد، گروه‌های متمرکز، یا پایش‌های تلفنی دخیل باشند، بایستی قبل از اجرای پژوهش اصلی آموزش ببینند و با تمام سؤالات و کاوش‌های پیگیرانه، آشنا شوند.

#### □ گروه‌های متمرکز

گروه‌های متمرکز، بحث‌های گروهی تسهیل شده هستند و بسیاری از اصول عمومی مورد بحث برای مصاحبه‌های فرد به فرد، برای این گروه‌ها نیز کاربرد دارند. اما در مورد گروه‌های متمرکز، تسهیل‌گر مصاحبه کننده، کسی که معمولاً میانجی‌گر نامیده می‌شود، به آگاهی از پویایی گروه نیازمند است تا بتواند اطمینان حاصل کند که تمام مشارکت کنندگان، احساس راحتی می‌کنند و برای مشارکت در بحث ترغیب می‌شوند.

گروه‌های متمرکز یکی از رایج‌ترین روش‌های تماس در پژوهش ارتباطات هستند. آنها برای جمع‌آوری داده‌ها برای تحلیل موقعیت و تهیه‌ی ویژگی‌های مشخصات مخاطبان به کار می‌روند؛ واژه‌ها و سؤالات پرسشنامه‌های پایش را آزمون می‌کنند؛ بازخورد مخاطب را در باره‌ی پیام و مفاهیم ترسیمی مواد و فعالیت‌های ارتباطی تأمین و فراهم می‌نمایند؛ و به درک واکنش مخاطب نسبت به محصول یا خدمت یا رفتار بهداشتی خاص کمک می‌کنند؛ اینها نمونه‌ای از کاربردهای گروه‌های متمرکز بودند. آنها می‌توانند جزئیات پیش‌بینی نشده‌ای را درباره‌ی ترجیحات و باورهای مخاطبان آشکار نمایند. برای نمونه، مطالعه‌ای به روش گروه متمرکز بر روی استفاده از تورهای ضد پشه برای محافظت در برابر مالاریا در آنگولا، نشان داد که استفاده کنندگان تورهایی را ترجیح می‌دهند که به جای رنگ سفید به رنگ‌های روشن (زرد، نارنجی، و صورتی) باشند. این بدان خاطر بود که به نظر آنان تورهای سفید زود کثیف می‌شوند و کثیف بودن آنها هم به سهولت دیده می‌شود.

همچون سایر روشهای پژوهشی، گروه‌های متمرکز با اصول و قواعد اخلاقی متعددی تنظیم و کنترل می‌شوند تا از مشارکت کنندگان در برابر مداخلات پژوهشی محافظت گردد و اطمینان حاصل شود که آنان در باره‌ی اهداف و روش‌های پژوهش کاملاً اطلاع‌رسانی و آگاه شده‌اند. اگرچه مشارکت کنندگان در گروه متمرکز، معمولاً فرم رضایت را دریافت و امضا می‌کنند که بایستی شامل

## تحلیل موقعیت و ویژگیهای مخاطبان / ۲۱۳

- شرحی از هدف و روش شناسی پژوهش باشد، گروه باید ابتدا با مرور و مطالعه‌ی این اطلاعات شروع کند. هماهنگ کننده گروه متمرکز باید:
  - مقدمات و آشناسازی‌ها را تسهیل کند و قواعدی را برای تعاملات درون گروه وضع نماید.
  - از پرسیدن سؤالات هدایت کننده یا بله-خیر اجتناب کند. بیشتر سؤالات باید باز پاسخ باشند.
  - موضوعات بحث را پایش کند تا مطمئن شود که بحث بر موضوع اصلی مطالعه متمرکز و در جریان است.
  - درک روشنی از اهداف پژوهش و نوع اطلاعاتی که نیاز است جمع آوری شود، داشته باشد.
  - برای تمام مشارکت کنندگان و دیدگاه‌های آنان ابراز احترام نماید.
  - اطمینان حاصل کند که هر کس درک می کند که هیچ پاسخ درست یا غلطی وجود ندارد [نظرات هر کس به جای خود محترم است].
  - مشارکت کننده‌های کمرو و خجالتی را در برابر افراد پرحرف یا پرخاشگر گروه، محافظت کند.
  - مطمئن شود که تمام افراد، فرصت برای ابراز نظراتشان دارند.
- در پژوهش بین شریکان، عضوی از گروه ممکن است تصمیم بگیرد که به عنوان هماهنگ کننده گروه بحث، ایفای نقش کند. برای نمونه، او ممکن است نماینده‌ای از یک سازمان محلی، عضوی از مخاطبان هدف، یا رئیس حکومت محلی باشد. در این مورد، متخصص پژوهش ارتباط در حوزه سلامت، احتمالاً در گروه متمرکز حضور خواهد داشت و به ارائه‌ی کمک فنی خواهد پرداخت. به علاوه، متخصص بایستی عضو آن اجتماع را برای ایفای مطلوب نقش هماهنگی، قبل از جلسات گروه متمرکز نیز آموزش دهد. یک جلسه‌ی حل مشکل برای شناسایی مشکلات احتمالی و موقعیت‌های مسئله داری که ممکن است در طی گروه متمرکز بروز کنند، همچنین برای برطرف ساختن آنها، بایستی در برنامه‌ی آموزشی لحاظ شود.

### □ پایش‌ها

پایش‌ها یا مطالعات پایشی، روشی رایج هستند که در جمع آوری داده‌های کمی استفاده می‌شوند. دو نوع اولیه از پایش‌ها وجود دارند: تلفنی و خود-ایفا. در بین پایش‌های خود-ایفا، پایش‌های مبتنی بر اینترنت در کشورهای غربی اهمیت زیادی یافته

اند. برخی از نویسندگان نیز پایش‌های شخصی (مستقیم) را ذکر کرده‌اند، اما به علت هزینه‌ی بالای آنها به ندرت استفاده می‌شوند.

در صورتی که پایش به خوبی طراحی و اجرا شود، می‌تواند روشی عالی و دقیق برای به دست آوردن اطلاعات در باره‌ی جمعیتی مشخص باشد. به علاوه، پایش‌ها بر پرسشنامه‌های استاندارد متکی هستند که در برخی موارد برای زیرگروه‌های مختلف از یک جمعیت واحد، قابل استفاده‌اند. این به پژوهشگران امکان می‌دهد تا نگرش‌ها، رفتارها، باورها، و سایر اطلاعات را از یک گروه به گروه دیگر مقایسه کنند.

به علاوه، استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد، قابلیت اعتماد و دقت بالاتر اطلاعاتی که جمع‌آوری می‌شوند را تضمین می‌کند زیرا یافته‌ها، تحت تأثیر تفاوت‌ها در سبک‌های مصاحبه‌کنندگان یا سایر مؤلفه‌های ذهنی که ممکن است بر یافته‌های پژوهش کیفی تأثیر بگذارند، قرار نمی‌گیرند.

نمونه‌ی مطالعه پایشی، لازم است که در ابتدای مرحله‌ی طراحی پایش به وضوح تعریف شود. این نمونه باید معرف (بر حسب درصد) جمعیت هدف و شامل گروهی نسبتاً همگن از مردم باشد (برای نمونه، والدین کودکان شش تا یازده ساله؛ زنان زیر ۳۵ سال). در صورتی که گروه‌های نژادی و قومی در نمونه گیری لحاظ شوند، به اندازه‌ای که باید باشند، پیشاپیش مشخص کردن درصدی از نمونه که به هر گروه اختصاص می‌یابد، ارزشمند و حائز اهمیت است. در مورد مسئله‌ی بهداشتی که در جمعیت عمومی بسیار شایع است اما در بین برخی گروه‌های در خطر بیشتر شایع است، نمونه گیری بیشتر از این گروه‌های خاص یا اجرای پایش ویژه برای آنها، منطقی به نظر می‌رسد.

پایش‌های خود-ایفا مستلزم این است که پرسش شوندگان خودشان هر وقت که تمایل دارند، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. پرسشنامه‌های خود-ایفا معمولاً در جلسات حرفه‌ای، از طریق پست مستقیم، یا به صورت آنلاین روی وبلاگ‌های مرتبط توزیع می‌شوند. به طور کلی، میزان پاسخ در پایش‌های خود-ایفا، کمتر از پایش‌های تلفنی است. برای نمونه، حتی با یادآوری‌های تلفنی، پایش‌های پستی میزان پاسخ‌دهی کمتری نسبت به پایش‌های تلفنی دارند. هرچند برخی از این واقعیت‌ها، با آمدن سیستم‌های یادآوری کننده‌ی تلفنی و گوشی‌های همراه به سرعت در تغییرند، پایش‌های تلفنی هنوز یکی از بهترین روش‌ها برای پژوهش کمی هستند.

عناصر دیگری به میزان دریافت پاسخ در پایش‌های خود-ایفا و همچنین تلفنی کمک می‌کنند. این عناصر عبارتند از وضوح و طول پایش، مربوط بودن موضوعی که پایش در پی مطالعه‌ی آن است، و عوامل دیگر وابسته به مخاطب. برای نمونه، در صورتی که پایش، والدین شاغل کودکان زیر ۱۰ سال را مدنظر قرار دهد، وقتی که آن پایش تلفنی اجرا می‌شود، ممکن است بر میزان پاسخ تأثیر بگذارد. آخر هفته‌ها ممکن است بهترین زمان برای دستیابی به این والدین باشد زیرا صبح‌ها آنها در محل کار هستند و در بعد از ظهرها احتمالاً با کودکان، صرف شام و به کارهای دیگر منزل مشغولند.

استفاده از پایش‌های تلفنی، رایج و روندی افزایشی دارد و از مزیت روش‌های سریع برای تصادفی سازی نمونه برخوردارند. نمونه گیری تصادفی برآورد کردن و تعمیم خصوصیات از نمونه به کل جمعیت را تسهیل می‌کند. یکی از رایج ترین روش‌های تصادفی سازی، شماره گیری تصادفی عددی است: تمام شماره‌ها به صورت تصادفی بر اساس چهار رقم آخر یا سه رقم اول شماره‌ی تلفن، توسط مصاحبه گران انتخاب می‌شوند.

و بالاخره، لازم است پرسشنامه‌های پایش، با توجه به وقتی که مخاطب ممکن است برای پاسخ دادن به تمام سؤالات داشته باشد، همچنین سطوح سواد و اهمیت وضوح و سادگی زبان مورد استفاده برای آنان تهیه و تدوین شوند. علاوه بر پرسش‌های جمعیت شناختی اولیه (برای ثبت سن، جنسیت، و دیگر اطلاعات کلیدی نمونه)، پرسشنامه‌ی پایش می‌تواند شامل انواع مختلفی از پرسش‌ها از جمله پرسش‌های بلی و خیر، پرسشهایی با مقیاس پاسخ دهی درجه بندی (برای نمونه، "روی مقیاسی از ۱ تا ۵، مشخص کنید این خدمت بهداشتی خاص نزد شما تا چه حد مهم است؟") و پرسش‌های چند گزینه‌ای باشد.

#### □ کارکردن با متخصصان پژوهش بازاریابی

در برخی موارد، تیم ارتباط در حوزه سلامت تخصص، تجربه، وقت، یا منابع انسانی برای هدایت و اجرای پژوهش بازاریابی را ندارد. در این موقعیت، انتخاب یک مؤسسه رسمی یا مشاور پژوهش بازاریابی و ارتباط، ممکن است بهترین گزینه باشد. فرایند انتخاب بایستی با ارائه‌ی گزارش تفصیلی به چند مؤسسه یا مشاوران پژوهش بازاریابی که برای پاسخ دادن به پیشنهادات دعوت شده اند آغاز شود و برآوردی از بودجه بر اساس این اطلاعات کلیدی ارائه شود. این گزارش می‌تواند به

صورت شخصی و مستقیم در جلسات اولیه یا به صورت کتبی ارائه شود. برای تضمین این که تمام مؤسساتی که در فرایند انتخاب مشارکت می کنند، دسترسی به اطلاعات مشابهی داشته باشند و سوء تفاهم‌ها کاهش پیدا کند، گزارش‌های کتبی ممکن است بهتر باشند. صرف نظر از فرمت آن، گزارش بایستی به طور مطلوب شامل این اجزاء باشد:

- توصیف اجمالی مسئله‌ی بهداشتی
- اهداف کلی برنامه
- نیازهای کلیدی اطلاعاتی و پژوهشی
- نمونه‌ای که برای پژوهش پیش بینی شده است
- روش‌های ترجیحی پژوهش
- کل بودجه‌ی موجود
- تمام اطلاعات دیگر برنامه یا مخاطبان که ممکن است با فعالیت‌های پژوهشی مربوط باشند
- آن چه که از مشاور یا مؤسسه‌ی پژوهشی انتظار می‌رود

آخرین نکته، اهمیت فوق العاده‌ی برقراری ارتباط صحیح از آغاز برنامه است. مشاور یا مؤسسه‌ی پژوهشی ممکن است برای مقاصد مختلفی به کار گرفته شوند، که ممکن است شامل کمک کردن در طراحی پژوهش، اجرای پژوهش و کار عرصه، تحلیل و گزارش داده‌ها، یا کمک فنی در سرتاسر فرایند باشند. برای نمونه، در مورد پژوهش بین شریکان اجتماع-راهبر، فرصت‌هایی وجود دارند که مؤسسه یا مشاور پژوهش در تسهیل فرایند کلی مساعدت نمایند و کمک فنی ارائه دهند.

در پایان، مؤلفه‌های کلیدی در انتخاب یک مؤسسه یا مشاور عبارتند از اعتبار (پرسش در باره‌ی منابع، حائز اهمیت است)، تجربه‌ی قبلی در حوزه ارتباط سلامت (که بایستی یک پیش نیاز مطلوب قلمداد شود) یا در زمینه‌ی مسئله‌ی بهداشتی مورد نظر، تمکین مشاور نسبت به اصول اخلاقی جدید و مؤلفه‌های پژوهش، قابل پرداخت بودن، کارکنان متخصص، حرفه‌ای گرایشی و سایر مؤلفه‌ها که از موردی به مورد دیگر ممکن است، متفاوت باشند. صرف نظر از مؤسسه یا مشاور انتخاب شده، برنامه ریزان بایستی در تماس نزدیک با تمام فرایند پژوهش باشند، در تمام یا



بیشتر مراحل آن مشارکت و بر آن نظارت داشته باشند. این فرصتی است برای برنامه‌ریزان، تا در باره‌ی مخاطبان خودشان بیاموزند.

### مفاهیم کلیدی

- تحلیل موقعیت، گام اساسی در برنامه‌ریزی برنامه است و باید مبنای برنامه‌های ارتباط در حوزه سلامت باشد. درحقیقت ارتباط سلامت عرصه‌ای مبتنی بر پژوهش است.
- در این کتاب، تحلیل موقعیت به عنوان یک اصطلاح برنامه‌ریزی استفاده می‌شود و به مطالعه و تحلیل عوامل فردی، اجتماعی، و رفتاری می‌پردازد که می‌توانند بر نگرش‌ها، رفتارها، هنجارهای اجتماعی و سیاست‌های مرتبط با مسائل بهداشتی و راه حل‌های بالقوه‌ی آن تأثیر بگذارند.
- تحلیل موقعیت مراحل دارد، که شامل بررسی خصوصیت تمام مخاطبان اولیه و ثانویه می‌باشد. لحاظ کردن ویژگیهای مخاطبان، به عنوان بخشی از تحلیل موقعیت ممکن است درک کاملی از وابستگی متقابل و دوجانبه‌ی بین مخاطب و عوامل وابسته‌ی به محیط را تسهیل کند.
- دسته‌بندی مخاطبان در گروه‌هایی با خصوصیات و مراحل رفتاری شبیه یکدیگر، برای بیشتر برنامه‌ها لازم است.
- هنگامی که دسته‌های مخاطبان تعریف و مشخص شدند، رتبه‌بندی آنها می‌تواند به هدایت بهتر تخصیص منابع، همچنین تمرکز کلی مداخله‌ی ارتباط سلامت کمک کند.
- معیارهای متعددی وجود دارند که برای دسته‌بندی و رتبه‌بندی مخاطبان کاربرد دارند و به عنوان چهارچوبی برای راهنمایی تکمیل این گام‌ها عمل می‌کنند.
- روش‌شناسی‌های متعددی برای پژوهش در ارتباط و بازاریابی وجود دارند. این فصل تفاوت بین پژوهش بازار و پژوهش بازاریابی، پژوهش کمی در مقابل پژوهش کیفی، داده‌های اولیه و ثانویه، و همچنین روش‌های رایج مورد استفاده در پژوهش (مصاحبه‌های عمیق فردی، گروه‌های متمرکز و پایش‌ها) را شرح داد. پیشنهادات کاربردی در مورد چگونگی استفاده از روش‌های پژوهشی رایج یا انتخاب یک مشاور یا مؤسسه‌ی پژوهش در بازاریابی و ارتباط، نتیجه‌ی پایانی این فصل است.



---

## فصل یازدهم

### شناخت اهداف میانی و راه کارهای برنامه

---

در این فصل می خوانید:

- چگونگی اهداف میانی و راه کارهای برنامه
- طرح ریزی یک راه کار ارتباطی
- مفاهیم کلیدی.

اهداف ارتباطی یک برنامه رادیویی در رادیوی محلی بورکینافاسو، مبارزه با گسترش ایدز با استفاده از افزایش آگاهی مردم و گسترش روش های پیش گیرانه است. اهداف ارتباطی برنامه مردم سالم که در سال ۲۰۱۰ در آمریکا به اجرا درآمد، افزایش سطح سواد سلامت افرادی بود که در این زمینه با کمبود اطلاعات مواجه بودند. در هر دو مورد، این اهداف در واقع در راستای مقاصد کلی مداخلات بزرگ تری در حوزه سلامت بودند که تلاش می کردند تا تغییرات رفتاری و اجتماعی را در جامعه هدف ایجاد کنند.

در بورکینافاسو، اهداف نهایی مداخله اصلی، کاهش میزان بروز ایدز در جامعه هدف با تشویق آنها به استفاده از لوازم پیش گیرانه بود.

در مورد دوم هدف غایی برنامه افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بروز بیماری های مزمن در میان جمع هدف بود.

این فصل بر روی تعریف اهداف میانی و راه کارهای ارتباطی، با توجه بیشتر به اهمیت رابطه بین این دو قسمت، تمرکز می‌کند. در نهایت با ارایه فهرستی از بایدها و نبایدها در تعیین اهداف میانی و راه کارها، این فصل به خوانندگان کمک می‌کند تا مهارت‌های ضروری را برای کامل کردن این مراحل مهم از برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، کسب کنند.

### چگونگی گسترش و معتبرسازی اهداف میانی برنامه

اهداف میانی برنامه‌های ارتباطی که شامل اهداف رفتاری، اجتماعی و سازمانی می‌باشند، باید به اهداف نهایی برنامه وفادار بمانند. اهداف میانی معمولاً رسیدن به مواردی مانند:

- افزایش آگاهی
  - افزایش دانش
  - شکستن چرخه اطلاع رسانی غلط
  - تغییر نگرش‌ها
  - آسان سازی تعامل بین بخشی
  - کمک برای ایجاد مهارت و تخصص
- را دنبال می‌کنند.

نتایجی که از اهداف میانی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرند، همه به اجزای مختلف فرآیند ذهنی تغییر که بر شکل ارتباط تأثیر گذار است، باز می‌گردند.

در حقیقت، اغلب اهداف میانی ارتباطی درباره تغییر در میزان دانش، ارزش‌ها، اعتقادات و تعاملات انسانی هستند، که همه مراحل مهمی از رسیدن به اهداف بزرگ‌تر سازمانی، رفتاری و اجتماعی و در نهایت اهداف کلی و انتهایی برنامه هستند.

چنین تغییراتی ممکن است در افراد، گروه‌ها و سطوح مختلف اجتماعی اتفاق بیافتد. اگرچه در بعضی مواقع اهداف ارتباطی به طور همزمان با اهداف رفتاری حاصل می‌شوند، اما در بیشتر اوقات دستیابی به اهداف ارتباطی، مقدمه‌ای برای رسیدن به نتایج رفتاری است.

بگذارید مثالی در مورد سرطان سینه را مرور کنیم. در مورد پیش‌گیری از سرطان سینه، دو هدف میانی می‌توانند «افزایش آگاهی زنان لاتین بالاتر از ۴۰ سال نسبت به

## شناخت اهداف میانی و راه کارهای برنامه / ۲۲۱

نیازشان برای ماموگرافی سالانه» و «تسهیل ارتباط میان پزشک و بیمار به منظور ایجاد فضایی مناسب برای طرح پرسش‌های مرتبط با سرطان سینه از سوی بیمار» باشند. هر دو این اهداف در نهایت یک تغییر رفتاری را دنبال می‌کنند و آن وادار کردن زنان به انجام ماموگرافی سالانه است.

گاهی اوقات اهداف ارتباطی با تأکید بر نقش مخاطب طراحی می‌شوند. برای نمونه هدف نخست مثال قبل، می‌تواند این گونه باشد: «زنان لاتین بالای ۴۰ سال باید نسبت به نیازشان برای انجام ماموگرافی سالانه آگاه شوند».

در مواقع ممکن، اهداف میانی باید دارای شاخص‌های قابل اندازه‌گیری باشند که بتوان از آن‌ها برای ارزیابی برنامه استفاده کرد.

بسیاری از نویسندگان، معتقدند اهداف میانی ارتباطی باید شرح دهند که «چه تغییری، توسط چه کسی، در چه زمانی و به چه مقدار اتفاق می‌افتد». این قانون در مورد نتایج رفتاری، اجتماعی و سازمانی هم صدق می‌کند.

بر اساس این قانون، ما می‌توانیم اهداف زیر را در برنامه غربالگری سرطان سینه تعیین کنیم:

۱- افزایش آگاهی X درصد از زنان لاتین بالای ۴۰ سال، در مورد نیاز به انجام ماموگرافی سالانه تا سال ۲۰۱۰ در میان ساکنان یک منطقه (یا در سطح وسیع‌تر، در تمام آمریکا)

در اجرا، به خصوص در بخش خصوصی، چه سازمان‌های تجاری و چه سازمان‌های غیرانتفاعی، به ندرت می‌توان شاخص‌های کمی مناسبی یافت. (مثلاً تا «چه میزان» یا تا «چه زمانی») گاهی اوقات یک تضمین در مورد مدت زمان رسیدن به اهداف مورد نظر وجود دارد.

در بسیاری از سازمان‌ها و شرکت‌های غیرانتفاعی، دپارتمان ارتباطات نمی‌تواند به سادگی هزینه‌های لازم برای اندازه‌گیری و تعیین شاخص‌های دقیق را بپردازد. هنگامی که تغییرات در مورد دانش، اعتقادات و ارزش‌های افراد است، ارزیابی معمولاً بر اساس شاخص‌های کیفی است که به وسیله افراد اصلی درگیر در اجرا و طراحی برنامه‌ها قابل اندازه‌گیری است.

## ۲۲۲ / ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

بر خلاف بخش خصوصی، در فضای دانشگاهی، باید شاخص‌های کمی دقیقی برای ارزیابی وجود داشته باشد تا پژوهش‌ها استاندارد بوده و در تمام سطوح مداخلات ارتباطی قابل استفاده باشند.

هر ارزیابی کمی برای هر برنامه، نیاز به تحلیل عمیق و دقیق شرایط قبل و پس از اجرای برنامه و در نظر گرفتن شرایط جغرافیایی و زمانی برنامه موجود دارد.

علاوه بر اهمیت تعیین اهداف میانی قابل اندازه‌گیری در توانایی ارزیابی برنامه، چنین شاخص‌هایی باعث ایجاد توافق میان همکاران، اعضای گروه و سایر افرادی که دارای نقش کلیدی در برنامه‌ها هستند، می‌شود و موجب بالا رفتن میزان موفقیت برنامه شده و هم چنین به تمرکز طراحان برنامه بر مواردی که حتماً باید اتفاق بیافتد و تعیین زمان برای حصول به این موارد، کمک می‌کند.

به طور کلی، الگویی که بتواند جهت توسعه اهداف و نتایجی مانند اهداف رفتاری، اجتماعی و سازمانی استفاده شود، الگوی SMART است. بر اساس این الگو، اهداف طراحی شده باید دارای پنج خصوصیت باشند:

۱- این خصوصیت نشان می‌دهد که چه کسی باید چه کاری را انجام دهد

Specific (ویژگی)

۲- این بدان معنی که شاخصه‌ها باید کمی و قابل اندازه‌گیری باشند (قابل اندازه

گیری) Measurable

۳- اهداف باید بر مبنای نیازها و خواسته‌های مخاطبان طراحی شود (مناسب)

Appropriate

۴- اهداف باید به طور منطقی قابل دسترس باشند (واقع‌گرایانه) Realistic

۵- اهداف باید در طول یک زمان مشخص و معلوم قابل دستیابی باشند (دارای

محدودیت زمانی) Time bound

□ نمونه‌ای از تعیین اهداف میانی: درک ارتباط این اهداف با سایر مشخصات برنامه

اهداف کلی و نمای برنامه:

کاهش میزان بروز ملانومای بزرگسالان مرتبط با مواجهه زیاد و زودرس با نور

آفتاب در دوران کودکی و مرگ و میر ناشی از آن

#### □ اهداف رفتاری:

۵ درصد از والدین آمریکایی ساکن در فلوریدا تا سال ۲۰۱۲ باید از ضد آفتاب‌ها، کلاه‌ها و سایر لوازم پیش‌گیری برای جلوگیری از آسیب کودکانشان توسط مواجهه طولانی مدت با نور شدید آفتاب، استفاده کنند.

#### □ اهداف ارتباطی:

(اگر تمام این اهداف مربوط به قسمت ویژه‌ای از اعتقادات، نگرش‌ها، مهارت‌ها و رفتار مخاطبان است، هر کدام باید در مرحله متفاوتی مورد توجه قرار گیرند، زیرا که به ازای هر مخاطب نباید بیش از ۲ تا ۳ هدف را به طور همزمان تعقیب کنیم). تا سال ۲۰۰۸، ۱۰ درصد از والدین آمریکایی که در فلوریدا زندگی می‌کنند:

- باید نسبت به رابطه میان مواجهه زیاد با نور خورشید در کودکی و بروز ملانوما در بزرگسالی آگاه شوند.
- باید قادر باشند «مواجهه شدید با نور خورشید» را تعریف کنند.
- باید با پزشکشان در مورد راه‌های جلوگیری از مواجهه با نور آفتاب، صحبت و گفتگو کنند.
- باید بدانند که چگونه از فرزندشان در مقابل نور آفتاب محافظت کنند و احساس کنند که توانایی اجرای اقدامات مراقبتی را دارند.
- باید تمام افرادی که در مراقبت از کودکان آنها نقش دارند، در مورد استفاده از ابزار پیش‌گیرانه، آموزش ببینند.
- باید با جامعه برای گسترش استفاده از ابزار محافظ در برابر نور خورشید، همکاری کنند.

باید توجه داشته باشیم که رسیدن به تغییرات رفتاری به مراتب دشوارتر از ایجاد تغییر در دانش، ارزش‌ها و مهارت‌های افراد است. بنابراین همواره در مدت زمان مشخص، درصد کمتری از افرادی که دچار تغییرات در سطح دانش، ارزش‌ها و اعتقادات می‌شوند، تغییرات رفتاری نیز پیدا می‌کنند.

#### □ طراحی اهداف میانی ارتباطی

اولین مرحله در طراحی اهداف میانی، بررسی و در نظر گرفتن تمام اطلاعاتی است که از تحلیل موقعیت و بررسی مخاطبان به دست آمده است. این کار برای اولویت بندی اطلاعات بر مبنای نیازها و خواسته‌های مخاطبان اهمیت دارد.

قبل از تعیین کردن اهداف میانی، اهداف نهایی و کلی برنامه باید اعتبارسنجی شوند. ساختار این سنجش اعتبار، باید بر مبنای تحلیل موقعیت و بررسی مخاطبان باشد که تا این مرحله باید نهایی شده باشد. این مرحله ما را مطمئن می‌کند که اهداف میانی بر اساس مقاصد نهایی دقیق و واقع‌گرایانه طراحی شده‌اند. هنگامی که این مرحله مقدماتی به پایان رسید، افراد تیم ارتباطی، نهایی کردن اهداف میانی و اولویت بندی آن‌ها را آغاز می‌کنند.

#### □ اطمینان حاصل کردن از این که اهداف تعیین شده برای مخاطبان ویژگی دارند

برای شروع این بحث یک مثال را در نظر می‌گیریم. یک برنامه ارتباطی را فرض می‌کنیم که هدف آن کاهش میزان بروز سیاه سرفه، یک بیماری قابل پیش‌گیری با واکسن، است. هنوز این بیماری در حال افزایش است و مرگ‌های ناشی از این بیماری در نوزادان و کودکان دیده می‌شود.

تحقیقات در این زمینه نشان داده است که آگاهی پزشکان نسبت به سیاه سرفه و نتایج مخاطره‌آمیز آن پایین است. یکی از اهداف میانی می‌تواند افزایش میزان دانش پزشکان و سایر متخصصان در حوزه سلامت نسبت به سیاه سرفه، چرخه انتقال آن و خصوصیات کلیدی بیماری باشد.

اهداف ارتباطی که برای والدین طراحی شده باشد، کاملاً متفاوت بوده و بر اساس انواع دیگر نیازها تعیین می‌شود.

#### □ شامل عناصر تاکتیکی نباشد

یک طراحی مناسب برای اهداف میانی ارتباطی، نادیده گرفتن اطلاعاتی است که مربوط به عناصر تاکتیکی مانند ابزار، فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی است. از این نظر، طراحان برنامه باید تنها بر موضوعی تمرکز کنند که برنامه می‌خواهد به آن دست یابد. آن‌ها نباید نگران رسانه‌های جمعی، روابط بین فردی یا سایر انواع فعالیت‌هایی که ممکن است در برنامه استفاده شوند، باشند. همه این عناصر به عنوان قسمتی از طراحی تاکتیکی محسوب شده و به وسیله راه کارهای ارتباطی تعیین می‌شوند.

#### □ محدود کردن تعداد اهداف میانی

تعیین تعداد زیادی از اهداف به معنی به وجود آمدن تعداد زیادی پیام ارتباطی است. از آن جایی که تغییرات رفتاری و اجتماعی یک فرآیند تدریجی است، وجود



تعداد زیادی از اهداف باعث سردرگم شدن مخاطبان می‌شود. وقتی که تحقیقات اولیه نشان می‌دهند که نیازهای متعددی در جامعه مخاطب وجود دارند، اولویت بندی اهداف میانی و انتخاب آن‌هایی که با احتمال بیشتر ما را به مقاصد نهایی برنامه می‌رسانند، از اهمیت حیاتی برخوردار است. راه دیگر تقسیم اهداف در طول زمان است که به ترتیب هدف گذاری شده و برای دستیابی به آن‌ها برنامه ریزی شود و صد البته که مهم ترین نیازها باید در اولویت قرار گیرند. در نهایت باید این قانون را در نظر داشت که برای هر گروه مخاطب نباید بیشتر از دو یا سه هدف را به طور همزمان در نظر بگیریم.

#### □ شناخت و اولویت بندی کردن اهداف

در این مورد باید طرح فعلی دانش، ارزش‌ها و اعتقادات گروه مخاطب را در نظر گرفت، به سیاست‌های موجود و هنجارهای اجتماعی توجه کرد و در نهایت برنامه‌هایی را که در گذشته و یا اکنون با هدف ایجاد تغییرات رفتاری و برآورده کردن نیازها اجرا شده و یا در حال حاضر اجرا می‌شوند، مورد بررسی قرار داد. فکر کردن در مورد این که برای رسیدن به اهداف مورد نظر باید چه سیاست‌ها، مهارت‌ها و رفتارهایی در میان مخاطبان به وجود بیایند. باید به خوبی در مورد موقعیت موجود و راه‌های ارتباطی که می‌توانند کمک کننده باشند، فکر کرد.

این مرحله در نهایت منجر به شناسایی مهم ترین اهداف ارتباطی می‌شود که با مراحل کلیدی فرآیند تغییرات ذهنی، رفتاری و اجتماعی در ارتباط هستند.

بگذارید در مورد یک مثال صحبت کنیم. فرض کنید گروه مخاطب ما نوجوانانی هستند که درباره خطرات سیگار آگاهی نداشته و کشیدن سیگار را آغاز کرده اند. در هنگامی که با چنین شرایطی رو به رو هستیم، برگزاری برنامه‌هایی که بر آگاه کردن نوجوانان درباره روش‌های ترک سیگار تمرکز دارند، برای بسیاری از این افراد مناسب نیست. در حقیقت اولویت اول در این مورد افزایش آگاهی مخاطبان از خطرات سیگار است. البته هر دو هدف می‌توانند هم زمان مورد توجه قرار گیرند، اما توجه تنها بر مورد اول، برنامه را با شکست مواجه می‌کند.

#### □ تحلیل موانع موجود و عوامل موفقیت

بعد از اولویت بندی و انتخاب اهداف، طراحان برنامه باید موانع احتمالی موجود که ممکن است دسترسی به آن اهداف را به تأخیر انداخته یا با خطر مواجه کند، را تحلیل کنند.

ممکن است برای عبور از این موانع به تعیین اهداف جدیدی نیاز باشد. فرض کنید در جامعه‌ای هستید که ترک سیگار در آن به علت فرهنگ اجتماعی و یا قانون‌های نامناسب، در اولویت بسیار پایینی قرار دارد. در چنین مواردی، اهداف میانی ارتباطی احتمالی می‌توانند؛ ۱- ترغیب سیاستمداران درباره اهمیت ایجاد محیط‌های بدون سیگار ۲- افزایش آگاهی آنان درباره خطرات همراه با سیگار و مسئولیت آنان برای محافظت از جامعه‌ای که بر آن حکومت می‌کنند، باشند.

این می‌تواند باعث رفع بعضی از موانع موجود در راه تعیین شود. برای نمونه در ژانویه سال ۲۰۰۵، دولتمردان ایتالیایی سیگار کشیدن در فضاهای عمومی در بسته را ممنوع کردند. تا آن زمان در ایتالیا سیگار کشیدن در مکان‌های عمومی مانند هواپیما و کتابخانه‌ها ممنوع بود و محدودیتی برای کشیدن سیگار در فضاهایی مانند رستوران‌ها و ادارات وجود نداشت.

پژوهش‌ها نشان دادند که پس از وضع این قانون، استفاده از سیگار تا ۸ درصد کاهش پیدا کرد. در کنار این، عوامل موفقیت برنامه نیز باید تحلیل شوند. اگرچه، تحلیل این عوامل در ابتدا به گسترش تاکتیک‌ها و راه کارهای ارتباطی بستگی دارد. در حقیقت، یک تحلیل از عوامل احتمالی موفقیت ممکن است به رویکردها و فعالیت‌های راهبردی کلیدی اشاره کند که به دستیابی به اهداف تعیین شده، منجر می‌شوند.

#### □ تعریف ساختار زمانی

این مرحله به تعیین یک ساختار زمانی که در آن باید به اهداف تعیین شده دست یافت، بستگی دارد. عوامل متعددی می‌توانند در این ساختار زمانی تأثیر گذار باشند. علاوه بر عوامل خارجی مانند رفتارهای موجود، سیاست‌ها، پیشامدهای خاص و موانع احتمالی که معمولاً در زمان تحلیل موقعیت و ویژگی‌های مخاطبان مورد توجه قرار می‌گیرند، تعداد زیادی عوامل مربوط به برنامه‌ها و سازمان‌های مرتبط با سلامت وجود دارند، که می‌توانند بر ساختار کلی زمانی برای رسیدن به اهداف، تأثیر گذار باشند.

بعضی از این عوامل عبارتند از:

- ۱- منابع موجود که سطح گسترش برنامه و سرعت اجرای فعالیت‌ها را تعیین می‌کنند.
- ۲- منابع انسانی که باید در تمام مراحل اجرا، پایش و ارزیابی برنامه به میزان کافی باشند.

۳- صلاحیت و تجربه سازمانی در رسیدن به یک هدف ویژه و یا یک دسته خاص از مخاطبان. سازمان‌هایی که در یک زمینه خاص، تجربه و اعتبار کمی دارند به زمان بیشتری برای رسیدن به اهداف نیاز دارند زیرا که ناگزیرند تا خود را برای دستیابی به مخاطبان خاص و یا فعالیت در مورد یک موضوع ویژه، آماده کنند.

۴- وجود درک روشن از نقش و مسئولیت هر یک از اعضای تیم

۵- یک خط زمانی مشخص که به وسیله تمام اعضای تیم و همکاران شریک در یک برنامه، رعایت شده و مورد توجه قرار می‌گیرد.

۶- مدت زمان نهایی و کلی برنامه که تعیین کننده فاصله بین مراحل مختلف و زمان رسیدن به یک هدف مشخص است. برای مثال، در فوریت‌های سلامت، زمان دسترسی به هدف نسبت به مداخلاتی که هدف آن‌ها برخورد با موقعیت‌ها و یا بیماری مزمن است، باید بسیار کوتاه تر باشد.

#### □ حرکت به مرحله بعد

از آن جایی که تمام عناصر و مراحل برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، با یکدیگر در ارتباط بوده و به هم وابسته‌اند، اهداف ارتباطی، تعیین کننده میزان گسترش راه کارهای ارتباطی است.

طراحی درست اهداف، در تخصیص منابع و البته مبنا و چگونگی اجرای مراحل بعدی برنامه‌های ارتباطی تأثیر گذارند.

#### طرح ریزی یک راه کار ارتباطی

یک راه کار ارتباطی، در واقع رویکردی است که برای به انجام رسانیدن یک هدف ارتباطی، مورد توجه و استفاده قرار می‌گیرد. این رویکرد نشان می‌دهد که آگاه کردن مردم درباره خطر بیماری‌ها، به دست آوردن دانش درباره روش‌های پیش‌گیری، بهبود روابط بین پزشک و بیمار و اهدافی از این دست، باید چگونه به دست بیایند.

راه کارهای ارتباطی، عناصر اجرای یک برنامه ارتباطی در حوزه سلامت را که به طور مستقیم با اهداف کلی برنامه در ارتباط هستند، شکل می‌دهند. در حقیقت راه کارهای ارتباطی در اغلب اوقات به عنوان قسمتی از طرح‌های راهبردی شناخته می‌شوند. این رویکرد نشان دهنده ترکیب منطقی و تجربی است که در نهایت به تعیین یک راه کار ارتباطی منجر می‌شود.

همانند اهداف ارتباطی، راه کارهای ارتباطی نیز مبتنی بر تحقیقات بوده و برای مخاطب خاص طراحی می‌شوند.

بیاید دوباره مثال نوجوانانی را در نظر بگیریم که درباره خطرات سیگار کشیدن آگاه نبوده و مصرف سیگار را آغاز کرده اند. در این مورد یک هدف ارتباطی محتمل: «افزایش آگاهی ۵ درصد از نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله که در آمریکا زندگی می‌کنند، درباره بیماری‌ها و خطرات مرتبط با سیگار» است. این اهداف در واقع از مقصد نهایی برنامه، یعنی کاهش بروز ناتوانی‌هایی مرتبط با سیگار در نوجوانان، حمایت می‌کنند. این اهداف هم چنین از تغییر رفتاری در نوجوانان و ترک سیگار پشتیبانی می‌کنند. تعدادی از راه کارهای احتمالی که می‌توانند به این اهداف میانی منجر شوند عبارتند از:

- ۱- استفاده از نوجوانان موفق و الگو به منظور توجه دادن به خطرات ناشی از سیگار
- ۲- ایجاد شبکه‌های اجتماعی به منظور آسان کردن بحث در مورد خطرات سیگار کشیدن
- ۳- تشویق دانش آموزان دبیرستانی برای اجرای برنامه‌هایی به منظور آگاه کردن دیگران نسبت به خطرات سیگار کشیدن
- ۴- استفاده از فرصت‌های طبیعی مانند (کنسرت‌ها، گرد هم آیی‌های نوجوانان و نظایر آن) به منظور افزایش آگاهی آنان درباره خطرات کشیدن سیگار
- ۵- فراهم کردن فرصت گفتگوی والدین با فرزندان درباره خطرات سیگار برای سلامتی

- ۶- همکاری با سازمان‌های محلی نوجوانان درباره راه اندازی بحث‌هایی پیرامون خطرات سیگار در رسانه‌ها و افزایش میزان توسعه برنامه
- ۷- ارتقای فرآیند آگاه سازی پیرامون خطرات سیگار کشیدن در مشاوره‌های انفرادی و ملاقات‌های پزشکی معمول
- ۸- تمرکز بر روی محدودیت‌های که کشیدن سیگار، در توانایی‌های فیزیکی افراد ایجاد می‌کند

هیچ کدام از این راه کارهای احتمالی، اشاره‌ای به عناصر اجرایی مانند بروشورها، کارگاه‌ها، استفاده از اینترنت و نظایر آن ندارند. در حقیقت راه کارهای اجرایی عناوین

کلی هستند که چگونگی رسیدن به اهداف را شرح می دهند، اما در جزئیات وارد نمی شوند.

#### □ اصول کلیدی گسترش راه کارها

همان طور که تاکنون در این فصل مورد بحث قرار گرفت، زمانی که طراحان برنامه های ارتباطی، تمام اطلاعات به دست آمده از تحلیل موقعیت و خصوصیات مخاطبان را بررسی می کنند و اهداف میانی ارتباطی را تعیین می کنند، معمولاً چندین رویکرد راهبردی را در نظر می گیرند.

فرآیند شناخت، شماره گذاری، اولویت بندی و انتخاب راه کارهای اجرایی، شامل مراحل متعددی است که در ادامه شرح داده می شود.

#### □ مرور شواهد تحقیقاتی

اولین مرحله از تعیین راه کارها، بررسی دقیق وضعیت موجود و مخاطبان است. یافته های تحقیقاتی باید به خوبی تحلیل شوند و از آنها برای انتخاب بهترین مخاطبان و رویکردها برای رسیدن به اهداف مورد نظر استفاده شود. ترجیح مخاطبان برای استفاده از یک کانال ارتباطی و پیام رسان های خاص در این مرحله، باید مورد نظر تحلیل گران قرار گیرد.

#### □ حصول اطمینان از این که تمام راه کارها برای مخاطبین ویژه طراحی شده اند

همانند اهداف، راه کارهای ارتباطی نیز باید ویژه مخاطبان مورد نظر برنامه، طراحی شده باشند. راه کارهای مبتنی بر شواهد، همواره دارای مبانی ای هستند که به منظور معرفی راه کارها به سایر شریکان، داوطلبین و مخاطبین مورد استفاده قرار می گیرند. بنابراین مبانی توسعه یک راه کار مشخص باید برای تمام نفرات و سازمان های مجری برنامه روشن و شفاف باشند.

یک رویکرد منطقی برای توسعه راه کارهای ارتباطی باید مخاطب محور باشد.

بنابراین راه کارها باید پاسخگوی نیازها، خواسته ها و مشغولیات مخاطبان باشند.

راه کارها باید نقاط قوت، ضعف، فرصت ها و تهدیدهای احتمالی را در نظر بگیرند. برای نمونه، بیابید دوباره به مثال نوجوانان و آگاهی شان درباره خطرات سیگار باز گردیم. راه کارها باید:

## ۲۳۰ / ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا

- بر مبنای نیازها و خواسته‌های مخاطبین باشند (خلق شبکه‌های اجتماعی، استفاده از نوجوانان الگو و نمونه)
- استفاده از فرصت‌های طبیعی (گرد هم آبی‌های نوجوانان، کنسرت‌ها)
- شناسایی زوایای ارتباطی که ممکن است بیشتر با نوجوانان در ارتباط باشند و تمرکز بر تأثیری که سیگار بر کاهش کارکرد فیزیکی افراد می‌گذارد.
- شناسایی مخاطبان ثانویه که می‌توانند بر نوجوانان تأثیرگذار باشند (تهیه کردن لوازم لازم برای والدین)

### □ ارزش‌گذاری، اولویت بندی و انتخاب رویکردهای راهبردی

راه کارهای متفاوتی برای رسیدن به اهداف احتمالی وجود دارند، اگرچه بعضی از آنها بهترین راه برای رسیدن به اهداف ارتباطی به یک روش مؤثر، با هزینه مناسب، با صرف زمان کم و مناسب برای مخاطبان، است.

در ارزیابی راه کارهای ارتباطی، مهم‌ترین چیزی که باید مد نظر قرار گیرد، پایدار بودن و اعتبار راه کار در نزد مخاطبان و مهم‌ترین اجزای برنامه و هم‌چنین هزینه‌های اجرا و موانع موجود هستند. سایر عوامل عبارتند از این که آیا راه کار مورد نظر با فعالیت‌ها و ابزار موجود هم‌خوانی دارد و می‌تواند کامل‌کننده آنها باشد؟ آیا راهکار، نوآورانه است و می‌تواند توجه مخاطبان را جلب کند و آیا بهترین راه کار برای پاسخ به نیازهای مخاطبان است؟

فرآیند مرتب کردن راه کارها و انتخاب بهترین آنها، می‌تواند با استفاده از مسایل زیر سازمان دهی شود:

- ۱- مزایای کلیدی: برای نمونه، آیا راه کار مورد نظر می‌تواند با ابزار، فعالیت‌ها و پیام‌رسانی که در نزد مخاطبان، اعتبار دارند، وفق داده شده و در کنار آنها قرار بگیرد.
- ۲- معایب: برای نمونه، اجرای این راه کار به زمان طولانی نیاز دارد.
- ۳- موانع احتمالی در راه اجرا: نمونه این موانع کمبود سیاست‌های حمایتی و تابوهای اجتماعی هستند که مانع درگیر شدن مخاطبان در اجرای برنامه‌ها می‌شوند.
- ۴- توانایی تأیید شدن به وسیله جامعه و مجریان برنامه
- ۵- منابع موجود که باید برای اجرای برنامه مناسب و کافی باشند.
- ۶- ظرفیت و توانایی سازمانی در اجرای راهکار مورد نظر

#### □ قرار دادن همه مراحل در کنار یکدیگر

تمام عناصر طراحی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، با یکدیگر در ارتباط هستند. در واقع، در مراحل اولیه از طراحی برنامه، بیشتر تلاش‌ها در ارتباط دادن مقاصد نهایی برنامه با اهداف میانی رفتاری، اجتماعی، سازمانی و ارتباطی و البته راه کارهای احتمالی متمرکز می‌شود. پژوهش‌های رسمی مقدماتی، مبانی اجرای تمام این مراحل هستند.

قبل از اجرای طرح‌های اجرایی و ارزیابی، توجه به این مبانی مهم و ارتباط و وابستگی میان تمام عناصر، کمک کننده است. در نهایت، موفقیت احتمالی راه کارها و اهداف به کیفیت و شکل اجرای طرح‌های تاکتیکی بستگی دارد. این مطلب تأکید مجددی بر این موضوع دارد که در چرخه ارتباط در حوزه سلامت، تمام مراحل کلیدی به یکدیگر وابسته هستند.

#### مفاهیم کلیدی

- اهداف و راه کارهای ارتباطی با سایر عناصر برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت در ارتباط بوده و به هم وابسته اند.
- اهداف ارتباطی، مراحل تغییرات بینابینی هستند که برای رسیدن به اهداف رفتاری، اجتماعی و سازمانی و سایر مقاصد نهایی برنامه لازم هستند.
- گاهی اوقات اهداف ارتباطی، هم زمان با اهداف رفتاری اتفاق می‌افتند. در بیشتر مواقع، به علت پیچیدگی رفتار بشری، که بیشتر مراحل میانی در رسیدن به تغییرات رفتاری و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اهداف ارتباطی بر روبه رو شدن با همین تغییرات میانی متمرکز می‌کنند.
- راه کارهای ارتباطی برای رسیدن به اهداف برنامه طراحی می‌شوند.
- راه کارهای ارتباطی بیان گر رویکردی هستند که برای رسیدن به اهداف مورد استفاده قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر، آن‌ها بر چگونگی رسیدن به اهداف و تغییرات مورد انتظار متمرکز می‌کنند.
- نه اهداف و نه راه کارهای ارتباطی، توجهی به جزئیات اجرایی برنامه ندارند. راه کارهای ارتباطی در واقع راهنمای طراحی برنامه‌های تاکتیکی با جزئیات هستند.





---

## فصل دوازدهم

### توسعه طرح‌های اجرایی و ارزیابی

---

در این فصل می‌خوانید:

- تعریف کلی طرح‌های اجرایی و ارزیابی
- عناصر کلیدی طرح‌های اجرایی
- طرح‌های ارزیابی: بررسی مدل‌ها
- مفاهیم کلیدی

طراحی اجرایی، یکی از مراحل برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت است که در نظر متخصصان این حوزه لذت بخش قلمداد می‌شود. خلاقیت در این زمینه، یعنی انتخاب یک راه مناسب برای در کنار هم قرار دادن پیام‌ها، کانال‌ها و اهداف ارتباطی در راستای رسیدن به مقاصد نهایی برنامه، نقش مهمی را بازی می‌کند. همه عناصر طرح‌های اجرایی، مربوط به سطوح مختلف ارتباطی هستند که در این کتاب تعریف و مورد بحث قرار گرفتند.

برای نمونه برنامه‌ای که توسط مرکز کنترل و پیش‌گیری بیماری‌های ایالات متحده به منظور کاهش مرگ‌های ناشی از سرطان‌های کولورکتال اجرا شد با تشویق به پیش‌گیری و تشخیص زودهنگام شامل عناصری مانند انجام تبلیغات عمومی، آگاهی

رسانی از طریق اینترنت و استفاده از وقایع اجتماعی مانند جشن‌ها و راه پیمایی‌ها در جهت آگاه‌سازی مخاطبان، بود.

کلمه «راهبردی» یک مفهوم مهم برای درک چگونگی انتخاب یک برنامه اجرایی مؤثر است. این فصل بر بعضی از جنبه‌های کلیدی طراحی یک برنامه اجرایی مؤثر، تمرکز می‌کند و مراحل کلیدی آن را شرح می‌دهد. این فصل هم چنین درباره اهمیت و نیاز به یک برنامه ارزیابی دقیق پیش از شروع کار صحبت می‌کند. این فصل در مورد مدل‌ها و راهنماهای کاربردی در طراحی برنامه‌های ارزیابی که فرض‌ها و اهداف میانی و نهایی برنامه‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهند، اطلاعاتی را برای شما فراهم می‌کند.

### تعریف کلی برنامه‌های اجرایی و ارزیابی

عنوان این فصل به طور مستقیم با معنی ادبی دو کلمه کلیدی؛ تدبیرها و ارزیابی، در ارتباط است. این عنوان هم چنین به ارتباط این دو عنصر مهم با یکدیگر و با سایر مراحل چرخه برنامه‌های ارتباطی اشاره دارد.

#### □ برنامه تاکتیکی

تاکتیک به عنوان رویه و یا شکل رسیدن به یک منظور، هدف یا انتهای یک چیز تعریف می‌شود. بعضی دیگر از نویسندگان و مدل‌ها، از تعریف «طرح عملیاتی» برای شرح این قسمت از برنامه‌ها استفاده می‌کنند.

واژه طرح‌های تاکتیکی به طور گسترده‌ای در ارتباطات حوزه سلامت مورد پذیرش قرار گرفته و در حقیقت یک شرح دقیق و با جزئیات از اجزای برنامه است:

- پیام‌ها، اعمال، ابزار و کانال‌های ارتباطی مرتبط با یک دسته ویژه از مخاطبان، که به عنوان قسمتی از برنامه‌های ارتباطی، طراحی و اجرا می‌شوند.
- یک طرح پیش‌آزمونی مفصل که باید روش‌های کلیدی تحقیقات (برای مثال، گروه متمرکز، گفتگوی عمیق) و پرسش‌هایی برای بررسی بازخورد مخاطبان درباره موضوعات ارتباطی و هم چنین پیش‌نویس پیام‌ها، ابزار و فعالیت‌ها را توضیح و شرح دهد.
- یک طرح همکاری که اسامی تمام شرکا، نقش‌ها و مسئولیت‌هایشان و همین‌طور افراد کلیدی مرتبط با برنامه را فهرست کند.
- یک برنامه زمانی برای هر فعالیت

- تضمین بودجه برای هر فعالیت از جمله فعالیت‌های ارزیابی، و همه این موارد استفاده شده در طرح‌های عملیاتی یا همان طرح‌های تاکتیکی، چیزی جز بیان جزئیاتی که راه کارها به آن اشاره نمی‌کنند، نیستند.
- بیابید مثالی را در نظر بگیریم. فرض کنید می‌خواهیم اثر افسردگی در میزان کارایی و ارتباطات خانوادگی زنان بالای ۴۵ سال را، کاهش دهیم. اهداف رفتاری این برنامه تشویق زنان به:

۱- درخواست کمک، وقتی که احساس می‌کنند افسردگی بر کارآیی آن‌ها و زندگی خانوادگی شان تأثیر گذاشته است.

۲- وفق پیدا کردن با بهترین درمان‌ها و مدیریت کردن افسردگی، هستند.

اگر در جامعه‌ای کار می‌کنیم که هنوز افسردگی به عنوان یک برچسب و تابو در آن مطرح است، هدف اجتماعی ما می‌تواند ایجاد تغییر در نگرش جامعه نسبت به افسردگی باشد. این برنامه اهداف و راه کارهای زیر را برای رسیدن به مقصود نهایی در نظر گرفته است:

#### □ اهداف ارتباطی

- ۱- افزایش آگاهی در مورد روش‌های مقابله با افسردگی در زنان بالای ۴۵ سال که از افسردگی رنج می‌برند و یا در خطر بالایی برای ابتلا به آن قرار دارند (شاخص‌های کمی برای بررسی این مورد باید وجود داشته باشند).
- ۲- بر طرف کردن عقاید و نظرات نادرست درباره افسردگی در میان عموم مردم

#### □ راه کارهای ارتباطی

۱. تشکیل یک شبکه اجتماعی و حمایتی با حضور زنانی که به شکل موفقیت آمیزی تأثیر افسردگی بر کارکرد و زندگی خانوادگی شان را کاهش داده اند.
۲. استفاده از الگوهای مبتنی بر زنان، برای نشان دادن افسردگی و راه‌های مقابله با آن

روش‌های متفاوتی برای اجرای این راه کارها وجود دارد، برای نمونه:

- ۱- برقراری ملاقات روبه رو در کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و بقیه مکان‌های ممکن
- ۲- راه اندازی یک دفتر رسانه‌ای و آموزش دادن یک سخنگو برای واکنش نشان دادن به خبرهای تازه در مورد افسردگی و تشویق رسانه‌ها به پوشش خبری درباره راه کارها و پیام‌های مرتبط برای مقابله با افسردگی

۳- هدایت توسعه برنامه با استفاده از مجلات مرتبط با زنان

۴- سازمان دهی گفتگوی اینترنتی در سایت‌های طرفدار زنان

از آن جایی که تاکتیک‌ها بر اساس راه کارها و مخاطبان خاص طراحی می‌شوند، بعضی از این فعالیت‌ها ممکن است برای حمایت از یکی از دو راه کار مطرح شده، مناسب تر باشند و البته بعضی از این تاکتیک‌ها برای هر دو راه کار مورد نظر، مفید هستند.

### طرح‌های ارزیابی

با وجود آن که اکثر صاحب نظران معتقدند که یکی از مهم ترین بخش‌های هر برنامه، تعیین شاخص‌های ارزیابی آن، پیش از آغاز اجرای برنامه است، با این وجود در بیشتر مواقع ما با شاخص‌هایی رو به رو هستیم که تنها در انتهای هر برنامه قابل استفاده هستند. استفاده از شاخص‌های ارزیابی در انتهای برنامه‌ها ممکن است باعث ایجاد مشکلات متعددی باشد.

به عنوان نمونه وقتی شما می‌خواهید موفقیت یک بحث اینترنتی را بسنجید، می‌توانید از شاخص‌هایی مانند تعداد شرکت کنندگان در بحث، کیفیت و میزان علمی بودن پرسش‌ها و نظرات مطرح شده و میزان تأثیر بحث در تغییر دانش، نگرش، اعتقادات و رفتارهای مخاطبان استفاده کنید. همه این‌ها شاخصه‌های ارزشمندی هستند، اما هر کدام از اعضای تیم و همکاران طرح ممکن است نظر متفاوتی در برابر شاخص‌های یک بحث موفق اینترنتی داشته باشند.

اگر پیش از آغاز برنامه، شاخص‌های ارزیابی تعیین شده و مورد توافق قرار بگیرند، همه اعضای تیم و همکاران می‌توانند بر روی مقاصد و هدف‌های نهایی تمرکز کرده و تمام تلاششان را برای دست یابی به آن‌ها به کار گیرند. این تنها یکی از مزایای تعیین زودرس شاخص‌های ارزیابی است.

یک برنامه ارزیابی باید شامل یک توضیح جامع درباره شاخص‌های ارزیابی کلیدی و نتایج مورد انتظار در زمان ارزیابی برنامه باشد. همین طور این برنامه باید روش‌های جمع آوری و تحلیل اطلاعات در مورد شاخصه‌های مورد نظر را توضیح دهد.

یکی دیگر از جنبه‌های ارزیابی زودرس، بررسی میزان ارزش هر برنامه است. ما باید بدانیم که اجرای یک برنامه چه مقدار از منابع مالی و انسانی را صرف خود می‌کند

و در قبال آن چه نتیجه‌ای به همراه خواهد داشت. آیا اصلاً اجرای برنامه با توجه به هزینه‌های آن به صرفه است و یا در بخش‌های اقتصادی، چه میزان زمان طول می‌کشد تا هزینه صرف شده به مجموعه برگردد؟

#### □ عناصر کلیدی طرح‌های عملیاتی (تاکتیکی)

میزان موفقیت یک برنامه عملیاتی به چندین عامل مهم بستگی دارد. این بخش مهم‌ترین جنبه‌های طراحی یک برنامه عملیاتی مناسب را شرح می‌دهد.

#### □ رویکرد هماهنگ

در طراحی یک برنامه عملیاتی جهت حمایت از اهداف و راه کارهای ارتباطی، رویکردها و راه‌های متعددی از سطوح مختلف ارتباطی ممکن است در رابطه با یک موضوع خاص، مورد استفاده قرار گیرند.

مفهوم رویکرد هماهنگ که در آن تمام عناصر عملیاتی، حمایت‌کننده و کامل‌کننده یکدیگر هستند، معمولاً در بازاریابی اقتصادی استفاده می‌شود.

در بخش خصوصی، ارتباط‌های هماهنگ بازاریابی، رویکردی برای سازمان‌دهی و تنظیم ابزار و فعالیت‌های ارتباطی است که به اعتقادات، ارزش‌ها، خواست و درک مصرف‌کنندگان توجه می‌کند.

امروزه مفهوم رویکرد هماهنگ، به خوبی در ارتباطات حوزه سلامت مطرح شده و در تمام سطوح و الگوهای ارتباطی به منظور ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی جا افتاده است.

به عنوان نمونه، مدل ارتباط به منظور ایجاد تغییرات اجتماعی که به عنوان «یک مدل هماهنگ برای سنجش فرآیند و نتایج آن» تعریف می‌شود، به ابزار و رویکردهای متعددی وابسته است.

همانند سایر ویژگی‌های برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت و فرآیند طراحی آن، مفهوم ارتباطات هماهنگ، از زندگی روزمره ما گرفته شده است. ارتباطات و به طور ویژه ارتباط در حوزه سلامت، یکی از قسمت‌های معمول تبادلات و مفاهیم اجتماعی است که از رویارویی‌های فردی و حرفه‌ای تا رسانه‌های جمعی و اشکال سنتی اظهار نظر مانند تأثر و شعر تا گفتگوهای غیر رسمی افراد در مغازه، رستوران و سایر مکان‌های عمومی را در بر می‌گیرد.

برنامه‌های عملیاتی باید نشان دهنده این تنوع رویکردها و کانال‌های ارتباطی باشد و آن‌ها را با یکدیگر هماهنگ کند.

یک برنامه عملیاتی که به خوبی طراحی و هماهنگ شده باشد، می‌تواند به ایجاد رابطه بین اعتقادات، ارزش‌ها و رفتارهای فعلی و رفتارها و نتایج اجتماعی که به دنبال آن هستیم، کمک کند.

#### □ حمایت خلاق از راه کارها

این کتاب از توانایی و نقش مجریان برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت برای باز تعریف نظریه‌های مختلف و ترکیب درس‌های آموخته شده از این کتاب و ایده‌هایی که به خوبی جواب داده‌اند، حمایت می‌کند، ولی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت باید راهبردی باشند. این بدان معنی است که هر نظریه‌ای تا زمانی قابل قبول است که از اهداف و راه کارهای ارتباطی حمایت کرده و با دیگر عناصر چرخه طراحی برنامه‌های ارتباطی، در ارتباط باشد.

بهترین راه این است که ایده‌هایی را که از راه کارهای ارتباطی در نظر گرفته شده حمایت نمی‌کنند، کنار بگذاریم.

#### □ به صرفه بودن

به صرفه بودن یکی از شاخص‌هایی که باید برای مقایسه برنامه‌های عملیاتی مختلف به کار گرفته شود. در نهایت این شکل از تحلیل، ما را برای انتخاب بهترین رویکرد یاری کرده و در مواقعی که چند گزینه مناسب با تأثیر گذاری یکسان وجود دارد به ما کمک می‌کند تا آن‌ها را اولویت بندی کنیم. برای چنین تحلیلی ما باید به پرسش‌های متفاوتی پاسخ دهیم، برای مثال:

۱- آیا همه رویکردها به یک میزان در رسیدن به اهداف مرکزی برنامه مؤثر هستند؟ آیا هزینه‌های هر کدام از آن‌ها، چه هزینه‌های مالی و چه میزان زمان و نیروی انسانی که صرف آن‌ها می‌شود، با یکدیگر متفاوت هستند؟

۲- آیا در حال حاضر هیچ برنامه در حال اجرایی وجود دارد که بتواند به طور هم زمان از راه کارهای ارتباطی مانیز حمایت کند؟

۳- آیا احتمال همکاری با دیگر قسمت‌های سازمان و یا دیگر سازمان‌ها برای صرفه جویی در هزینه‌ها و زمان، برای رسیدن به اهداف وجود دارد؟

صرفه جویی در هزینه‌ها و استفاده راهبردی از نیروی انسانی نه تنها در زمانی که ما با کمبود منابع مواجه هستیم، حتی در زمانی که هیچ محدودیتی در منابع مالی و انسانی وجود ندارد (که البته این حالت در حوزه سلامت تقریباً غیر ممکن است)، بسیار مهم هستند.

تخصیص دقیق و محتاطانه منابع، یکی از عناصر کلیدی برنامه‌های راهبردی در حوزه سلامت و طرح عملیاتی مرتبط با آنها هستند.

#### □ تصور کردن

در هنگام طراحی برنامه‌های عملیاتی، این مهم است که تصور کنیم پیام‌ها، راه‌ها و فعالیت‌های ارتباطی چگونه می‌توانند در اجرای راه کارهای برنامه اثرگذار باشند. از سوی دیگر باید تصویری از موانع و مشکلات راه داشته باشیم تا آنها را به حداقل رسانده و یا حذف کنیم.

در مورد بررسی برنامه عملیاتی، مطالعه برنامه‌های قبلی و استفاده از تجارب گذشته، نقش اساسی در شناسایی موانع و مشکلات مسیر دارند. همین طور به ما کمک می‌کنند تا دید مناسبی نسبت به زمان مورد نیاز، نیروی انسانی لازم و میزان اثر احتمالی هر راه کار در رسیدن به مقاصد نهایی برنامه پیدا کنیم.

#### □ اجزای فرهنگی پیام‌ها، راه‌ها و رسانه‌های ارتباطی

بسیاری از مشاهدات در این کتاب تأثیر عوامل فرهنگی، نژادی، جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و وابسته به جنس را در سبک زندگی مردم و خواسته‌ها و درکشان از مفهوم سلامت و بیماری و نظایر آن نشان دادند. اطلاعات به دست آمده از مطالعات مقدماتی، ما را در انتخاب پیام‌ها و روش‌هایی که از لحاظ فرهنگی با مخاطبان هم خوانی داشته باشند، کمک می‌کند.

انتخاب ابزار و اجزای مناسب از لحاظ فرهنگی نقش بسیار مهمی در موفقیت برنامه دارد. اولین مرحله در توسعه مفاهیم ارتباطی، این است که بدانیم هیچ پیام، راه و یا ابزار ارتباطی وجود ندارد که برای تمام افراد مناسب باشد. تحقیقات رسمی باید راهنمای طراحی برنامه‌های عملیاتی باشند و تأثیرگذاری هر برنامه برای مخاطب مورد نظر باید قبل از اجرا، به وسیله یک پیش‌آزمون اعتبار سنجی شود.

□ بسط دادن مفاهیم

در ارتباط در حوزه سلامت، مفاهیم نسبت به پیام‌ها و ابزار در اولویت هستند. در واقع آن‌ها بیان‌کننده «راه انتقال اطلاعات به مخاطبان» بوده و هم‌چنین دربردارنده یک احساس و توصیه کلی مانند ترس، امید و نظایر آن به آن‌ها هستند.

برای نمونه لوگوی یک برنامه ارتباطی که هدف آن تشویق افراد شاغل در حوزه سلامت به واکسینه شدن در برابر آنفلوآنزا، است می‌تواند باعث ایجاد ترس در مخاطبان شود. برای نمونه می‌توان از یک علامت توقف در مقابله کلمه «آنفلوآنزا» استفاده کرد. هم‌چنین می‌توان از یک تصویر امیدوارکننده، مانند شخصی که در حال لبخند زدن است و جمله «خود را در مقابل آنفلوآنزا ایمن کنید» در زیر تصویر قرار داد، استفاده کرد.

تعدادی از دسته بندی‌های مربوط به مفاهیم، که به طور معمول در پیام‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند در ادامه آورده می‌شوند:

۱- القاکننده ترس: مفاهیمی که در پی تحریک حس ترس در مخاطبان بوده و به یک پاسخ احساسی بر می‌گردند.

۲- القاکننده عمل: مفاهیمی که اعمال ویژه‌ای را توصیه می‌کنند.

۳- جوایز یا مزایا: این مفاهیم سودهایی را که در صورت تغییر به دست می‌آیند، مورد تأکید قرار می‌دهند.

۴- درک یک خطر: بر درک مخاطب درباره میزان خطری که از یک شرایط ویژه مربوط به سلامتی، او را تهدید می‌کند، تأکید می‌نماید. این مفاهیم به واکنش مخاطب وابسته بوده و به میزان آگاهی او بستگی دارند.

۵- درک تأثیر گذاری: درک مخاطب از توانایی اش برای انجام عمل توصیه شده و تأثیر آن عمل در کاهش میزان خطر

۶- بر این پایه استوارند که اعمال توصیه شده باعث ایجاد تغییرات بسیار مثبت در زندگی افراد می‌شوند.

جدولی که در ادامه می‌آید، مثال‌هایی را از مفاهیم مورد استفاده در یک برنامه با هدف افزایش میزان استفاده از واکسن، در کودکانی که مخاطبانش والدین آن‌ها هستند، ارائه می‌دهد.



**سودها:** واکسیناسیون، از کودکان در مقابل بیماری‌های خطرناک دوران کودکی، محافظت می‌کند.

**موانع:** واکسیناسیون در کودکان، بی‌خطر و مؤثر است. سودهای ناشی از واکسن بسیار بیشتر از خطرات و یا عوارض احتمالی آن هستند.

**نتایج:** بیماری‌های قابل کنترل با واکسن، می‌توانند تأثیرات طولانی مدتی در توانایی‌های فیزیکی و ذهنی کودکان داشته باشند.

**عملگرایی:** کودکان خود را واکسینه کنید. با پزشک‌تان درباره واکسن صحبت کنید.

استفاده از هر کدام از این مفاهیم باید با توجه به مخاطرات ویژه آن‌ها باشد. برای مثال هنگامی که شما می‌خواهید از مفهوم ترس در پیام‌هایتان استفاده کنید، در کنار آن باید اطلاعاتی را به مخاطبان بدهید که با آن بتوانند از قرار گرفتن در موقعیت خطر اجتناب کرده و اعتماد به نفس خود را حفظ کنند. بدترین راه، ترساندن مخاطبان بدون دادن اطلاعات لازم در مورد مقابله با بیماری و پیش‌گیری از وقوع آن است.

#### □ طراحی پیام‌ها

زمانی که شکل و ساختار یک پیام انتخاب می‌شود، این پیام‌ها باید به وسیله مخاطبان و یا نماینده‌های آنان مورد آزمون قرار بگیرند. عوامل متعددی می‌توانند در تأثیرگذاری پیام مؤثر باشند که باید در زمان طراحی پیام‌ها مورد توجه باشند.

پیام‌هایی مؤثر هستند که خصوصیات زیر را داشته باشند:

۱- مختصر و مفید:

پیام‌ها به ازای هر گروه مخاطب، نباید بیشتر از دو تا سه مورد باشند. تعداد زیاد پیام ممکن است گیج‌کننده باشد.

۲- معتبر:

پیام‌ها باید مبتنی بر شواهد بوده و به وسیله ابزار و افراد قابل اطمینان، به مخاطبان انتقال پیدا کنند.

۳- مرتبط با مخاطبان:

پیام‌ها باید پاسخگوی سئوالات «به من چه ارتباطی دارد؟» و «این چه نفعی برای من دارد؟» مخاطبان باشد.

۴- سازگار:

پیام طراحی شده، باید با ابزار مورد استفاده و زمان مورد نظر برای انتقال آن سازگار باشد.

۵- ساده:

در این پیام‌ها نباید از لغات و اصطلاحات تخصصی استفاده شود.

۶- قابل یاد آوری:

در مواقع ممکن، پیام‌ها باید شامل زبان جذاب و تصاویر تأثیر گذار باشند که به راحتی توسط مخاطبان به خاطر سپرده شده و به آسانی به یاد آورده شوند. در زمانی که برنامه‌های ارتباطی شامل بیش از یک پیام باشند، مهم‌ترین پیام‌ها باید در ابتدا و انتهای هر فعالیت ارتباطی مورد توجه قرار گیرند. حفظ پیام نیز یک عنصر مهم دیگر در برنامه‌های ارتباطی است. تعداد تکرار پیام، تغییر لحن صدا (در موارد ارتباطات بین فردی یا برنامه‌های زنده) و یک رویکرد چند روشی برای انتقال پیام، همه و همه تأثیر مثبتی در حفظ پیام به وسیله مخاطبان کلیدی برنامه دارند.

#### □ انتخاب ابزار و راه‌های ارتباطی

راه‌های ارتباطی مسیریایی هستند که برای انتقال اطلاعات مرتبط به مخاطبان مورد استفاده قرار می‌گیرند. ابزارهای ارتباطی، اتفاقات، فعالیت‌ها و یا راه‌های دیگری هستند که اطلاعات به وسیله آن‌ها به مخاطبان داده می‌شود.

انتخاب راه‌ها و ابزارهای ارتباطی، مناسب و سازگار با فرهنگ مخاطبان، شانس باقی ماندن پیام‌ها را در ذهن مخاطبان به میزان زیادی افزایش می‌دهد. انتخاب راه‌ها و ابزار ارتباطی، مبتنی بر مخاطب بوده و باید در مرحله تحلیل موقعیت و شناسایی مخاطبان مورد بررسی قرار گیرد. طراحان پیام‌ها باید درک روشنی از خواسته‌ها و ترجیحات مخاطبان داشته باشند.

علاوه بر این طراحان پیام‌ها باید نسبت به گزینه‌های تازه‌ای از ابزارها و راه‌های ارتباطی آگاهی داشته باشند. رسانه‌ها، منابع اینترنتی و مکالمات غیر رسمی با همکاران و نمایندگان سایر سازمان‌های مرتبط با موضوع برای به بدست آوردن آگاهی درباره این گزینه‌های تازه کمک می‌کنند.

## توسعه طرح‌های اجرایی و ارزیابی / ۲۴۳

مؤثر بودن یک ابزار ارتباطی به محتوا و پیچیدگی پیام، گستره‌ی مخاطبان، ویژگی‌های فرهنگی و توانایی آن برای جلب نظر مخاطبان بستگی دارد. برای نمونه، استفاده از افراد مشهور، پزشکان شناخته شده، رهبران اجتماعی و سایر الگوهای اجتماعی، توانایی یک ابزار ارتباط را برای جلب توجه مخاطبان افزایش می‌دهد. یک ابزار ارتباطی مؤثر هم چنین باید به راحتی قابل باز تولید و انتشار باشد.

### □ شروع برنامه

برنامه عملیاتی باید شامل قسمتی باشد که زمان بندی آغاز فعالیت‌ها و ابزاری که باید برای شروع برنامه‌های ارتباطی مورد استفاده قرار بگیرند را مورد تأکید قرار می‌دهد. پیام‌های ابتدایی باید مشابه پیام‌هایی باشند که در سراسر برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند و تا زمان کامل شدن فرآیند ارزیابی و بررسی بازخوردهای مخاطبان، نباید هیچ تغییری در پیام‌ها اتفاق بیفتد.

در ادامه تعدادی پیشنهاد کاربردی که می‌توانند برای آغاز مؤثر برنامه‌ها، مورد استفاده قرار بگیرند، آورده می‌شود.

۱- مطمئن باشید که شروع فعالیت‌های برنامه، برای مخاطب ویژه و با استفاده از راه‌های ارتباطی ویژه انجام می‌شوند.

۲- راه‌های ارتباطی‌ای را انتخاب کنید که دسترسی حداکثری به مخاطبان را فراهم کنند. برای مثال، در مواردی که مخاطبان عموم مردم هستند، رسانه‌های جمعی راه بسیار مؤثری به خصوص در کشورهای توسعه یافته هستند. اگر مخاطبان صاحبان مشاغل سلامت هستند، کنفرانس‌ها و ملاقات‌های پزشکی و هم چنین انتشارات پزشکی، راه‌های مناسبی برای انتقال پیام هستند.

۳- خلاق باشید. فعالیت‌های آغازین برنامه باید به گونه‌ای طراحی شوند تا علاوه بر جلب توجه مخاطبان کلیدی، نظر اصحاب رسانه، سازمان‌های حرفه‌ای و سایر افراد و گروه‌هایی که امکان دسترسی به مخاطبان را فراهم می‌کنند، نیز جلب شود.

۴- در مواقع ممکن، از افراد مشهور، رهبران اجتماعی و سایر افراد قابل احترام و شناخته شده، برای انتقال پیام به مخاطبان استفاده شود.

۵- در آغاز برنامه‌ها باید اطلاعاتی در باره این که کجا و به چه شکلی می‌توانند اطلاعات تکمیلی در مورد موضوع مورد بحث به دست بیاورند، به مخاطبان داده شود. شماره تلفن‌ها، آدرس وب سایت‌های مرتبط و اسم و آدرس گروه‌ها و سازمان‌های مرتبط با موضوع، از این دست اطلاعات هستند.

۶- از اقدامات و پیام‌هایی که ممکن است با پیام اصلی تداخل کرده و توجه مخاطبان را از موضوع اصلی منحرف کند، جلوگیری شود.

#### □ پیش‌آزمون مفاهیم، پیام‌ها و ابزار ارتباطی

پیش‌آزمون‌ها باید برای ارزیابی این موضوع که آیا مفاهیم، پیام‌ها و ابزارهای مورد استفاده، پاسخ‌گوی نیازهای مخاطبان بوده و از لحاظ فرهنگی مناسب هستند؟ مورد استفاده قرار گیرند.

پیش‌آزمون، یک قسمت ضروری از تحقیقات ساختاری است. همانند سایر قسمت‌های تحقیقات، اگر مخاطبان مورد نظر شامل فرهنگ‌های مختلف هستند، هر کدام از آنان باید در پیش‌آزمون به عمل آمده، نماینده داشته باشند.

خارج از محیط دانشگاهی، خیلی از سازمان‌های تجاری و غیرانتفاعی، پیش‌آزمون را، یک مرحله هزینه‌بر و البته قابل حذف می‌دانند. همین درک نادرست، ممکن است باعث شود تا اهداف و راه‌کارهای کلیدی، حمایت نشده و خواسته‌ها و نیازهای مخاطبان مورد توجه قرار نگیرد.

در حقیقت پیش‌آزمون‌ها به شما نشان می‌دهند که آیا ابزار و راه‌های مورد استفاده قابل درک، مرتبط با موضوع، جالب توجه، معتبر و قابل پذیرش به وسیله مخاطبان هستند.

استفاده از گروه‌های متمرکز و ملاقات‌های نفر به نفر، از شایع‌ترین ابزارهایی هستند که برای پیش‌آزمون مورد استفاده قرار می‌گیرند.

پیش‌آزمون‌ها باید با صرفه باشند. و به روشنی هزینه آن‌ها نباید بیشتر از هزینه توسعه ابزار و فعالیت‌ها باشد.

در پیش‌آزمون‌ها یکی از مهم‌ترین پرسش‌ها این است که: «بعد از خواندن متن، خوانندگان چه کاری را که پیش از خواندن متن نمی‌توانستند انجام دهند، اکنون می‌توانند به انجام برسانند؟»

پیام‌ها و ابزارهایی می‌توانند با احتمال بیشتری باعث ایجاد تغییرات رفتاری شوند که ساده باشند و نخواهند به طور هم‌زمان، تعداد زیادی از اهداف را مد نظر قرار دهند. سؤال‌ها باید به گونه‌ای تنظیم شده باشند که با سطح سواد سلامت مخاطبان، هماهنگی داشته و روان بیان شوند.

## □ طرح همکاری

حتی اگر منابع مالی کافی و منابع انسانی مناسب برای اجرای برنامه‌ها در دسترس باشند، در نظر گرفتن همکاری با سایر سازمان‌ها و عناصر کلیدی، موضوع با اهمیتی است. این همکاری می‌تواند احتمال دستیابی به سطح وسیع تری از مخاطبان و میزان مهارت و دانش سازمان را در مورد موضوع مورد بحث، افزایش دهد.

به طور کلی دو مرحله در توسعه طرح‌های همکاری وجود دارد. مرحله اول که قسمتی از فرآیند تحلیل موقعیت و شناسایی خصوصیات مخاطبان بوده و با ارزیابی همکاران احتمالی ادامه می‌یابد، به همکاری اجتماعی و ارزیابی امکان تلاش‌های مشترک کمک می‌کند.

مرحله دوم، طرح واقعی همکاری است که باید تا حد امکان جامع و فراگیر بوده و محدوده زمانی تمام فعالیت‌هایی که به طور مشترک انجام می‌گیرد و نقش و مسئولیت‌های هر کدام از طرفین را مشخص کند. این مرحله باید پیش از طراحی اهداف و راه کارهای ارتباطی کامل شود. درگیر کردن همکاران احتمالی در سریع‌ترین زمان ممکن و از همان آغاز برنامه، یکی از عوامل مهم موفقیت همکاری‌ها در حوزه سلامت است.

یک جزء مهم از مرحله دوم طراحی و شرح یک فرآیند استاندارد برای گفتگوی منظم طرفین با یکدیگر است برای مثال تعیین یک قرار تلفنی هفتگی و یا طراحی جدول ملاقات‌های دو طرفه.

عناصر کلیدی طرح‌های همکاری	
مرحله اول	مرحله دوم
<input type="checkbox"/> عنوان برنامه	<input type="checkbox"/> محدوده زمانی
<input type="checkbox"/> هدف کلی برنامه	<input type="checkbox"/> مراحل تضمین کردن همکاری
<input type="checkbox"/> تعیین اهداف میانی	<input type="checkbox"/> نامه نویسی از نمایندگان همکاران
<input type="checkbox"/> مخاطبان هدف	<input type="checkbox"/> تعیین کردن نقش‌ها و مسئولیت‌ها
<input type="checkbox"/> مزایای همکاری احتمالی	<input type="checkbox"/> تعیین روش‌های تعامل همکاران با یکدیگر و تبادل اطلاعات
<input type="checkbox"/> نقش‌ها و مسئولیت‌های مورد توقع	<input type="checkbox"/> طراحی یک روش استاندارد برای تصمیم‌گیری
<input type="checkbox"/> فهرست همکاران احتمالی	<input type="checkbox"/> تعیین نتایج مورد توقع از برنامه
<input type="checkbox"/> سیاست‌های سازمانی	<input type="checkbox"/> اندازه‌گیری میزان موفقیت برنامه
<input type="checkbox"/> مسایل اجرایی	
<input type="checkbox"/> موانع احتمالی	

#### □ محدوده زمانی برنامه و تخمین بودجه

هر برنامه عملیاتی باید محدوده زمانی تمام فعالیت‌ها و بودجه احتمالی هر کدام را تعیین کند. تضمین بودجه باید بر اساس قیمت‌های دقیق و واقعی از موارد مختلف و حتی تضمین هزینه‌های مقابله با بحران‌های احتمالی باشد. تعیین محدوده زمانی نیز به مجریان این امکان را می‌دهد که بدانند برای انجام هر کدام از مراحل چه قدر وقت دارند.

#### □ طرح‌های ارزیابی: مرور کلی مدل‌ها

این قسمت یک نگاه کلی را درباره ارزیابی نظرات، عنوان‌ها و سایر مسایل مرتبط با ارتباطات در حوزه سلامت به شما ارائه می‌دهد. در این فصل هم چنین یک بحث خلاصه در مورد ساختارهای انتخاب شده و مدل‌هایی که برای اندازه‌گیری و بررسی نتایج برنامه‌های ارتباطی استفاده می‌شوند، ارائه می‌شود.

طرح‌های ارزیابی، درست هم زمان با طرح ریزی برنامه‌های عملیاتی، به وجود می‌آیند. طراحان باید درک درستی از اهداف نهایی و میانی برنامه داشته و بدانند از چه مبانی نظری و فرض‌هایی برای طراحی برنامه استفاده شده است. طراحان باید نسبت به محدودیت‌ها و هزینه‌های برنامه‌های ارزیابی، دید روشنی داشته باشند.

#### □ زبان ارزیابی

اندازه‌گیری و به ویژه ریاضیات، زبان علم است. ما ریاضیات و شاخص‌های ارزیابی مرتبط با آن را به طور روزمره مورد استفاده قرار می‌دهد. ارتباط در حوزه سلامت نیز از اصول ریاضی در بسیاری از مدل‌های ارزیابی استفاده می‌کند. اگرچه ما در این کتاب وارد جزئیات مدل‌های ویژه ریاضی نمی‌شویم، اما بعضی از لغات معمول در این حوزه را استفاده می‌کنیم.

#### □ چرا ما اندازه می‌گیریم؟

اندازه‌گیری‌ها در ارتباطات حوزه سلامت بیشتر به منظور قانع کردن همکاران، مخاطبان، داوطلبان و دیگر عناصر کلیدی درباره اهمیت یک موضوع ویژه در این حوزه، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در واقع اندازه‌گیری برای چندین هدف مختلف سودمند است:

۱- تمرکز کارمندان، همکاران و مخاطبان کلیدی بر اهداف مشترک

- ۲- روشن کردن مقاصد و هدف‌های نهایی برنامه
  - ۳- شناسایی و مقایسه راه کارهای مؤثر در ارتباطات حوزه سلامت
  - ۴- بهبود ارائه خدمات
  - ۵- بهینه کردن برنامه در طول اجرا به وسیله باز تعریف راه کارها و پیام‌ها
  - ۶- ارزیابی به صرفه بودن برنامه
  - ۷- اندازه‌گیری توانایی بازتولید و میزان پایداری برنامه
  - ۸- رقابت برای دریافت منابع مالی و انسانی
- به طول خلاصه، اندازه‌گیری نه تنها در ارزیابی نتایج بلکه در رسیدن به آن‌ها نیز یک ابزار مفید و سودمند است. در طول مراحل مختلف، روش‌های تحقیق و ارزیابی به آگاه کردن، تمرکز کردن و باز تعریف برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، کمک می‌کند.

#### □ مراحل ارزیابی

- بیشتر نویسندگان، سه مرحله را در طرح‌های ارزیابی، شناسایی و تعریف می‌کنند.
- اول؛ ارزیابی ساختاری دوم؛ ارزیابی فرآیند سوم؛ ارزیابی نهایی
- الف- ارزیابی ساختاری
- مرحله ارزیابی ساختاری پیش از طراحی کامل و اجرای آن، اتفاق افتاده و شامل تحلیل تمام اطلاعاتی است که از تحلیل موقعیت، شناسایی و بررسی مخاطبان و انجام پیش‌آزمون‌ها به دست آمده است. ارزیابی ساختاری کمک می‌کند تا تمام عناصر برنامه‌های ارتباطی، اعتبار سنجی شوند.
- ب- ارزیابی فرآیند
- ارزیابی فرآیند به منظور مقایسه تمام مراحل کلیدی برنامه در فاز اجرا، با طرح اصلی و ابتدایی برنامه استفاده می‌شود. هم‌چنین ارزیابی متفاوت فرآیند به منظور سنجش نتایج مورد توقع از یک فعالیت، ابزار و یا پیام خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد. شاخص‌های چنین ارزیابی‌ای می‌توانند میزان دسترسی به مخاطبان، میزان جلب توجه آن‌ها، کیفیت و لحن پوشش رسانه‌ای، میزان حفظ پیام، توانایی ایجاد اتحاد و نظایر آن باشند.
- ارزیابی فرآیند علاوه بر کمک به حفظ میزان پیشرفت برنامه، در بررسی و سنجش کیفیت کلی اجرای برنامه به ما یاری می‌رساند. این نکته به طور مستقیم با نیاز به

اجرای بدون وقفه برنامه در ارتباط است. نیازی که یکی از مهم ترین شاخص های اجرا و پایش مؤثر برنامه های ارتباطی در حوزه سلامت است.

در نهایت، ارزیابی فرآیند نباید به منظور توانایی ایجاد تغییرات طولانی مدت به وسیله یک پیام و یا فعالیت ارتباطی ویژه، مورد استفاده قرار گیرد، زیرا چنین تغییراتی معمولاً نتیجه تنها یک پیام و یا ابزار ارتباطی نیستند.

#### ج- ارزیابی نهایی

ارزیابی نهایی، مؤثر بودن برنامه در رسیدن به اهداف و نتایجی که از ابتدا برای آن متصور بود را، مورد بررسی قرار می دهد. به عبارت دیگر این ارزیابی، اندازه تغییر ایجاد شده را مورد محاسبه قرار می دهد. در برنامه های ارتباطی حوزه سلامت معمولاً اولین هدف، یک تغییر رفتاری است. به همین علت ارزیابی میزان تأثیر در رفتار مخاطبان، عنصر کلیدی برنامه های ارزیابی WHO (سازمان بهداشت جهانی) است.

در موارد دیگر، اهداف اولیه ممکن است اهداف اجتماعی و سازمانی باشند. اگرچه، به علت این که تغییرات اجتماعی و سازمانی نتیجه تغییرات تدریجی رفتار هستند. هم چنان اندازه گیری اثر رفتاری برنامه بسیار مهم است. علاوه بر اندازه گیری میزان تغییر سایر شاخص ها مانند، دانش، ارزش ها و مهارت های مخاطبین نیز باید به عنوان قسمتی از ارزیابی نهایی، اندازه گیری شوند. در بعضی از کمپین های ارتباطات سلامت، که از ابزار رسان های جمعی استفاده می کنند، میزان دسترسی به مخاطبین یکی دیگر از قسمت های ارزیابی نهایی است.

#### □ عوامل کلیدی در ارزیابی نتایج ارتباطات در حوزه سلامت

اگرچه ارزیابی یکی از قسمت های ضروری ارتباطات در حوزه سلامت در تمام نظریه ها است اما عملاً تنها کمتر از یک سوم برنامه های ارتباطی در حوزه سلامت، اهداف را به صورت قابل اندازه گیری تعریف می کنند.

تعداد بسیار کمی از سازمان ها هستند که بودجه سالانه ای را به ارزیابی برنامه هایشان اختصاص می دهند و در بعضی از آن ها تنها مرحله اولیه ارزیابی یعنی ارزیابی ساختاری انجام می شود، زیرا دو مرحله دیگر را بسیار پر هزینه می دانند.

یکی دیگر از عواملی که باعث به وجود آمدن موانع متعدد و بعضاً غیر قابل حل

در مسیر برنامه های ارزیابی می شود، نبود آموزش مناسب برای مجریان برنامه است.



موانع موجود در طرح‌های ارزیابی
۱- هزینه
۲- زمان
۳- احتمال اندازه‌گیری شاخص‌ها و متغیرهای اشتباه
۴- زیر سؤال رفتن دقت برنامه‌هایی که با سطح دسترسی و مدت زمان محدود اجرا می‌شوند.
۵- انحراف احتمالی در روش‌ها و ابزار ارزیابی
۶- سخت بودن اجرا در موارد نبودن طراحی قبلی
۷- نتایجی که ممکن است از تأثیرات مستقل بر مخاطبان و نتایج برنامه تأثیر بپذیرند.

شناخت درست موانع موجود بر سر راه ارزیابی کمک می‌کند تا انتظار واقع‌گرایانه‌ای نسبت به نتایج برنامه و فرآیند کلی ارزیابی، در مجریان و سایر عناصر کلیدی برنامه شکل بگیرد.

یک محدودیت بزرگ بر سر راه ارزیابی، پیچیدگی رفتار بشری است. ارتباطات در حوزه سلامت تلاش می‌کنند تا به تغییرات رفتاری و اجتماعی در گروه مخاطبان دست یابند. به دلیل این که رفتارهای افراد، تحت تأثیر منابع متعدد اطلاعاتی و اتفاقات فردی و حرفه‌ای زندگی هر فرد هستند، یافتن و ارزیابی تأثیر مستقیم بین برنامه‌های ارتباطی و نتایج رفتاری و اجتماعی، کار سختی است.

این موضوع مهمی است که همواره به خاطر داشته باشید «ارتباطات در حوزه سلامت در دنیای واقعی اتفاق می‌افتد، جایی که عوامل تأثیرگذار متعدد دیگری نیز بر رفتار مخاطبان اثر می‌گذارند». در بسیاری از موارد، شناسایی اثر یک فعالیت ویژه ارتباطی و یا حتی یک برنامه ارتباطی، تقریباً غیر ممکن است.

آگاه بودن نسبت به این چالش‌های فرآیند ارزیابی، نقش اساسی را در طراحی یک برنامه مناسب که باید شامل ترکیبی از شاخص‌های قابل سنجش و تحلیل‌های کیفی برای بررسی میزان پیشرفت برنامه و نتایج حاصل از اجرای برنامه باشد، ایفا می‌کند. نادیده گرفتن این محدودیت‌ها و توجه نکردن به این مرحله اساسی، می‌تواند به دید کلی مخاطبان و مردم درباره مؤثر بودن ارتباطات در حوزه سلامت آسیب رسانده و میزان مشارکت عمومی را کاهش دهد و علاوه بر این پیدا کردن منابع مالی و انسانی مناسب را برای برنامه‌های بعدی با مشکل روبه‌رو می‌کند.

در نهایت سازمان‌ها باید به دنبال ایجاد یک تعادل بهینه میان فرآیند ارزیابی، هزینه‌ها و سایر عوامل مؤثر در سنجش برنامه باشند. این تعادل از یک سازمان تا سازمان دیگر متفاوت خواهد بود. یک سازمان غیر دولتی کوچک، با منابع محدود مالی ممکن است تنها توانایی اجرای یکی از مراحل سه‌گانه ارزیابی را داشته باشد و از سوی دیگر یک برنامه ارتباطی بزرگ در حوزه سلامت با ابعاد ملی، دغدغه‌ای برای انجام هر سه مرحله ارزیابی را نخواهد داشت.

در تعریف شاخص‌های ارزیابی، داشتن یک توقع واقع‌گرایانه نکته مهمی است. برای مثال، اندازه‌گیری میزان تأثیر یک برنامه (الگو تأثیر را به عنوان کارآیی برنامه در رسیدن به مقاصد نهایی، مانند تغییر در میزان بروز و مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها) را تعریف کنید. ممکن است یک فرآیند طولانی مدت و سخت باشد. بررسی نتایج مانند تغییرات رفتاری و یا تغییر در میزان دانش، نوع نگرش و مهارت‌های افراد، کار واقع‌گرایانه تری است.

بنابراین، ما باید شاخص‌هایی را انتخاب کنیم که علاوه بر واقعی بودن، ارتباط قوی با دسترسی به اهداف نهایی برنامه داشته باشند. برای نمونه، افزایش سطح استفاده از واکسن، می‌تواند پیش‌درآمد کاهش مرگ و میر نوزادان باشد و یا افزایش تعداد دخترانی که به مدرسه می‌روند، معمولاً سندی برای پیشرفت اقتصادی جامعه است.

#### □ اندازه‌گیری‌های کمی و کیفی

اندازه‌گیری در هر کدام از مراحل ارزیابی با استفاده از روش‌های سنتی تحقیق که بعضی از آن‌ها در فصل دهم همین کتاب شرح داده شد، انجام می‌شود. برای ارزیابی‌های پیچیده، سازمان‌ها و مخاطبین آن‌ها ممکن است که به متخصصان نیاز پیدا کنند. برای نمونه ارزیابی تغییرات در نگرش‌ها و رفتارهای مخاطبان، نیاز به تلاش‌های زیادی در یک محدوده جغرافیایی و در یک دوره خاص از زمان دارد. از سوی دیگر همان‌طور که می‌دانیم تغییرات رفتاری در طول زمان اتفاق می‌افتند. ارزیابی تغییرات در زمان کوتاهی پس از آغاز برنامه اگرچه ممکن است تغییراتی را در رفتار مخاطبان نشان دهد، ولی هیچ تضمینی برای باقی ماندن این تغییرات در زمان طولانی‌تر وجود ندارد. ارزیابی ایده آل، ارزیابی است که در فواصل زمانی مختلف انجام شود.

## توسعه طرح‌های اجرایی و ارزیابی / ۲۵۱

در کل، سنجش برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، با استفاده از روش‌های کمی و کیفی انجام می‌شود.

### □ روش‌های کیفی

- ملاقات‌های مفصل اعضای برنامه، مخاطبان، همکاران و سایر مجریان کلیدی، قبل و بعد از اجرای برنامه
- گروه‌های متمرکز
- تکمیل فرم‌های ارزیابی بعد از انجام یک فعالیت ویژه (تنها در مرحله ارزیابی فرآیند)
- وجود شواهدی مربوط بر درگیری ذهنی مخاطبان، مانند نامه‌های حمایتی یا داوطلب شدن مخاطبان کلیدی برای همکاری در برنامه (تنها برای مراحل ارزیابی ساختاری و ارزیابی فرآیند)
- مطالعات گروهی، که پیش و پس از آغاز برنامه انجام شده و در آن عناصر کلیدی در اجرای برنامه و یا نمایندگان مخاطبان هدف حضور دارند.

### □ روش‌های کمی

- پیگیری‌های قبل و بعد از اجرای برنامه. این پیگیری‌ها معمولاً به صورت تلفنی انجام می‌شوند.
- پیگیری مقطعی که اطلاعات ارزیابی را در زمان‌های متفاوت جمع‌آوری می‌کنند.
- گروه‌های کنترل و گروه‌های مداخله، که به صورت تصادفی انتخاب شده و یک گروه، در معرض برنامه‌های ارتباطی قرار گرفته و گروه دیگر با این برنامه‌ها مواجه نمی‌شوند.
- بیشتر این روش‌ها با محدودیت رو به رو هستند، به عنوان نمونه در روش گروه کنترل و گروه مداخله ممکن است تفاوت‌های دیگری نیز بین دو گروه وجود داشته باشد که نتایج ارزیابی را تحت تأثیر قرار دهد.
- انتخاب یک روش ارزیابی، به عوامل متعددی بستگی دارد. این عوامل شامل بودجه موجود، هدف ارزیابی، ویژگی‌های مخاطبان، ویژگی‌های سازمانی، نیازمندی به داوطلبان و هم چنین ساختار طراحی برنامه‌های ارتباطی، می‌شوند.

### □ تعیین شاخص‌های ارزیابی

یک برنامه ارتباطی مؤثر نیاز به شاخص‌هایی برای ارزیابی دارد که مورد توافق تمام عناصر کلیدی برنامه باشند. این شاخص‌های مورد توافق، برای ایجاد تمرکز تمام نفرات بر روی اهداف نهایی برنامه و کاهش سوء تفاهمات احتمالی و واقعی کردن انتظار مجریان نسبت به نتایج برنامه، نقش مهمی دارند. در واقع تمام اعضا باید بر روی مفهوم «ارزیابی» و تعیین «شاخص‌های پیشرفت برنامه» با هم توافق کنند. این حصول در تمام مراحل ارزیابی به ویژه ارزیابی فرآیند و ارزیابی نهایی، نقش بسیار مهمی دارند.

ارتباط در حوزه سلامت یک رویکرد هماهنگ است که از رویکردهای متعددی استفاده کرده و افراد متعددی را در خود درگیر می‌کند. شاخص‌های احتمالی ارزیابی باید منعکس کننده این تنوع در رویکردها و اعضای دخیل در برنامه باشند. یکی کردن این شاخص‌ها در یک فضای توافقی، کمک می‌کند تا توقع تمام اعضا، داوطلبان، همکاران، مشتریان و مخاطبان برآورده شود.

### مفاهیم کلیدی

#### □ برنامه عملیاتی

- برنامه عملیاتی شامل پیام‌های ارتباطی، راه‌ها و ابزار ارتباطی هستند که به منظور حمایت از راه کارهای اصلی برنامه طراحی شده اند.
- تمام عناصر برنامه عملیاتی به کمک و بر اساس تحقیقات اولیه، شامل تحلیل موقعیت و شناسایی و بررسی مخاطبان، طراحی می‌شوند. تمام پیام‌ها، راه‌ها و فعالیت‌ها باید برای مخاطبان ویژه طراحی شده و باید با حضور مخاطبان مورد آزمون قرار گیرند. زمانی که برای یک راه کار، امکان‌های اجرایی متعددی وجود دارد، این امکان‌ها باید بر اساس شاخص‌هایی مانند پیچیدگی پیام، میزان دسترسی به مخاطبان و به صرفه بودن اولویت بندی شوند.

#### □ طرح‌های ارزیابی

- ارزیابی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت یک عنوان بسیار چالش برانگیز است.
- ارزیابی در هنگام طراحی برنامه‌ها آغاز می‌شود و یک عنصر مهم در چرخه کلی ارتباطات در حوزه سلامت است. طرح ارزیابی باید هم زمان با طراحی برنامه عملیاتی، تهیه شده و شامل شاخص‌ها و روش‌های ارزیابی باشد.

## توسعه طرح‌های اجرایی و ارزیابی / ۲۵۳

- در ارتباط در حوزه سلامت، شاخص‌های کلیدی ارزیابی، نتایج رفتاری و اجتماعی هستند. تأثیر رفتاری به عنوان یک شاخص اولیه در ارزیابی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، مد نظر قرار می‌گیرد.
- اگرچه برنامه‌های ارزیابی همواره با چالش‌ها و محدودیت‌هایی رو به رو هستند، اما این نباید باعث فراموش شدن آن‌ها به عنوان یک بخش کلیدی از برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت شود.
- اگرچه ارزیابی همواره قسمتی از برنامه‌های ارتباطی است، سازمان‌ها و برنامه‌های سلامت ممکن است آن را بر اساس نیازها، هزینه‌ها و سایر مسایل مربوط به مخاطبان و موضوع مورد بحث، بهینه‌سازی کنند.
- نکته مهم دیگر در ارزیابی برنامه‌های ارتباطی در حوزه سلامت، ارزیابی بین‌شریکان و استفاده از روش‌های سازگار با شرایط است. حفظ پایداری به اصول و ساختار طراحی برنامه می‌تواند در تهیه یک برنامه ارزیابی دقیق کمک کننده باشد.





---

## Health Communication From Theory to Practice

---

**Publisher:** MirMah Publication

**Author:** Renata Schiavo, Ph.D., M.,A.

**Translated by:** Pirhossein Kolivand, Hadi Kazemi, Mohammad Hossein Kaveh,  
Morteza Jalali Fakhr

**Cover Design:** Mahdieh Nazemzadeh

**Printing:** Ghaem Chap-e Jourband Co.

**Year of Publication:** 2012

**Edition:** First

**Book Run:** 1500 Copies

**Price:** 120000 RIs

**ISBN:** 978-600-6040-59-2

Printed in IRAN

---

*All rights reserved.*

Any reproduction or use of contents of this book is permitted only if the source is properly cited.

---

No. 3, Morteza Abbasi Alley, Ramazani Ave., Dezashib St., Tajrish Sq., Tehran-IRAN

Tel: (+98) 21 2272 2901 - 2271 9523

Telfax: (+98) 21 2272 2902

email: [info@mirmah.com](mailto:info@mirmah.com)

[www.mirmah.com](http://www.mirmah.com)

# Health Communication

## From Theory to Practice

Author:

**Renata Schiavo, Ph.D., M.,A.**

Assistant Professor of Public Health

At New York University's Student School of Education

Translated by:

**Pirhossein Kolivand, MBA**

Deputy for Human Resources & Development

Shefa Neuroscience Research Center

**Hadi Kazemi, MD**

Head of Shefa Neuroscience Research Center

**Mohammad Hossein Kaveh, Ph.D**

Assistant Professor of Shiraz University of Medical Sciences

**Morteza Jalali Fakhr, MD**

