



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

بسته خدمت خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی
مراکز بهداشتی شهری - روستایی
(طرح تحول نظام سلامت)

ویرایش نخست

سال ۱۳۹۳

فهرست مطالب

۱. شرح وظایف کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی (کارشناس خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت	۵
۲. راهنمای توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی	۹
۲-۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع	۹
۲-۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع	۱۵
۲-۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	۱۷
۲-۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	۲۱
۲-۵. ارزیابی برنامه	۲۲
۲-۶. اصلاح برنامه	۲۵
۳. راهنمای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت جمعیت مورد نظر در مراکز آموزشی، مراکز کار، محله، روستا، شهر، استان	۲۷
مرحله اول - پیش برنامه ریزی	۲۹
مرحله دوم - ارزیابی وضعیت موجود	۳۴
مرحله سوم - تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی	۳۸
مرحله چهارم - تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع	۴۸
مرحله پنجم - تکمیل و توسعه شاخص‌ها	۵۵
مرحله ششم - مروری به طرح برنامه	۶۰
۴. راهنمای برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت	۷۲
تحلیل وضعیت موجود	۷۴
دسته بندی مخاطبین	۸۸
اهداف اختصاصی تغییر رفتار	۹۳
کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی	۱۱۲
انتخاب استراتژی ارتباطی	۱۵۱
جدول زمان سنجی خدمت کارشناس خودمراقبتی، همیاری و مشارکت مردمی دفتر آموزش و ارتقای سلامت	۱۴۲
شاخصهای ارزشیابی برنامه	۱۴۴
شاخص‌های پایش برنامه	۱۴۵
مهارت‌های کلیدی و صلاحیت‌های مرتبط کارشناسان خودمراقبتی، همیاری و مشارکت مردمی	۱۴۸
شرح وظایف کارکنان بهداشت در برنامه خودمراقبتی	۱۶۱
چک لیست نظارتی برنامه خودمراقبتی	۱۷۳

فرم تعریف پروژه های کارگروه تخصصی تحول حوزه بهداشت

عنوان پروژه : برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی در جمهوری اسلامی ایران

بیان ضرورت: با توجه به بند های ۱ جزء ۲ (آگاهسازی مردم از حقوق و مسؤولیت های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه)، ۲ (تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان...) و ۱۱ (افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی، آموزشی و رسانه های کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) سیاست های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و نظر به فشار مالی روزافزون و بی سابقه بر بخش سلامت به دلیل پیر شدن جمعیت و تغییر بار بیماری ها و تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و سبک زندگی مردم؛ لازم است که مردم به عنوان منابع اصلی (خالقان سلامت)، کنترل بیشتری بر سلامت خود داشته باشند- مراقبت های جامع به جای مراقبت های پراکنده و نامنسجم توسعه یابد - و منابع موجود در جامعه که می توانند حامی تغییرات مورد نیاز برای ارتقای سلامت باشند، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند. از سوی دیگر، به هنگام مواجهه با هر مشکل بهداشتی و برای حفظ و ارتقای سلامت، ۵ منبع اصلی در دسترس اشخاص است «خود شخص»، «سایر افراد غیر ماهر»، «افراد ماهر بهداشتی»، «شبکه اطلاعات موجود» و «محیط» و تخمین زده می شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت های بهداشتی به وسیله خود شخص و خانواده اش، اعمال می شود. خودمراقبتی عملکردی آگاهانه، آموزشی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می گردد و به خودمراقبتی برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی جزئی، خودمراقبتی در بیماری های مزمن و حاد تقسیم می شود و فرایندی مادام العمر و در تمامی دوران ها و موقعیت های زندگی است. شواهد متقن، نشان از آن دارند که با ترویج و حمایت از خودمراقبتی، می توان پیش بینی صرفه جویی ۷ درصدی را در هزینه های بهداشتی شاهد بود. خودمراقبتی، هزینه مراقبت های سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش ضروری و غیرضروری سرپایی را کاهش می دهد. **اهداف کاربردی:** با اجرای این برنامه انتظار می رود سبک زندگی مردم سالم تر شود، کیفیت زندگی مردم افزایش یابد، رضایت مردم از خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یابد، از بیماری ها پیشگیری اولیه شود و بهره وری افراد و قدرت تولید اقتصادی اجتماعی فرهنگی مردم افزایش یابد، کمیت و کیفیت مشارکت مردم در سلامت و مراقبت از بیماری ها افزایش یابد، موقعیت های زندگی/تحصیل و کار سالم در کشور افزایش یابد، اقدام جامعه برای سلامت افزایش یابد، شمار بیماران واگیر و غیر واگیر کاهش یابد، مرگ ناشی از بیماری های واگیر و غیر واگیر کاهش یابد، عوامل خطر مدیریت بهینه شود و رفتارهای مخاطره آمیز کاهش یابد، سبک زندگی مردم سالم تر شود و نیروی انسانی سالم، ماهر، توانمند و مغرور به ایرانی بودن برای توسعه پایدار و همه جانبه کشور فراهم گردد. **محصول نهایی پروژه:** ارتقای امید به زندگی با کیفیت در کشور است.

محصول پروژه (هدف کلی) و محدوده آن: توانمند سازی فرد، خانواده و جامعه برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با خودمراقبتی و همیاری و مشارکت جمعی

استاندارد محصول پروژه: بسته خدمت خودمراقبتی و همیاری و مشارکت جمعی است که شامل شرح وظایف، زمان سنجی، شیوه مدیریت و منابع، شاخص ها و ارزشیابی است.

برآمدها یا محصولات میانی پروژه (اهداف اختصاصی) :

۲۳ میلیون خانه سلامت، ۲۳ میلیون سفیر سلامت، ۱۰۵ هزار مدرسه حامی سلامت، ۱۴ میلیون کارمند/کارگر سالم، ۵۵ مرکز تماس مستقیم سلامت به تفکیک دانشگاه ها، ۴۸۰۰ کارشناس خودمراقبتی همیاری و مشارکت جمعی، راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده، راهنمای خودمراقبتی در ناخوشی های جزئی، ۱۳ جلد کتاب درسی آموزش سلامت در مدارس/ ۲۰ بسته استاندارد خودمراقبتی در بیماری های مزمن و شایع، ۱۲ و نیم میلیون دانش آموز سفیر سلامت، ۴ میلیون دانشجوی سفیر سلامت، ۲۰ هزار پزشک توانمند برای اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی

روش:

بررسی شواهد موجود در سطح ملی و بین المللی، مرور اسناد بالا دستی، طراحی چارچوب اجرایی و عملیاتی پروژه، تولید ابزارها، هماهنگی درون و برون بخش، بازاریابی اجتماعی، ظرفیت سازی در ارائه دهندگان خدمات، آموزش فردی گروهی و جمعی مردم، بسیج جامعه، ایجاد شبکه ها و ائتلاف ها، توسعه سازمان های حامی سلامت، پایش و ارزشیابی و اصلاح فرآیندها.

مراحل اصلی پروژه	برآمد یا برآمدهای عینی مرحله و استاندارد مقبولیت آن (از کادر بالا برای تکمیل این قسمت استفاده کنید)	زمان بندی به ماه (هر مربع دو ماه)	برآورد هزینه هر مرحله	جمع(میلیون ریال)
طراحی	مرور شواهد، تولید ابزارهای خودمراقبتی، ایجاد زیرساخت های ارتباطی			۲,۳۰۱,۰۰۰
اجرا	آموزش سفیران/ رابطان سلامت خانواده، آموزش ضمن خدمت کارشناسان خودمراقبتی، همیاری و مشارکت مردمی و پزشکان خانواده، آموزش همگانی و حمایت رسانه ای از خدمات خودمراقبتی			۱,۳۹۲,۰۰۰
پایش و ارزشیابی	چک لیست های پایش بسته خدمت خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی برنامه/ درصد کارشناسان خودمراقبتی، درصد سفیران/ رابطان سلامت، درصد بیماران آموزش دیده، درصد گروه خودیار آموزش دیده، درصد مدارس آموزش دیده، درصد محل های کار/ مساجد/ فرهنگسرا/ ورزشگاه/ پارک، تعداد رسانه های ارتباطی کوچک/ مبتنی بر جامعه، درصد شوراهای شهر/روستای آموزش دیده/ سواد سلامت، رضایت از خدمات، مشارکت مردمی، مشارکت سازمان های مردم نهاد، مشارکت شوراهای محلی، سازمان های حامی سلامت، تغییر/ اصلاحیه سیاست ها			۳۶۹,۳۰۰
جمع کل زمان و هزینه(میلیون ریال) :		۱۴ ماه	۳,۷۲۹,۹۳۰	

مشارکت کنندگان :

مردم(سالم یا بیمار)، وزارت آموزش و پرورش، صدا و سیما، شهرداری ها، شوراهای اسلامی شهر و روستا، تشکل های مردمی، وزارت ارتباطات، وزارت فرهنگ و ارشاد، وزارت صنعت و معدن، وزارت کار و امور اجتماعی و سایر وزارتخانه ها، مرکز رسیدگی به امور مساجد، نیروی مقاومت بسیج، هلال احمر

<p>گام های کاربردی نتایج (قبل ، حین و بعد از اتمام پروژه) کارگروه تحول سلامت، شورای سیاستگذاری سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و هیات دولت، فرمت نهایی را ابلاغ می کند.</p>	<p>مهمترین مخاطرات ، فرصت ها و نیازهای اطلاع رسانی و آموزشی در طول پروژه چیست ؟ مخاطرات: منابع مالی؛ فرصت ها: مردم، سیاست های کلی سلامت و سایر اسناد بالادستی، حمایت وزیر محترم و معاونین وزارت بهداشت، کمیسیون بهداشت مجلس، زیر ساخت های ارتباطی و اطلاعاتی، سرمایه اجتماعی، حمایت دولت تدبیر و امید؛ نیازهای اطلاع رسانی و آموزش: با توجه به آنکه مدل کلی برنامه مبتنی بر توسعه دانایی برای سلامت است، نیازهای اطلاعاتی و آموزشی بطور کامل در فعالیت پروژه پوشش داده شده است.</p>
--	--

۱. شرح وظایف کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی (کارشناس خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت

۱-۱. خدمات فعال (خدماتی است که خارج از مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشتی یا خانه بهداشت در موقعیتی که خدمت گیرنده گان زندگی، تحصیل یا کار می کنند، ارائه می شود):

۱) توزیع راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش (خودآموزی برای توانمندسازی مردم در رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی های جزئی شامل ابزارهای خودارزیابی، برنامه ریزی فردی برای تغییر رفتار، اجرای برنامه و ارزیابی مجدد وضعیت سلامت به علاوه معرفی منابع معتبر اطلاعاتی، حمایتی و خدماتی مناسب در منطقه مربوطه و راهنمای حقوق بهداشتی و نحوه پیگیری آن).

۲) آموزش استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده به خانوارهای تحت پوشش:

☞ حداقل تربیت یک سفیر سلامت در هر خانوار

☞ سفیر سلامت حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد- در محل آموزش، محل کار، مرکز بهداشتی درمانی یا مسجد محل به صورت حضوری یا از طریق پورتال ملی خودمراقبتی به صورت آنلاین، یک دوره آموزشی ۸ ساعته را برای آشنایی با نحوه استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده برای مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده را طی می کند.

☞ تربیت سفیران افتخاری سلامت در میان اقوام یا همسایگان خانواده های بی سواد یا سالمند بدون سرپرست

☞ تربیت رابطان سلامت برای حمایت از خانواده هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری هم نیستند.

۳) برگزاری جلسه های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)

۴) کمک به تشکیل گروه های خودیار و همیار محلی حامی سلامت و حمایت طلبی برای توسعه فعالیت آنها برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)

۵) جلب حمایت، آموزش و توانمندسازی اعضای سازمان های دولتی و غیردولتی، تشکل های مردمی و شوراهای محلی برای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برنامه های ارتقای سلامت مدرسه، محل کار، سازمان، محله، روستا و شهر

- ۶) شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت
- ۷) نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مشارکتی ارتباطات برای سلامت به منظور آموزش سلامت همگانی، آموزش سبک زندگی سالم، آموزش خودمراقبتی و آموزش بیمار از طریق رسانه های ارتباط جمعی، رسانه های محلی و رسانه های کوچک
- ۸) ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک)
- ۹) ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص های مربوطه و تهیه گزارش های تحلیلی از عملکرد فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه های زمانی خواسته شده.
- ۱۰) اجرای سایر برنامه های ملی آموزش و ارتقای سلامت که از سوی وزارت متبوع ابلاغ می شود.

۱-۲. خدمات غیرفعال:

- ۱) بررسی نتایج خودارزیابی مراجع (سالم یا بیمار)، تعیین رفتارهای نیازمند تغییر وی و بازخورد به پزشک خانواده (اعضای تیم سلامت با نظر پزشک خانواده، رفتار نیازمند تغییر یا تقویت یا بیمار نیازمند آموزش خودمراقبتی خاص را به کارشناس خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی ارجاع می دهند).
- ۲) تسهیل تدوین برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مراجع (سالم یا بیمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه.
- ۳) ارائه خدمات آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی یا گروهی برای بهبود سلامت مراجع (سالم یا بیمار) برپایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده در جهت تقویت خودکارآمدی و مسوولیت پذیری مراجع (سالم یا بیمار) برای خودمراقبتی.
- ۴) ترغیب، تسهیل و هدایت مراجع (سالم یا بیمار) به عضویت در گروه های حمایتی (خودیار/همیار) مربوطه برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی خودمراقبتی.
- ۵) هدایت مراجع (سالم یا بیمار) برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد در خصوص خودمراقبتی از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده یا بسته های استاندارد آموزش بیمار برای خودمراقبتی و یا سایر منابع اطلاعاتی معتبر و گروه های مرجع و خودیار.
- ۶) کمک به مراجع (سالم یا بیمار) پس از رفع مشکل یا بهبود بیماری برای خودارزیابی مجدد وضعیت سلامت خویش و تکمیل پرونده خودمراقبتی.
- ۷) جلب حمایت خانواده، گروه های همسان، گروه های خودیار، شوراهای مراجع (سالم یا بیمار) و سازمان های تحصیل و کار در صورت نیاز.
- ۸) ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک).

ماتریس دسته بندی موضوعی و محتوایی شرح وظایف کارشناس خودمراقبتی

شرح وظایف	نوع خدمت	بسته خدمت
<p>۱) توزیع راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش (خودآموزی برای توانمندسازی مردم در رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی های جزئی شامل ابزارهای خودارزیابی، برنامه ریزی فردی برای تغییر رفتار، اجرای برنامه و ارزیابی مجدد وضعیت سلامت به علاوه معرفی منابع معتبر اطلاعاتی، حمایتی و خدماتی مناسب در منطقه مربوطه و راهنمای حقوق بهداشتی و نحوه پیگیری آن).</p> <p>۲) آموزش استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده به خانوارهای تحت پوشش:</p> <ul style="list-style-type: none"> - حداقل تربیت یک سفیر سلامت در هر خانوار - سفیر سلامت حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد- در محل آموزش، محل کار، مرکز بهداشتی درمانی یا مسجد محل به صورت حضوری یا از طریق پورتال ملی خودمراقبتی به صورت آنلاین، یک دوره آموزشی ۸ ساعته را برای آشنایی با نحوه استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده برای مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده را طی می کند. - تربیت سفیران افتخاری سلامت در میان اقوام یا همسایگان خانواده های بی سواد یا سالمند بدون سرپرست - تربیت رابطان سلامت برای حمایت از خانواده هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری هم نیستند. <p>۳) برگزاری جلسه های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)</p> <p>۴) تشکیل گروه های خودیار و همیار محلی حامی سلامت و حمایت طلبی برای توسعه فعالیت آنها برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)</p> <p>۸) ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک)</p> <p>۹) ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص های مربوطه و تهیه گزارش های تحلیلی از عملکرد فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه های زمانی خواسته شده.</p>	<p>فعال</p>	<p>۱. توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی</p>
<p>۱) بررسی نتایج خودارزیابی مراجع (سالم یا بیمار)، تعیین رفتارهای نیازمند تغییر وی و بازخورد به پزشک خانواده (اعضای تیم سلامت با نظر پزشک خانواده، رفتار نیازمند تغییر یا تقویت یا بیمار نیازمند آموزش خودمراقبتی خاص را به کارشناس خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی ارجاع می دهند).</p> <p>۲) تسهیل تدوین برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مراجع (سالم یا بیمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه.</p> <p>۳) ارائه خدمات آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی یا گروهی برای</p>	<p>غیر فعال</p>	

شرح وظایف	نوع خدمت	بسته خدمت
<p>بهبود سلامت مراجع (سالم یا بیمار) بر پایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده در جهت تقویت خودکارآمدی و مسوولیت پذیری مراجع (سالم یا بیمار) برای خودمراقبتی.</p> <p>۴) ترغیب، تسهیل و هدایت مراجع (سالم یا بیمار) به عضویت در گروه‌های حمایتی (خودیار/همیار) مربوطه برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی خودمراقبتی.</p> <p>۵) هدایت مراجع (سالم یا بیمار) برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد در خصوص خودمراقبتی از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده یا بسته های استاندارد آموزش بیمار برای خودمراقبتی و یا سایر منابع اطلاعاتی معتبر و گروه های مرجع و خودیار.</p> <p>۶) کمک به مراجع (سالم یا بیمار) پس از رفع مشکل یا بهبود بیماری برای خودارزیابی مجدد وضعیت سلامت خویش و تکمیل پرونده خودمراقبتی.</p> <p>۷) جلب حمایت خانواده، گروه های همسان، گروه های خودیار، شوراهای برای مراجع (سالم یا بیمار) و سازمان های تحصیل و کار در صورت نیاز.</p> <p>۸) ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیکی).</p>		
<p>۷) نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مشارکتی ارتباطات برای سلامت به منظور آموزش سلامت همگانی، آموزش سبک زندگی سالم، آموزش خودمراقبتی و آموزش بیمار از طریق رسانه های ارتباط جمعی، رسانه های محلی و رسانه های کوچک</p>	فعال	۲. برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت
<p>۵) جلب حمایت، آموزش و توانمندسازی اعضای سازمان های دولتی و غیردولتی، تشکل های مردمی و شوراهای محلی برای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برنامه های ارتقای سلامت مدرسه، محل کار، سازمان، محله، روستا و شهر</p> <p>۶) شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت</p>	فعال	۳. برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع

۲. راهنمای توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی

در مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، در مرحله اول، ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع (تشخیص رفتاری، تعیین موضوع خودمراقبتی، جمع آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع) انجام می‌شود. در مرحله دوم، بررسی انگیزه یادگیری مراجع (تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع و تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری) صورت می‌گیرد و در مرحله سوم طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی (تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی، ارزیابی مراجع) انجام می‌شود. مرحله چهارم شامل اجرای برنامه (تعیین راهکارها، زمانبندی، تقویت و تجهیز مراجع، اولویت‌بندی فعالیت‌ها) و مرحله پنجم شامل ارزیابی نتایج (میزان موفقیت و راه حل جبران مشکلات) است. در آخرین مرحله یعنی مرحله ششم، اصلاح برنامه (تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص، تعیین عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع، تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه، تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد و تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه صورت می‌گیرد و در چرخه‌ای بسته دوباره وارد مرحله ۴ مدل (اجرا، ارزیابی و اصلاح) می‌گردد تا از توانایی کامل مراجع برای خودمراقبتی و کسب نتایج مطلوب اطمینان حاصل گردد. مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بر اساس جدول شماره ۲-۱ است.

۲-۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع

هدف از برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی این است که به آنها در کسب آگاهی، مهارت و رفتارهایی کمک کند که نتایج برنامه‌های بهداشتی درمانی و ارتقای سلامت را به بیشترین میزان خود خواهند رساند. بنابراین باید تشخیص دهید که چه نوع اطلاعات خودمراقبتی و تغییراتی برای هر مراجع مناسب است و چه عامل مشخصی ممکن است تغییر رفتار و یادگیری وی را تسریع بخشد. توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به عنوان یک فرآیند تنها شامل ارایه اطلاعات خودمراقبتی به آنها نیست بلکه دریافت اطلاعات خودمراقبتی از آنها را نیز در بر می‌گیرد. اجزای اصلی مرحله نیازسنجی یک برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به شرح زیر است:

الف) تشخیص رفتاری

ب) تعیین موضوع خودمراقبتی

ج) جمع آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع.

هنگامی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی حول محور نیازهای فردی مراجعان طراحی می‌شود، میزان همراهی آنها با توصیه‌های خودمراقبتی بسیار بیشتر خواهد شد.

قبل از ارایه اطلاعات خودمراقبتی، نباید جمع آوری اطلاعات خودمراقبتی مراجعان را فراموش شود به ویژه اطلاعاتی که در تغییر رفتار آنها مؤثر هستند. ایجاد چنین شناختی، «تشخیص رفتاری» نامیده می‌شود.

جدول ۲-۱. مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	
۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع	
الف) تشخیص رفتاری	
ب) تعیین موضوع خودمراقبتی	
ج) جمع آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع	
۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع	
الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع	
ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری	
۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	
الف) تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی	
۱) چه مواردی برای یادگیری مراجع ضروری است؟	
۲) اولویت‌های یادگیری چیست؟	
۳) موفقیت مراجع چگونه ارزیابی می‌شود؟	
ب) ارزیابی مراجع	
۱) توان یادگیری مراجع چگونه است؟ (یعنی: دانش، مهارت‌ها، رفتارها و توانایی‌ها)	
۲) چه عواملی موجب تسریع یا توقف مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی می‌شود؟	
۳) اولویت‌های خودمراقبتی مراجع چیست؟	
۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	
الف) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.	
ب) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.	
ج) به مراجع فرصت دهید تا مسوولیت خود را بپذیرد.	
د) منابع مراجع را تجهیز کنید.	
ه) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.	
۵. ارزیابی نتایج	
الف) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟	
ب) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟	
۶. اصلاح برنامه خودمراقبتی	
الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص	
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع	
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه	
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.	
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه	

الف) تشخیص رفتاری

تشخیص رفتاری را این‌گونه تعریف می‌کنند: «تشخیص نظام‌مند مسایل و فعالیت‌هایی که با یک مشکل رفتاری مرتبط است (بارتلت، ۱۹۸۲)». همان‌طور که تشخیص درمانی پزشکان خانواده را قادر می‌سازد تا دلایل مشکلات بالینی را شناخته و روش خودمراقبتی مناسبی را اتخاذ کنند، تشخیص رفتاری نیز باعث شناسایی عواملی می‌شود که بر رفتارهای بهداشتی فرد تأثیر دارند و در نتیجه به شما کمک می‌کنند تا بهترین راهکار توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را

انتخاب و به آنها در بهبود وضع سلامت‌شان کمک کنید. گام‌های مشخص در انجام تشخیص رفتاری را می‌توان در جدول ۲-۲ مشاهده کرد. دانش و آگاهی تنها یکی از عواملی است که باعث تسریع یا توقف همراهی مراجعان می‌شود. دیگر عواملی که توانایی مراجعان برای مطابقت با توصیه‌های خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به این صورت طبقه‌بندی می‌شود: (۱) عوامل فردی، (۲) عوامل اجتماعی، (۳) عوامل محیطی، (۴) برنامه‌های بهداشتی درمانی (بارتلت، ۱۹۸۲).

جدول ۲-۲. مراحل تشخیص رفتاری

۱	بین دلایل رفتاری و غیر رفتاری مشکلات به وجود آمده تفاوت قایل شوید (آیا رفتار مراجع مستقیماً مربوط به مشکل او است و یا در نتیجه عوامل وراثتی یا دیگر عوامل فراتر از کنترل مراجع است؟).
۲	لیستی از رفتارهایی تهیه کنید که مراجع باید برای پیگیری توصیه‌ها آنها را انجام دهد (آیا مراجع باید رژیم درمانی خود را اصلاح کند؟ آیا برای مراجعات پزشکی نیاز به رفت و آمد دارد؟ آیا داروها باید به صورت روزانه مصرف شود؟).
۳	رفتارها را بر اساس اهمیت‌شان طبقه‌بندی کنید (آیا استفاده روزانه داروها مهم‌تر از تغییر رژیم غذایی برای مراجع است؟ آیا در این زمان انجام آزمایشات تشخیصی مهم‌تر از پیگیری دیگر جنبه‌های رژیم درمانی است؟).
۴	هر رفتار را بر اساس تغییرپذیری‌اش طبقه‌بندی کنید (آیا تمایل مراجع در استفاده روزانه از داروها بیشتر از پیگیری دیگر توصیه‌های خودمراقبتی است؟ به عنوان مثال، آیا مراجع تمایل دارد سیگار کشیدن خود را کاهش داده ولی هرگز آن را متوقف نسازد؟).
۵	رفتارها را بر مبنای اهمیت و تغییرپذیری آنها اولویت‌بندی کنید و رفتارهای در اولویت را جزء اهداف اصلی در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قرار دهید. یعنی سعی کنید اهداف مشخصی را توسعه بخشید (کدام دسته از رفتارها بیشترین اهمیت و کدام یک بیشترین تغییر را دارند؟ چه انتظارات مشخصی برای ایجاد تغییر وجود دارد؟).

مراجعان نیاز دارند به محیط‌های آموزش خودمراقبتی مناسب رجوع کرده و به عواملی دسترسی داشته باشند که در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی نقش دارند. برای تسهیل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، باید آمادگی مراجعان برای یادگیری در آن زمان مشخص را بررسی کرده و یا موانع جسمانی، احساسی و عقلانی یادگیری را که در آمادگی و توانایی مراجعان برای یادگیری خودمراقبتی اختلال ایجاد می‌کنند، شناسایی کنید.

نیازهای مراجعان همچنین شامل سطح فعلی دانش آنها است. آیا دانش ناکافی در مورد خودمراقبتی و یا درک نامناسبی در مورد اهمیت آن، احتمال پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی را کاهش خواهد داد؟ آیا مراجعی که نسبت به شرایط و روش‌های درمانی خود برداشت نامناسبی دارد، قبل از یادگیری خودمراقبتی نیاز به آماده‌سازی دارد؟

نیازهای خودمراقبتی مراجعان همچنین شامل رفتار آنها می‌شود. باید رفتار و عقاید مراجعان در مورد شرایط خود، روش‌های خودمراقبتی، مراقبت‌های بهداشتی درمانی و برنامه‌های ارتقای سلامت را مورد توجه قرار دهید. آیا مراجع برای اجرای برنامه خودمراقبتی مشکلی دارد؟ آیا او نسبت به تشخیص، درمان و مراحل پس از درمان مشکل سلامت یا بیماری یا اقدامات ارتقای سلامت خود احساس ترس می‌کند؟ آیا مراجع شرایط درمان مشکل سلامت یا بیماری یا تغییر

رفتار خود را پذیرفته است و یا این که در مرحله عدم پذیرش قرار دارد؟ مراجعان چگونه شدت بیماری یا مشکل خود را درک می کنند؟ بیماری یا مشکل سلامت و شرایط مربوطه چه معنایی برای مراجعان دارد؟

سطح مهارت های مقابله با مشکل سلامت یا بیماری مراجعان باید توسط شما مورد ارزیابی قرار گیرد. آیا مراجع توانایی اجرای برنامه های خودمراقبتی را دارد، یا این که نیاز به آموختن مهارت های خودمراقبتی جدیدتری احساس می شود؟ آیا به دیگر اعضای خانواده یا ابزارهای مشخص نیاز است تا به مراجعان در پیگیری توصیه های خودمراقبتی کمک کنند؟

اگر قصد دارید تا برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثری داشته باشیم، باید عوامل اجتماعی و تأثیرشان بر روی توانایی و تمایل مراجعان در پیگیری توصیه های خودمراقبتی را مورد ارزیابی دقیق قرار دهید. کدام دسته از عوامل اجتماعی در تسریع یا توقف یادگیری، و توانایی مراجع در پیگیری توصیه های خودمراقبتی تأثیرگذار خواهد بود؟ سیستم حمایت اجتماعی موجود از مراجع چگونه است؟ این سیستم چگونه بهترین عملکرد را خواهد داشت؟ آیا خانواده، دوستان، همکاران و دیگر افرادی که مراجع مورد نظر ما با آنها در تماس است به وی در پیگیری اهداف خودمراقبتی کمک می کنند، یا این که در پیگیری توصیه های خودمراقبتی از طرف مراجع اختلال ایجاد خواهند کرد؟ آیا ارزش های اجتماعی، قومی و مذهبی با توصیه های خودمراقبتی ما در تناقض است یا این که به مراجع در پیگیری این توصیه ها کمک می کند؟

عوامل محیطی می تواند به تسریع یا کاهش توانایی مراجعان در یادگیری و اجرای توصیه های خودمراقبتی کمک شایان ذکری کند. آیا مسکن نامناسب، حمل و نقل ناکافی و نبود دیگر عوامل باعث می شود تا اجرای برنامه های خودمراقبتی برای مراجعان سخت و حتی غیرممکن باشد؟ آیا برنامه های روزانه، مسوولیت ها و برنامه کاری مراجعان باعث می شود تا پیگیری توصیه ها غیرممکن گردد؟

ارزیابی محیط توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیز اهمیت ویژه ای دارد. آیا فضای موجود برای یادگیری مناسب است؟ آیا استقلال کافی در این محیط برای مراجعان وجود دارد؟ آیا محیط توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی راحت و مناسب است؟

سؤال بعدی این است که آیا اجرای برنامه خودمراقبتی برای مراجع امری دشوار نیست؟ آیا عوامل جانبی وجود دارد که مانع ادامه روش های خودمراقبتی شود؟ آیا مراجعان مهارت و توانایی مشخصی برای پیگیری توصیه های خودمراقبتی دارند؟

در مرحله تشخیص رفتاری باید اهمیت این عوامل روی توانایی مراجعان در یادگیری و اجرای رفتارهای خودمراقبتی را مورد توجه قرار دهید. این عوامل تا چه میزان مشکلاتی را برای مراجعان به وجود می آورند؟ آیا این عوامل باعث تقویت رفتار مراجع می شود؟ اگر چنین است، چگونه و تا چه میزان این تقویت به وجود می آید؟ باید تأثیرات مثبت و منفی این عوامل بر روی رفتار خودمراقبتی مراجعان را مد نظر قرار دهید.

رسیدن به تشخیص رفتاری مناسب را قادر می سازد تا برای شروع تغییر رفتار در مراجع، برنامه خودمراقبتی مناسبی را طراحی نمایید. جمع آوری اطلاعات خودمراقبتی در مورد مراجعان برای ایجاد چنین تصمیم هایی و استفاده از این اطلاعات خودمراقبتی در برنامه خودمراقبتی، نیازمند حساسیت و مهارت های فوق العاده ای است. اجرای مؤثر و پربازده برنامه خودمراقبتی نیازمند مهارت های فنی و میزان مشخصی از دانش و آگاهی در تیم سلامت است.

ب) تعیین موضوع خودمراقبتی

پس از شناسایی عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی مؤثر در خودمراقبتی از طریق جمع‌آوری صحیح اطلاعات خودمراقبتی فرد مراجع، نوبت به شناسایی بهترین و مناسب‌ترین گزینه آموزش خودمراقبتی به مراجعان می‌رسد که شامل تعیین نوع اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز، تعیین مقدار و توالی ارائه اطلاعات، و اقدامات آموزش خودمراقبتی مناسب برای مراجعان است.

توانایی خودمراقبتی مراجعان و از سوی دیگر مشکلات خودمراقبتی آنها می‌تواند بر عوامل زیر تأثیر بگذارد: شیوه کلام و گفتار شما، سطح اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده، توالی اطلاعات خودمراقبتی بر مبنای اولویت‌های مراجعان و نوع فعالیت آموزشی استفاده شده توسط شما (و سایر اعضای تیم سلامت).

فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مجموعه‌ای از مراحل مختلف است که در آن اطلاعات خودمراقبتی مربوط به مراجعان جمع‌آوری و تحلیل می‌شود، برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی طراحی و اجرا می‌شود و نیز میزان تأثیر برنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، فرایندی سیستماتیک است که توانایی حل مشکل را در مراجع ایجاد می‌کند.

از هر فعالیت روزانه مراجعان می‌توان اطلاعات خودمراقبتی فراوانی به‌دست آورد. اگر ارتباط مداومی با مراجع داشته باشید آن‌گاه می‌توانید از فعالیت‌های متعدد وی در طول زمان اطلاعات خودمراقبتی فراوانی به‌دست آورید. زمان اضافی صرف شده برای توضیح بیشتر توصیه‌های خودمراقبتی و جواب به سؤال مراجع، می‌تواند در آینده برای از بین بردن سوء تفاهم‌ها و تصحیح دانش، مهارت و رفتارهایی صرف شود که این رفتارها ممکن است مانع موفقیت مراجع در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی شود.

برای افزایش اثربخشی برنامه خودمراقبتی، باید از راهکاری منسجم و سازمان‌یافته در مراقبت از مراجعان استفاده کنید تا بتوانید اطلاعات خودمراقبتی مربوط به آنها را جمع‌آوری و تحلیل نموده و در برنامه توانمندسازی مربوطه وارد کنید.

ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع

اگرچه جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی گاه نیازمند ملاقات خاص با مراجعان است اما بسیاری از آنها را می‌توان در ملاقات‌های عادی با آنها به‌دست آورد. برای کارشناس خودمراقبتی و همیاری ماهر، هر ارتباط با مراجع در واقع فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی است. محدوده‌هایی که نیازمند جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی هستند، عبارتند از:

- اطلاعات آماری در مورد مراجع به عنوان یک فرد که شامل این موارد است: سن، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، پیشینه قومی یا فرهنگی و امثال این.
- آمادگی جسمی و روانی مراجع برای یادگیری
- اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز و اولویت‌های مراجع
- سطح فعلی دانش یا مهارت مراجع
- رفتارها، واکنش و احساسات مراجع نسبت به وضعیت سلامت خود، شرایط موجود و روش‌های درمانی و به‌طور کلی نسبت به بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی

• سیستم حمایت اجتماعی مُراجع و دیگر عوامل محیطی و اجتماعی که ممکن است بر روی آموختن و توانایی مُراجعان در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی تأثیر بگذارد.

اطلاعات خودمراقبتی مُراجعان ممکن است از طریق منابع البته مختلف و از روش‌های متعدد به دست آید. مشاهده ساده یکی از بزرگترین راه‌های کسب اطلاعات خودمراقبتی است در صورتی که نسبت به فرصت‌های آن آگاهی داشته و اقدامات آگاهانه‌ای را برای مشاهده علایم رفتاری مُراجعان انجام دهید.

شاید ارزشمندترین منابع اطلاعات خودمراقبتی مُراجعان، خود آنها باشند. اطلاعات خودمراقبتی را می‌توان هم به صورت رسمی (از طریق مصاحبه) و هم از طریق غیررسمی (در مراجعه‌های روتین) از مُراجعان به دست آورد. کارشناسان خودمراقبتی و همیاری زیرک از طریق گفتگوهای عادی ممکن است نکات زیر را مد نظر قرار دهند: شیوه زندگی، دوستان صمیمی، رفتارهای عمومی، واکنش و احساسات مُراجعان در قبال شرایط و روش‌های درمانی و آمادگی آنها برای دریافت اطلاعات خودمراقبتی بیشتر.

در ارتباط رسمی با مُراجع ممکن است از طریق لحن صدا و شیوه گفتار وی به عصبانیت، نگرانی و ناراحتی مُراجع پی ببرید. سطح ارتباط و ساختار زبانی مُراجع اطلاعاتی را در مورد توانایی یادگیری وی در اختیار شما قرار می‌دهد. اتخاذ راهکار رسمی در جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی این امکان را به وجود می‌آورد تا جمع‌آوری اطلاعات در مورد مُراجعان از دیگر منابعی صورت گیرد که اغلب در دسترس نیست و نظریات و باورهای مُراجعان را منعکس می‌سازد. این راهکار رسمی از طریق مصاحبه با مُراجعان با هدف به دست آوردن اطلاعات خودمراقبتی انجام می‌گیرد. این فرآیند می‌تواند رابطه‌ای مورد اطمینان بین شما و مُراجع ایجاد کرده و انجام فرآیند آموزش را تسریع بخشد. جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی باید پیش درآمدی بر توانمندسازی مُراجعان باشد. اگر قبل از این مرحله درک مناسبی از سطح دانش و آمادگی مُراجعان برای توانمندسازی نداشته باشید، آن‌گاه این اقدام (جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی) این فرصت را در اختیار شما قرار می‌دهد تا دانش، رفتار و عقاید مُراجعان را دقیق‌تر ارزیابی کنید. زمان مورد نیاز برای این نوع جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی بستگی به نیازهای مُراجعان و پیچیدگی شرایط یا روش‌های درمانی دارد. برخی از برنامه‌های آموزشی مُراجعان می‌تواند در همین جمع‌آوری‌های ابتدایی وارد شود. اگر مُراجعان سؤالات فراوانی در مورد شرایط موجود خود داشته باشند نباید برای پاسخ دادن به آنها منتظر جلسات رسمی شوید. سؤالاتی که در ابتدا نامربوط به نظر می‌آید، می‌تواند نشان‌دهنده علاقه فراوان مُراجعان در زمینه مشکل شان باشد. هنگامی که بدون درنگ و با صداقت به سؤالات مُراجعان پاسخ می‌دهید، نه تنها توجه مُراجعان را به خود جلب می‌کنید بلکه باعث اعتماد بیشتر آنها نسبت به خود می‌شوید. این اعتماد و همدلی ممکن است یکی از مهم‌ترین عوامل در تحقق یک برنامه توانمندسازی مُراجعان برای خودمراقبتی مؤثر باشد.

از طریق جمع‌آوری و تحلیل اولیه اطلاعات خودمراقبتی مشکل ابتدایی به این صورت تعیین می‌شود:

- نیازهای یادگیری مانند اطلاعات خودمراقبتی مربوط به رژیم‌های غذایی و روش‌های کاهش اضطراب
- موانع بالقوه نظیر برنامه کاری، توانایی در آماده‌سازی غذا بر مبنای رژیم غذایی
- امکانات نظیر حمایت اجتماعی فرزند، انگیزه فرد

اگر مُراجعان به صورت منظم به شما مراجعه کنند، زمان بیشتری را صرف توسعه اطلاعات خودمراقبتی خود در مورد مُراجع و خانواده‌اش می‌کنید تا به این ترتیب بتوانید یک برنامه مؤثر آموزش خودمراقبتی را طراحی کنید.

همان‌طور که گفته شد، تشخیص رفتاری، تعیین گزینه خودمراقبتی و جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع از اجزای اصلی مرحله نیازسنجی یک برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی هستند. هنگامی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی حول محور نیازهای فردی مراجعان طراحی شود، میزان همراهی مراجعان با توصیه‌های خودمراقبتی افزایش می‌یابد.

۲-۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع

مراجعان باید تحریک شوند تا اطلاعات خودمراقبتی مورد نظر شما را یاد بگیرند. قبل از تحریک آنها برای یادگیری، مراجعان باید متوجه باشند که به اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده نیاز داشته و باید از لحاظ جسمی و عقلی آمادگی دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشته باشند.

بررسی انگیزه مراجعان برای یادگیری گامی دیگر در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به حساب می‌آید که خود شامل دو مرحله است:

- الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع
- ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری

الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع

چه چیزی مراجعان را برای یادگیری تحریک می‌کند؟ قبل از آن که مراجعان تحریک شوند باید به تشخیص نیاز به کسب دانش برسند. فرآیند آموختن خودمراقبتی معمولاً با این موضوع شروع می‌شود که فرد مراجع کسب دانش یا یادگیری یک مهارت را به عنوان یک نیاز برای خود تشخیص می‌دهد. نیاز به این موضوع ممکن است هم از طرف مربی شما (پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت) و هم از طرف فرد یادگیرنده (مراجع) شناسایی شود. اگر فرد یادگیرنده این نیاز را تشخیص دهد آن‌گاه بیشتر تحریک می‌شود تا اطلاعات خودمراقبتی را پیگیری کرده و مطالب ارایه شده را فراگیرد. اگر متوجه این نیاز شود آن‌گاه وظیفه شما نه تنها ارایه اطلاعات خودمراقبتی به گونه‌ای است که برای مراجعان قابل فهم باشد بلکه باید دلیل اهمیت این موضوع را برای آنها توضیح دهید.

هم مراجعان و هم شما ممکن است نیاز به آموزش خودمراقبتی را تشخیص دهند. پرسیدن سؤال‌هایی از طرف مراجعان همچون: «رژیم غذایی من در واقع شامل چه چیزی است؟» و یا «چه تغییری در طرز لباس پوشیدن در فصل تابستان باید انجام دهم؟»، نشان‌دهنده‌ی این است که مراجع نیاز به آموختن خودمراقبتی را تشخیص داده است. در مواردی که مراجعان نبود دانش و مهارت مورد نیاز برای خودمراقبتی را تشخیص می‌دهند، نسبت به فرآیند توانمند شدن برای خودمراقبتی درک مشخصی پیدا کرده و بیشتر تحریک می‌شوند تا اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده را فراگیرند. مشخصاً هر چه مراجع نیاز به آموختن خودمراقبتی را بیشتر درک کند، آن‌گاه بیشتر به اهمیت اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده پی برده و در نتیجه بیشتر تحریک می‌شود تا مطالب خودمراقبتی مربوطه را فرا بگیرد.

در بعضی موارد این پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت هستند که نیاز به کسب دانش برای مراجعان را تشخیص می‌دهند. مامایی که مشاهده می‌کند مادری به طرز نامناسبی کودک نوزاد خود را لباس می‌پوشاند، ممکن است توضیحاتی در مورد اصول نگهداری از نوزاد در اختیار او قرار دهد. پزشک خانواده‌ای که یک مراجع مبتلا به مشکلات

مجاری ادرار را درمان می‌کند ممکن است پس از پی بردن به روش اشتباه وی برای شستشوی خود احساس کند که نیاز به آموزش خودمراقبتی برای مراجع وجود دارد. در این مثال، ممکن است مراجع از رابطه شستشوی نامناسب با مشکلات مجاری ادرار آگاهی نداشته و یا این که اطلاعات خودمراقبتی کافی در اختیارش قرار نگرفته باشد. پزشک خانواده با تشخیص نیاز به آموزش بیشتر سعی بر این دارد تا اهمیت روش مناسب شستشو را به مراجع توضیح داده و از بروز مشکلات آتی نیز جلوگیری کند.

در اختیار قرار دادن اطلاعات خودمراقبتی به صورت اجباری برای مراجعانی که تمایل و علاقه چندانی به آموختن آنها ندارند ممکن است باعث شود تا فهم و یادآوری مطالب ارایه شده کاهش یابد و چنین مراجعانی، مقدار بسیار کمی از اطلاعات خودمراقبتی دریافتی را در رفتارهای خود وارد می‌کنند.

ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری

آمادگی مراجع برای یادگیری خودمراقبتی به وسیله عوامل متعددی مشخص می‌گردد. هر عاملی که روی آسایش جسمی و روانی مراجعان تأثیر می‌گذارد، می‌تواند توانایی و انگیزه آنها برای یادگیری را نیز تحت تأثیر قرار دهد. بعد از آن که نیاز به کسب دانش و آگاهی مشخص شد، نوبت آن است که آمادگی مراجعان برای دریافت اطلاعات خودمراقبتی در آن زمان مشخص مورد ارزیابی قرار گیرد. موانع متعددی بر سر راه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قرار دارد که در صورت شناسایی و غلبه بر آن، فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی تسریع می‌گردد. مراجعانی که در یک زمان خاص تمایل چندانی به دریافت اطلاعات خودمراقبتی ندارند ممکن است در زمانی دیگر آمادگی و علاقه لازم برای دریافت اطلاعات مذکور را داشته باشند. به عنوان مثال، فردی که اکنون دچار درد شدید است، ممکن است گزینه‌ی مناسبی برای آموزش خودمراقبتی در آن شرایط نباشد. درد و ناتوانی‌های جسمی از جمله عواملی هستند که در امر آموزش خودمراقبتی اختلال به وجود می‌آورند. همین مراجعان ممکن است در زمان دیگری که دردشان کاهش یافته است، تمایل و علاقه لازم برای دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشته باشند.

علاوه بر ناتوانی جسمی، گاه مراجعان اولویت‌های دیگری دارند که جایگزین دریافت اطلاعات خودمراقبتی می‌شود و بنابراین آمادگی آنها برای یادگیری خودمراقبتی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. فردی که در وقت ناهار محل کار خود را ترک کرده و برای درمان مشکلش به یک پزشک خانواده مراجعه می‌کند، هرگز آماده دریافت اطلاعات خودمراقبتی از شما نیست زیرا همواره نگران برگشتن به موقع به محل کارش است. همین مراجع ممکن است در موقع دیگری که فشارهای زمانی کمتری روی او باشد، آمادگی و تمایل بیشتری برای آموزش و دریافت اطلاعات خودمراقبتی از شما داشته باشد.

واکنش مراجعان نسبت به بیماری یا مشکلی که دارند، نیز می‌تواند آمادگی و انگیزه آنها را برای یادگیری خودمراقبتی تحت تأثیر قرار دهد. تغییرات احساسی از جمله مواردی است که در آموزش خودمراقبتی اختلال ایجاد می‌کند.

سطح اضطراب مراجعان می‌تواند آمادگی آنها برای آموختن را تعیین و به دنبال آن تمایل و توانایی آنها برای اجرای اصول پیشگیری یا رژیم‌های درمانی را نیز مشخص کند. بیان صریح اطلاعات خودمراقبتی باعث می‌شود تا مراجعان نسبت به عواقب ناشی از رفتارهای نامناسب خود مطلع شوند. به عنوان مثال سخت است باور کنیم فردی که سابقه

خانوادگی امراض قلبی دارد و روزانه ۳ پاکت سیگار مصرف می‌کند بعد از آگاهی از این مطلب که خطر ابتلا به این امراض برای مراجعانی همچون او زیاد است، همچنان به کشیدن سیگار ادامه بدهد.

اگرچه تشخیص خطرهای بالقوه ناشی از رفتارهای متعدد ممکن است در تحریک مراجعان برای تغییر رفتارشان و یا همراهی با توصیه‌های خودمراقبتی مؤثر و کافی باشد ولی بیان این نکته لازم است که این روش‌ها گاهی اوقات نتایج متفاوتی دارند. برای بسیاری از مراجعان چنین آگاهی‌هایی تنها باعث افزایش نگرانی آنها و عدم پذیرش اطلاعات خودمراقبتی و توصیه‌ها شده و نارضایتی آنها در برخورد با این دستورها را به دنبال خواهد داشت.

مطالعات نشان می‌دهد استفاده از روش‌های ترساننده برای تحریک مراجعان به همراهی با توصیه‌های خودمراقبتی، تأثیر چندانی نخواهد داشت. اگرچه بعضی اضطراب‌ها باعث تحریک یادگیری می‌شود ولی اضطراب شدید باعث غیرفعال شدن و اختلال در فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی می‌شود (لونتال^۱، ۱۹۷۱، رود^۲، ۱۹۹۵). اضطراب شدید همچنین ممکن است سرپیچی مراجعان را به همراه داشته باشد. اگر تشخیص شما برانگیزنده اضطراب فراوان برای مراجعان در پذیرش بیماری یا مشکل سلامت باشد، ممکن است واکنش آنها به‌طور کلی باعث توقف دریافت و به‌کارگیری اطلاعات خودمراقبتی شود. آنها ممکن است فکر کنند چنین خطری تنها برای سایر مراجعان وجود دارد.

افرادی که فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی را تحت چنین شرایطی بدون برنامه انجام می‌دهند، نه تنها اقدام بیهوده‌ای انجام داده‌اند بلکه باعث از دست دادن اطمینان و اعتمادی می‌شوند که می‌تواند اقدامات آتی آنها را تسریع بخشد. بهترین راهکار در چنین مواردی، تأیید نگرانی‌ها و احساسات مراجع و توضیح برای پذیرش آنها است. مراجعان ممکن است نسبت به اضطراب خود آگاهی نداشته باشند کارشناسانی که اصرار به ارائه اطلاعات خودمراقبتی به مراجعانی دارند که آمادگی چندانی برای شنیدن حرف‌های آنها ندارند در واقع تنها باعث دورتر شدن مراجعان از برنامه خودمراقبتی می‌شوند. شما می‌توانید با شناخت شرایط و احساسات مراجع و سعی در ایجاد رابطه‌ای که به وی کمک کند تا ترس و اضطرابش را بشناسد، محیطی را ایجاد می‌کنید تا در مورد نگرانی‌های موجود مراجع بحث کنید و به تدریج آمادگی لازم برای یادگیری را در وی فراهم سازید. تنها در این مرحله است که مراجعان می‌توانند و تمایل دارند تا اطلاعات خودمراقبتی خود را با شما به اشتراک بگذارند.

۳-۲. طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

پس از ارزیابی نیازهای خودمراقبتی و انگیزه یادگیری مراجع، نوبت وارد کردن این اطلاعات در یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است. همانطور که جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی نیازمند اقدامی آگاهانه و سازمان‌یافته است، اطلاعات جمع‌آوری شده نیز باید در یک برنامه نظام‌مند مورد استفاده قرار گیرند تا با نیازهای خودمراقبتی مراجع به بهترین نحو تطابق داشته باشد. مراحل طراحی یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در جدول ۲-۳. توضیح داده شده است.

^۱. Leventhal

^۲. Rudd

جدول ۲-۳. مراحل طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

الف) تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی	
۱)	چه مواردی برای یادگیری مراجع ضروری است؟
۲)	اولویت‌های یادگیری چیست؟
۳)	موفقیت مراجع چگونه ارزیابی می‌شود؟
ب) ارزیابی مراجع	
۱)	توان یادگیری مراجع چگونه است؟ (یعنی: دانش، مهارت‌ها، رفتارها و توانایی‌ها)
۲)	چه عواملی موجب تسریع یا توقف مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی می‌شود؟
۳)	اولویت‌های خودمراقبتی مراجع چیست؟

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی باید اهداف و نتایج مورد نظر را برآورده سازد. این برنامه باید منعکس‌کننده نیازهای فردی و نیز توانمندی‌های مراجعان باشد. بخشی از هر برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی تعیین اهدافی است که واقعی و دست‌یافتنی باشند. در واقع هدف از طراحی چنین برنامه‌ای، تحقق اهداف خودمراقبتی مورد نیاز مراجع است.

از آنجایی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در شرایط متعددی اجرا می‌شود در نتیجه استاندارد ثابتی برای استفاده در تمامی موقعیت‌ها وجود ندارد.

گاهی بخش اصلی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ممکن است مختص به این موارد باشد: ایجاد ارتباطی از سر اعتماد با مراجع و حس اعتماد در او، کمک به او برای بیان احساساتش در رابطه با شرایط بیماری یا مشکل سلامت و پذیرش روش‌های خودمراقبتی.

در موقعیت‌هایی همچون مراکز بهداشتی و درمانی که درمان یا حل مشکل سلامت به صورت سرپایی است، اقدامات آموزشی می‌تواند در یک یا چند دیدار انجام شود که تعداد این دیدارها به پیچیدگی برنامه‌های آموزش خودمراقبتی و سطح آگاهی و آمادگی مراجع بستگی دارد.

تدوین برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به شما کمک می‌کند تا تعریف جامع و مشخصی از فعالیت‌های آموزشی خود داشته باشید. برنامه‌ای که بر اساس اطلاعات خودمراقبتی مراجع جمع‌آوری شده است باید شامل موارد زیر باشد:

- چه نوع اطلاعات خودمراقبتی باید در اختیار مراجع قرار گیرد (ادراکی، روانی - حرکتی، احساسی یا ترکیبی از این ۳ الگو)

- توانمندسازی باید در چه زمانی انجام شود؟ (در قرارهای ملاقات مشخص، طی مراجعه عادی مراجعان و غیره)
- توانمندسازی باید در کجا انجام شود؟ (در یک محیط تسهیل‌گر یا در دیگر موقعیت‌ها)
- توانمندسازی باید چگونه انجام شود؟ (از طریق جلسات آموزش فردی، جلسات گروهی، فعالیت‌های تکمیلی همچون نمایش فیلم، ارایه جزوه و دیگر راه‌های مشابه یا از طریق ترکیبی از فعالیت‌های متفاوت)
- چه کسی باید در توانمندسازی مراجعان با شما همکاری کند؟ (پزشک خانواده یا گروهی از اعضای تیم سلامت)

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی سعی دارد تا دانش و آگاهی مراجعان در مورد شرایط زندگی خود، روش‌های خودمراقبتی و پیشگیری را افزایش دهد. بنابراین باید سعی شود که به مراجعان کمک شود تا توانایی خود برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت و مراقبت‌های بهداشتی را بالا برده، با بیماری یا مشکل رفتاری مشخصی مقابله کرده و رفتار خود در مورد سلامتی و بهداشت را بهبود بخشد. آن دسته از افرادی که توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را تنها برابر با رایج اطلاعات خودمراقبتی می‌دانند ممکن است با مشاهده نتایج دور از انتظار آن، مأیوس و ناامید شوند. یکی از دلایل این شکست، ناتوانی آنها در ارزیابی روش مناسب آموزش مراجعان است.

۳ نوع طبقه‌بندی برای آموختن به مراجعان وجود دارد (بلوم^۳، ۱۹۵۶) که عبارتند از:

(۱) ادراکی

(۲) روانی - حرکتی

(۳) عاطفی

تمامی ۳ نوع گفته شده در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قابل استفاده است. قبل از آغاز آموختن خودمراقبتی به مراجعان باید دریابید که توجه خود را معطوف به کدام یک از این روش‌ها کنید.

حوزه ادراکی مربوط به دانش و آگاهی مراجعان در مورد یک موضوع خاص است. به عنوان مثال کارشناسی که قصد دارد تا شستشوی کولوستومی را به مراجع بیاموزد هنگام ارائه اطلاعات خودمراقبتی در مورد آناتومی، فیزیولوژی و هدف شستشو، از جنبه یا روش ادراکی استفاده می‌کند. اگر وی قصد داشته باشد مراجع را قادر سازد تا این شستشو را به تنهایی در خانه انجام دهد آن‌گاه اطلاعات خودمراقبتی تنها در مورد کولوستومی و فرآیند آن چندان کافی به نظر نمی‌رسد. مراجع نیاز دارد تا مهارت‌های فیزیکی مورد نیاز در این فرآیند را نیز یاد بگیرد. این مهارت‌ها شامل حوزه روانی - حرکتی است. بنابراین برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی سعی دارد فعالیت و مهارت‌های فیزیکی را به او بیاموزد که این امور مربوط به اطلاعات خودمراقبتی ادراکی است که قبلاً در اختیارش قرار گرفته بود. گوش دادن و خواندن مطالبی در مورد شستشوی کولوستومی هیچ‌گاه شبیه به انجام عملی این شستشو نیست. اگر در این مثال آموزش مهارت‌های فیزیکی بدون دانش و آگاهی باشد آن‌گاه رسیدن به هدف مورد نظر مشکل خواهد بود. از سوی دیگر آموزش شستشوی کولوستومی به مراجع بدون مطلع ساختن وی در مورد اهداف و لزوم این برنامه، ممکن است نتایج مطلوبی به همراه نداشته باشد. در اینجا آموزش ادراکی و روانی - حرکتی در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

برای رسیدن به هدف مطلوب در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، جنبه عاطفی نیز اهمیت بالایی دارد. جنبه عاطفی مربوط به رفتار مراجع است. مراجع ممکن است دانش و مهارت‌های لازم برای انجام یک فرآیند را داشته باشد ولی در واکنش به شرایط فردی و روش‌های درمانی، تمایل و انگیزه چندان برای انجام آن نداشته باشد. اگر مراجع دانش و مهارت لازم برای شستشوی کولوستومی را کسب کرده باشد ولی این فرآیند را چندان خوشایند و مطلوب نداند آن‌گاه به نظر می‌رسد اجرای مستقل این فرآیند در خانه به نتایج مطلوبی نرسد. اگرچه به نظر می‌رسد شناسایی جنبه عاطفی به نسبت دو جنبه دیگر کاری دشوارتر است ولی تأثیر فراوان و به‌سزایی در موفقیت توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی دارد.

رابطه مشخصی بین تمامی ۳ گونه آموختن برای مراجعان وجود دارد. جنبه ادراکی علاوه بر شامل بودن یادآوری و بازشناسی اطلاعات خودمراقبتی رایج شده، مربوط به فهم مطالب یاد گرفته شده نیز است. اگر مراجعان توانایی درک

³. Bloom

معنای حقایق را نداشته باشند، چگونگی استفاده از آن را ندانند و متوجه مهم بودن آن نشوند آن گاه به نظر می‌رسد یادآوری و بازشناسی این حقایق نفع چندانی برای آنها نداشته باشد. قبل از آن که مراجع بتواند این کار را انجام دهد در ابتدا باید اطلاعات خودمراقبتی لازم را دریافت کرده و تمایلی برای شنیدن مطالب ارایه شده داشته باشد. زمانی می‌توانید آموختن حقیقی خودمراقبتی را انجام دهید که مراجعان توانایی دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشته باشند.

مرحله فراتر از فهم و درک، توانایی مراجع برای به کار بردن دانش و مهارتی است که یاد گرفته است. به عنوان مثال مراجعان دیابتی ممکن است بر گه تغییرات غذایی را به صورت کامل درک کرده و قادر به یادآوری غذاهای موجود در تغییرات غذایی باشند. فهم کامل این موضوع زمانی است که مراجعان بتوانند اطلاعات خودمراقبتی خود را در یک محیط عملی به کار گیرند، به عنوان مثال قادر باشند از سلف سرویس محل کارشان غذای مناسب برای ناهار خود را انتخاب کنند. مراجعان باید با درک مناسب قادر به تحلیل شرایط مختلف بوده و بتوانند از دانش خود به طرز مناسبی استفاده کنند. آنها باید بتوانند دانش خود را در محیط‌های جدید وارد کرده و آگاهی و رفتار خود را با یکدیگر سازگار نمایند. آنها همچنین باید بتوانند آموخته‌های خود را به صورت عملی انجام دهند.

با این وجود شایان ذکر است که فهم و توانایی به کارگیری دانش و مهارت‌های موجود بخش‌هایی مساوی در امر آموزش خودمراقبتی هستند. جنبه عاطفی یا توانایی و انگیزه مراجعان برای وارد کردن مطالب خودمراقبتی در زندگی روزمره، موضوعی است که نقش به‌سزایی در میزان اثربخشی برنامه خودمراقبتی دارد. در مثال قبل به رغم توانایی مراجعان برای انتخاب غذای مناسب از سلف سرویس محل کارشان، آنها باید بتوانند پس از ترک محل کار و در نبود نظارت مستقیم شما به صورت داوطلبانه غذای مناسبی را برای خود انتخاب کنند.

هدف برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی کمک به مراجعان برای کسب دانش و مهارت خودمراقبتی است تا بتوانند آنها را در رفتارشان وارد کنند. یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر به مراجعان کمک می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی دریافتی را سازمان‌دهی کنند بنابراین این برنامه با سیستم ارزشی مراجعان سازگار بوده و آنها می‌توانند این موارد را در فعالیت‌های روزمره خود وارد کنند. به نظر می‌رسد به کارگیری چنین تأثیری در واقع بزرگترین چالش در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی باشد.

اگرچه یک جنبه مهم برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، ارایه اطلاعات خودمراقبتی به آنها است ولی جنبه دیگری که قابل توجه است، ارایه راهکارهایی برای سازگاری با توصیه‌های ارایه شده به مراجعان است. بعضی موقعیت‌ها که دارای اطلاعات خودمراقبتی پیچیده تر است، نیازمند جلسات رسمی آموزشی و راهکارهای متعدد توانمندسازی است. موقعیت‌های آموزشی دشوار نیازمند همکاری گروهی از افراد است تا بتوانند به مراجعان جنبه‌های مختلف شرایطشان و توصیه‌های خودمراقبتی مورد نیاز را آموزش دهند. برنامه‌هایی که پیچیدگی کمتری دارند ممکن است تنها به یک مربی نیاز داشته باشند.

در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، باید نتیجه‌هایی مورد انتظار از اجرای برنامه تعیین شود. تعیین اهداف واقعی و ممکن برای چنین برنامه‌ای نیازمند تأکید بیشتر نیست. در واقع، فارغ از نوع چنین برنامه‌هایی، اگر تحقق اهداف تعیین شده برای مراجع غیرممکن باشد، توانمندسازی وی برای خودمراقبتی مؤثر نبوده است. اغلب، تحقق اهداف کوچک و کوتاه مدت نسبت اهداف بلندمدت عملی تر است.

۴-۲. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

اجرا شامل انجام فعالیت هایی است که در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی طراحی شده است. این موضوع کاملاً مشخص است که حتی دقیق ترین برنامه ها اگر اجرا نشود، هیچ ارزشی نخواهد داشت. اگر در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بیش از یک مربی وجود داشته باشد آن گاه «روش اجرا» برای تمامی آنها باید یکسان و ثابت باشد. اگرچه اجرای کلیه بخش های برنامه توسط پزشک خانواده در ایجاد رابطه قوی و تبادل مؤثر اطلاعات خودمراقبتی بین او و مراجع، امری مهم است اما این مطلب همیشه امکان پذیر نیست. در این مواقع «ثبات اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده» از طریق ارتباط بین مربیان در تیم سلامت ایجاد می شود. اگر بیش از یک مربی در اجرای برنامه حضور داشته باشد آن گاه هر یک از آنها باید نسبت به سخنان مراجع، سطح آگاهی او و نیازهای خودمراقبتی اش آگاهی بیشتری داشته باشند. چنین ارتباطی، موجب ثبات در برنامه می شود که نتیجه آن، افزایش تأثیر برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی خواهد بود.

جدول ۲-۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.
۲) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.
۳) به مراجع فرصت دهید تا مسوولیت خود را بپذیرد.
۴) منابع مراجع را تجهیز کنید.
۵) فعالیت ها را بر اساس اولویت شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.

تبادل مستمر اطلاعات برنامه توانمندسازی هر یک از مراجعین بین اعضای تیم سلامت ضروری است. چنین اطلاعاتی گاه به صورت شفاهی بین اعضای تیم ارتقای سلامت منتقل می گردد اما مکتوب نمودن آنها اقدامی اساسی است. برای این کار علاوه بر مستندسازی برنامه، موارد آموخته شده، سطح آگاهی مراجع و آموزش های بیشتر و اقدامات تقویتی نیز باید مکتوب شوند. ثبت چنین اطلاعاتی، کمک فراوانی به ارزیابی کل فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی خواهد کرد. برای آشنایی بیشتر با این موضوع به بخش سوم ضمیمه ۱ مراجعه فرمایید.

مستندسازی برنامه توانمندسازی برای خودمراقبتی هر یک از مراجعان به اعضای تیم سلامت کمک می کند تا اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده را تقویت کرده و در کنار آن فرصتی را ایجاد کنند تا اطلاعات خودمراقبتی بیشتری به دست آورده و موانع آتی پیش رو را شناسایی کنند.

مستندسازی مربوط به سایر موقعیت های سرپایی نیز می شود. برای مثال، پزشک خانواده با مستندسازی گفته های مراجع در مورد برنامه درمانی اش، این فرصت را در اختیار دیگر اعضای تیم سلامت قرار می دهد تا برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی را تقویت کرده و میزان همراهی او با توصیه های خودمراقبتی را ارزیابی کنند.

در آموزش هایی که از طریق مراجعات متعدد انجام می گیرد، مستندسازی به شما کمک می کند تا مطالب خودمراقبتی جلسات گذشته را به یاد آورده و متوجه نیازهای آینده مراجع شوید. چنین موقعیتی ممکن است برای خانم های بارداری اتفاق افتد که برنامه خودمراقبتی در طی دوران بارداری انجام می شود. اگرچه چگونگی توانمندسازی

مراجع در این مثال تا دوران سه ماهگی مشخص می‌شود اما هر مراجع نیازها و اولویت‌های مخصوص به خود را دارد. بنابراین آموزش در مراجعات سرپایی ممکن است از یک روش واحد برای هر مراجع تبعیت نکند. با مستندسازی اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده در هر مراجعه، شما قادر خواهید بود تا برنامه خودمراقبتی را بر مبنای نیازها و اولویت‌های مراجعان تنظیم کنید و اطلاعات خودمراقبتی مورد نیازی را در اختیار مراجعان قرار دهید که ممکن است قبلاً ارائه نشده باشد.

مستندسازی مؤثر نیازی به جزئیات دقیق و صرف زمان بیش از اندازه ندارد. در بعضی از مثال‌ها که اطلاعات خودمراقبتی پیچیده است و یا در اختیار مراجعان فروانی با شرایط یکسان قرار می‌گیرد، مستندسازی ممکن است شامل برگه کوچکی بر روی پرونده مراجعان باشد که فضای مشخصی برای نوشتن اطلاعات خودمراقبتی فردی مراجع در آن وجود دارد. در برخی دیگر از مثال‌ها، مستندسازی ممکن است شامل نوشتن نکته کوچکی بر روی پرونده اطلاعات خودمراقبتی مراجع باشد. در این گونه موارد مستندسازی بخش مهمی از فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است؛ در واقع این موضوع با ایجاد ارتباط بیشتر بین اعضای تیم سلامت در مورد آموزش‌های ارائه شده باعث می‌شود تا اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی افزایش یابد.

۵-۲. ارزیابی برنامه

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در صورتی موفق خواهد بود که به اهداف از پیش تعیین شده‌اش دسترسی یابد. به عنوان یک فرایند، اهداف و نتایج مورد نظر باید قبل از ارزیابی برنامه مشخص گردد. بدون ارزیابی چنین برنامه‌ای نمی‌توان از میزان اثربخشی آن آگاهی پیدا کرد. در واقع، ارائه اطلاعات خودمراقبتی به مراجعان بدون بررسی اثربخشی برنامه مانند این است که اطلاعات خودمراقبتی را بدون ارزیابی نیازها و اولویت‌های مراجعان و آمادگی‌شان برای یادگیری در اختیار آنها قرار دهیم. ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، امری ضروری و مهم است.

جدول ۲-۵. ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟
۲) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟

ارزیابی شامل اندازه‌گیری میزان اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در کوتاه مدت و بلند مدت است. ارزیابی اثربخشی برنامه در کوتاه مدت تنها به بررسی تأثیر سریع اقدامات لازم برای تحقق اهداف مورد نظر می‌پردازد. به عنوان مثال در برنامه توانمندسازی فردی که به تازگی بیماری دیابت‌اش مشخص شده، یکی از جلسات مختص به آموزش چگونگی تزریق صحیح انسولین است. اگر مربی در پایان جلسه از مراجع بخواهد تا توضیح دقیقی از جلسه ارائه دهد و وی قادر به انجام صحیح این کار باشد آن‌گاه می‌توان نتیجه گرفت که جلسه خودمراقبتی مؤثر بوده است. اگر هدف برنامه این باشد که مراجع درک درستی از چگونگی استفاده از داروها داشته باشد و او نیز قادر به انجام موفقیت‌آمیز این عمل باشد، باز هم می‌توان گفت که برنامه در کوتاه مدت مؤثر بوده است. اما همیشه هدف نهایی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی این نیست که آنها را قادر سازد تا در حضور شما رفتاری را به طرز صحیحی

انجام دهند یا برای آزمایش درک مطالب ارایه شده اطلاعات خودمراقبتی‌شان را تکرار کنند بلکه هدف نهایی این برنامه، آن است که مراجعان بتوانند توصیه‌های خودمراقبتی را در محیط خانه و در غیاب انجام دهند. بنابراین ارزیابی بلندمدت برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به میزان همراهی آنها با توصیه‌های خودمراقبتی بستگی دارد.

برای تحقق اهداف بلند مدت برنامه، ابتدا باید اهداف کوتاه مدت برنامه را تعیین کرد و مورد ارزیابی قرار داد. به عنوان مثال فرض کنید برای یک مراجع مبتلا به دیابت، هدف بلند مدت کوتاه‌تر شدن زمان بستری در بیمارستان است. در مرحله شناسایی دلایل حضور مکرر مراجع در بیمارستان، ممکن است مشخص شود که اغلب این موارد مربوط به کوتاهی‌های وی در مراقبت از پایش بوده است. اهداف کوتاه مدت برنامه خودمراقبتی در چنین مثالی ممکن است به شرح زیر باشد:

- مراجع هر روز پای خود را با صابون و آب ولرم بشوید.
- مراجع سرتاسر پای خود به خصوص بین انگشتان شستش را خشک کند ولی هرگز نباید این کار را محکم انجام دهد.

• مراجع بعد از هر نوبت حمام و هنگامی که پاهایش کاملاً تمیز است اقدام به گرفتن ناخن‌هایش کند.

• مراجع ناخن‌هایش را به صورت مستقیم بگیرد.

• مراجع کفشی بپوشد که مناسب و به اندازه پایش باشد.

• مراجع از راه رفتن با پای برهنه جداً خودداری کند.

• مراجع از کندن میخچه و پینه پایش خودداری کند.

اگر مراجع درک مناسبی از چگونگی و اهمیت این کارها نداشته باشد و یا قادر به انجام رفتار صحیحی در حضور پزشک خانواده نباشد، آن‌گاه بعید به نظر می‌رسد که بتواند توصیه‌های ارایه شده را در محیط خانه انجام دهد. شما با ارزیابی سطح آگاهی مراجعان در پایان جلسه آموزش خودمراقبتی، در خواهید یافت که آیا نیازی به جلسات بیشتر برای تحقق اهداف بلند مدت وجود دارد.

ارزیابی اقدامات توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به طرق مختلفی انجام می‌شود. اگر از مراجع خواسته شود تا رفتاری را انجام دهد، آن‌گاه ارایه توضیح مراجع در مورد چگونگی انجام آن رفتار عقلانی‌ترین راه برای ارزیابی سطح آگاهی وی است. اگر هدف برنامه‌ای آموزش استفاده صحیح داروها و یا برنامه خودمراقبتی باشد، آن‌گاه می‌توان سطح آگاهی مراجعان را با سؤال کردن از آنها در مورد برنامه مورد ارزیابی قرار داد. در بعضی از مثال‌ها اگر هدف آموزش، ارتقای سطح آگاهی مراجع نسبت به شرایطش باشد آن‌گاه ارزیابی مراجع می‌تواند از طریق پرسش‌نامه و آزمونی انجام گیرد که شامل نکات کلیدی اطلاعات خودمراقبتی است. هدف ارزیابی در هر یک از این موارد این است که پزشکان خانواده بتوانند سوء تفاهمات و عدم آگاهی را قبل از تحقق اهداف بلندمدت شناسایی کنند.

ابزارهای غیررسمی ارزیابی کوتاه مدت شامل صحبت کردن با مراجع یا دیگر اعضای تیم سلامت است که نسبت به سوء تفاهمات، آگاهی کاملی دارند. البته ممکن است مراجع در ارزیابی سریع برنامه، درک مناسبی از اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده داشته باشد ولی بعضی از رفتارهای او در آینده نشان‌دهنده‌ی نیاز به اطلاعات خودمراقبتی اضافی باشد. ارزیابی دوباره اهداف مورد نظر ممکن است ارزیابی ابتدایی میزان اثربخشی برنامه را تکمیل کرده، آن را اعتبار بخشد و یا بالعکس آن را از درجه اعتبار ساقط گرداند. چنین اطلاعاتی شما را قادر می‌سازد تا مشکلات موجود را

شناخته و کمک، پشتیبانی، اطلاعات خودمراقبتی و منابع بیشتری در اختیار مراجعان قرار دهید تا توصیه‌های خودمراقبتی را به نحو احسن انجام دهند.

در صورت مراجعه منظم و مراجعه به مرکز بهداشتی و درمانی، ارزیابی برنامه توانمندسازی آسانتر می‌شود. اگر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مستندسازی شود آن‌گاه می‌توان در مراجعه‌های آتی میزان همراهی مراجع را مورد ارزیابی قرار داد. روش‌های ارزیابی با یکدیگر متفاوت هستند. در بعضی موارد برای ارزیابی میزان اثربخشی برنامه ممکن است از روش‌های عملی استفاده شود در حالی که در دیگر مثال‌ها از روش‌های تئوریک استفاده شود. اگر مربی روش کاهش وزنی را به مراجع آموزش دهد و در مراجعه‌های بعدی مشخص شود که وزن مراجع تا میزان مورد نظر کاهش یافته است، آن‌گاه وی ممکن است این‌گونه ارزیابی کند که برنامه توانمندسازی مؤثر بوده است. اگر مربی که آموزش دوران بارداری را انجام می‌دهد بر اهمیت مراقبت‌های این دوران و مراجعه منظم مراجع تأکید فراوانی داشته باشد و مراجع طبق برنامه و به طور منظم مراجعه کرده باشد، آن‌گاه می‌توان بیان کرد که برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر بوده است. در برخی مثال‌ها که ارزیابی‌ها به راحتی قابل مشاهده نیستند، ممکن است از دیگر روش‌ها استفاده شود. اگر یک بیمار دیابتی به رغم استفاده از انسولین میزان گلوکز خونس همچنان بالا باشد، آن‌گاه مربی نسبت به اطاعت مراجع از توصیه‌های خودمراقبتی شک کرده و می‌فهمد که برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر نبوده است. ارزیابی بیشتر رفتار، دانش و مهارت‌های مراجع به شما کمک می‌کند تا دلیل مشکل را فهمیده و روش توانمندسازی مناسب را تشخیص دهید. عوامل دیگری نیز ممکن است عدم موفقیت مراجع در تحقق اهداف خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار دهند. آیا شرایط مراجع و روش‌های خودمراقبتی عوارضی غیرقابل پیش‌بینی به همراه خواهد داشت؟ آیا مشکل مراجع به درستی تشخیص داده شده و مدیریت می‌شود؟

ارزیابی اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی از طریق بررسی میزان تبعیت مراجعان از توصیه‌های خودمراقبتی زمانی مؤثر خواهد بود که اطلاعات خودمراقبتی دقیقی به دست آید. اگر پیگیری مراجعان تنها با یک سؤال از آنها انجام شود، آن‌گاه جواب مثبت به درستی نشان‌دهنده تبعیت آنها از برنامه نیست. چنین روش‌های ارزیابی نه تنها اطلاعات خودمراقبتی کمی در اختیار مراجعان قرار می‌دهد بلکه مانع رسیدن شما به اطلاعات خودمراقبتی مؤثر در تشخیص موانع موجود در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر خواهد بود. سؤال‌های غیرمستقیم‌تر از مراجعان می‌تواند اطلاعات خودمراقبتی مفیدتری را در اختیار آنها قرار داده و حس اعتماد و اطمینانی را بین پزشک خانواده و مراجع ایجاد کند. علاوه بر این اگر چنین روش‌های ارزیابی در مسیری غیرقضاوتی انجام گیرد آن‌گاه این حس را به مراجع القا خواهد کرد که شما علاقه‌مند کمک به آنها در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی هستید که در واقع این توصیه‌ها برای همراهی مراجع امری مهم و ضروری به حساب می‌آیند.

بیان جملاتی همچون: «بگو ببینم چگونه داروهایت را استفاده کرده‌ای» و یا «چه تعداد از قرص‌هایت باقی مانده»، و یا در توصیه‌های رژیم‌های جملاتی همچون: «بگو ببینم امروز صبحانه و دیشب شام چه خوردی» به نسبت جملاتی مثل: «آیا داروهایت را استفاده می‌کنی؟» یا «آیا رژیمت را دنبال می‌کنی»، به مراتب اطلاعات خودمراقبتی بیشتری در اختیار شما قرار می‌دهد.

ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی با این هدف انجام می‌گیرد که مشکلات مانع همراهی مراجع با توصیه‌های خودمراقبتی شناسایی شود. پزشکان خانواده باید به خاطر داشته باشید که هدف شما، آموزش دانش، مهارت‌ها و رفتارهایی است که به مراجعان در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کمک خواهد کرد. نه اینکه مراجعان را

و اداری به اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کنید. اگر شما (و سایر اعضای تیم سلامت) و مراجعان به صورت یک تیم در کنار یکدیگر فعالیت کرده و ارتباطی دوطرفه با هم داشته باشید، انتظار می‌رود اثربخشی برنامه شما افزایش یابد. ارزیابی در واقع ابزاری برای بررسی دوباره میزان اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است. اگر برنامه اولیه شما مؤثر نباشد، آن‌گاه باید راهکارهای جدیدی برای کمک به مراجعان در تحقق اهداف مدنظر اتخاذ گردد.

۶-۲. اصلاح برنامه

افزایش اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیازمند انعطاف‌پذیری آن است. اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده در جلسات آموزش خودمراقبتی باید بر مبنای نیازهای جدید مراجع در این جلسات تغییر کند. در برخی مواقع نیاز است تا کل برنامه دستخوش تغییر شود و گاهی برنامه باید برای انطباق با برنامه جدید مراجع تغییر کند. جدول ۷-۲، خلاصه‌ای از مراحل انعطاف‌پذیری در اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را نشان می‌دهد.

جدول ۷-۲. اصلاح برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه

چرخه اصلاح، اجرا و ارزیابی

همانطور که پیش از این گفته شد، در مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، در مرحله اول، ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع (تشخیص رفتاری، تعیین موضوع خودمراقبتی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع) انجام می‌شود. در مرحله دوم، بررسی انگیزه یادگیری مراجع (تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع و تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری) صورت می‌گیرد و در مرحله سوم طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی (تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی، ارزیابی مراجع) انجام می‌شود. مرحله چهارم شامل اجرای برنامه (تعیین راهکارها، زمانبندی، تقویت و تجهیز مراجع، اولویت‌بندی فعالیت‌ها) و مرحله پنجم شامل ارزیابی نتایج (میزان موفقیت و راه حل جبران مشکلات) است.

در آخرین مرحله یعنی مرحله ششم، اصلاح برنامه (تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص، تعیین عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع، تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه، تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر

می‌گردد و تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه صورت می‌گیرد و در چرخه‌ای بسته دوباره وارد مرحله ۴ مدل (اجرا، ارزیابی و اصلاح) می‌گردد تا از توانایی کامل مراجع برای خودمراقبتی و کسب نتایج مطلوب اطمینان حاصل گردد.

بخش چرخه انتهای مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بر اساس جدول شماره ۲-۷ است.

جدول ۲-۷. مراحل ۴ تا ۶ مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	چرخه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی
الف) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.	
ب) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.	
ج) به مراجع فرصت دهید تا مسوولیت خود را بپذیرد.	
د) منابع مراجع را تجهیز کنید.	
ه) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.	
۵. ارزیابی نتایج	چرخه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی
الف) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟	
ب) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟	
۶. اصلاح برنامه خودمراقبتی	چرخه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی
الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص	
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع	
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه	
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.	
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه	

۳. راهنمای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت جمعیت مورد نظر در مراکز آموزشی، مراکز کار، محله، روستا، شهر، استان

مدل برنامه‌ریزی مورد استفاده در این راهنما (شکل ۱) دارای شش مرحله کلیدی است:

- مرحله ۱:** پیش‌برنامه‌ریزی
- مرحله ۲:** ارزیابی وضعیت موجود
- مرحله ۳:** تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی
- مرحله ۴:** تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع
- مرحله ۵:** توسعه شاخص‌ها
- مرحله ۶:** مروری بر طراحی برنامه

در شکل، نمایی از مراحل ۶ گانه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، مراکز کار، محله، روستا، شهر و استان ارایه شده است. این مدل برنامه‌ریزی با پیش‌برنامه‌ریزی یا برنامه‌ریزی برای طراحی برنامه شروع می‌شود. در این مرحله نحوه همکاری شرکا با یکدیگر برای برنامه‌ریزی عملیاتی به منظور ارتقای سلامت بر اساس جمع‌آوری و تحلیل مناسب اطلاعات و در قالب زمان در اختیار، پول و سایر منابع موجود بررسی می‌شود. مرحله ۲، ارزیابی وضعیت موجود است که فرآیندی چند بعدی بوده و به‌طور اساسی به این سؤال می‌پردازد که «آیا باید برای ارتقای سلامت اقدامی کنیم و اگر جواب مثبت است، چگونه؟». مراحل ۳ تا ۵، مرتبط با تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی (مرحله ۳)، تعیین راهکارها و فعالیت‌ها (مرحله ۴) و نیز توسعه شاخص‌های برنامه عملیاتی (مرحله ۵) است. مرحله ۶ مروری بر برنامه عملیاتی طراحی شده است تا ببینیم که آیا در عمل قابل اجرا و مؤثر است یا نه؟ مراحل ۷ و ۸ مورد اشاره در شکل ۱ (اجرای برنامه و ارزیابی نتایج/ تأثیر برنامه) مراحل هستند که بعد از برنامه‌ریزی مشارکتی یک برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت باید طی شوند. البته مرحله ۸ به نوعی در تمامی مراحل برنامه‌ریزی مطرح می‌شود. قابل ذکر است که در هر موقعیت، به فراخور شرایط آن و شرکای درگیر در برنامه، ممکن است تفاوت‌های اندکی در روش کار موجود باشد، اما شمای کلی کار در تمامی موقعیت‌ها از چارچوب فوق تبعیت می‌کند.

شکل ۱- مراحل برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت

مرحله ۱: پیش‌برنامه‌ریزی
مرحله ۲: ارزیابی وضعیت موجود
مرحله ۳: تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی
مرحله ۴: تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع
مرحله ۵: توسعه شاخص‌ها
مرحله ۶: مروری بر برنامه عملیاتی طراحی شده
مرحله ۷: اجرای برنامه

مرحله اول - پیش برنامه‌ریزی

هرگونه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت از همان ابتدای کار یعنی مرحله پیش‌برنامه‌ریزی، نیازمند مدیریتی صحیح است. در مدیریت طراحی یک برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت، باید به عناصر زیر توجه نمود:

- مشارکت مؤثر افراد کلیدی و ذی‌نفع
- زمان
- پول و سایر منابع
- جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات
- تصمیم‌گیری

با استفاده از عناصر فوق، تمامی شش مرحله کلیدی طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت باید به دقت مدیریت شوند. به عبارت دیگر در عبور از هر یک از مراحل شش‌گانه طراحی مشارکتی یک برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت باید به این عناصر توجه نمود.

اهمیت مدیریت طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی در چیست؟

با مدیریت مناسب عناصری چون مشارکت مؤثر افراد کلیدی و ذی‌نفع، زمان، پول و سایر منابع، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات و تصمیم‌گیری؛ اثربخشی برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت افزایش یافته و احتمال بروز مشکلات در اجرای آن کاهش می‌یابد.

مشارکت افراد کلیدی و گروه‌های ذی‌نفع در طراحی مشارکتی یک برنامه عملیاتی برای دستیابی به بهترین نتایج حاصل از اجرای برنامه طراحی شده، بسیار مهم است. بدون مشارکت چنین افرادی، اجرای برنامه عملیاتی طراحی شده تحت تأثیر قرار گرفته، به تأخیر افتاده و یا با ابهام روبه‌رو می‌شود.

سوءمدیریت زمان و تأخیر در اجرای فعالیت‌های یک برنامه عملیاتی نیز می‌تواند منجر به از دست دادن فرصت‌ها، کاهش تأثیر پروژه و اختلال در ارتباط شرکای برنامه با هم و با مخاطبان برنامه شود.

مدیریت ضعیف بودجه‌ها و سایر منابع ممکن است موجب تحمیل هزینه‌های کلان پیش‌بینی نشده و یا حتی شکست در اجرای کامل یک برنامه عملیاتی شود.

تصمیمات مبتنی بر اطلاعات و داده‌های ضعیف نیز ناشی از سوءمدیریت و ضعف یا نقصان اطلاعات است و اتخاذ تصمیمات کیفی نیازمند صرف وقت مناسب، خلاقیت و نوآوری و برخورداری از منابع اطلاعاتی کافی است.

راهنمای مدیریت مرحله پیش‌برنامه‌ریزی

مدیریت صحیح طراحی مشارکتی یک برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت از همان مرحله اول یعنی مرحله پیش‌برنامه‌ریزی، نیازمند توجه مدیران به مسایل زیر است:

مشارکت: مطالب فراوانی در مورد اهمیت مشارکت مؤثر ذی‌نفعان و افراد کلیدی در برنامه‌های ارتقای سلامت نوشته شده است که باید به دقت مطالعه شوند. برای برخورداری از مشارکت مؤثر تمامی ذی‌نفعان در طراحی و اجرای یک برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت باید از همان ابتدا، افراد ذینفع و کلیدی را شناسایی نمود (این افراد شامل تیم طراحی پروژه، تأمین‌کنندگان منابع مالی، سیاستمداران، همکاران سایر بخش‌های توسعه و حتی مخاطبان برنامه است) و سپس باید به نقش هر یک از آنها توجه شود (چه کسی باید مطلع شود، چه کسی تصمیم می‌گیرد، چه کسی اطلاعات/خدمات یا حمایت مورد نیاز را ارائه می‌دهد).

در ضمن باید فرآیند مناسبی نیز برای تسهیل و تضمین مشارکت مؤثر تمامی ذی‌نفعان در نظر گرفته شود. برای مثال، تصمیمات چه موقع اتخاذ می‌شوند، توسط چه کسانی و تحت چه فرآیندی (آیا نیاز به رضایت و توافق شرکا دارد)؟ نکته مهم، توجه و تأکید بر توسعه فرآیند مشارکت است و نه فقط نتایج احتمالی آن. با این تفسیر باید به مسایل زیر توجه کرد:

- کار با مردم به جای کار برای آنها
- درگیر نمودن مخاطبان برنامه در طراحی برنامه
- تضمین استفاده از راهکارهای ارزشیابی مشارکتی با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی و تحقیق مشارکتی

زمان: زمان لازم برای هر یک از مراحل ۶ گانه فرآیند برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت، بستگی به شرایط موجود دارد و هرگونه تغییر و تحولی بر آن تأثیر می‌گذارد. در بحث ارتقای سلامت، مشارکت تمامی ذی‌نفعان بسیار مهم است بنابراین زمان اجرای هر یک از مراحل برنامه‌ریزی عملیاتی، اغلب طولانی‌تر از سایر انواع برنامه‌ریزی خواهد بود که خود مشکلات زیادی را در پی دارد. گاه رسیدن به سطح ایده‌آلی از مشارکت، زمان بر است و به علت مشکلات سیاسی و ملاحظات سازمانی، هزینه و یا سایر مسایل نمی‌توان به انتظار آن نشست. البته آنچه که شما با آن به عنوان جدول زمانی انجام فعالیت‌ها آشنا خواهید شد قابل اغماض و مصالحه است لذا سعی کنید امکان مشارکت حداکثری و مؤثر شهروندان را فراهم سازید.

پول و سایر منابع: برنامه ریزان ماهر با تهیه فهرستی از منابع موجود؛ بودجه، زمان، کارکنان، تجهیزات و فضا و مکان‌های در اختیار برای برنامه‌ریزی را به دقت بررسی می‌کنند. سایر منابعی که باید مورد توجه قرار گیرند شامل تعداد و انواع نیروهای تخصصی در اختیار و میزان و کیفیت مشارکت داوطلبین و همکاران و نیز میزان هماهنگی‌ها و همکاری‌های درون و بین‌بخشی و دولتی و غیردولتی موجود است.

وقتی که در مورد پول و منابع صحبت می‌کنیم، باید به خاطر داشته باشیم که زمان نیز خود نوعی ثروت است. هر ساعتی که صرف برنامه‌ریزی می‌شود و هر ساعتی که با خاطر تأخیر در برنامه‌ریزی به هدر می‌رود علاوه بر منابع مالی اضافی که صرف آن می‌شود و کاهش فرصت پیشرفت در سایر برنامه‌ها قیمتی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد و مدیریت شود. با این وجود، زمان بیشتری که برای جلب مشارکت شهروندان هزینه می‌شود، در بلندمدت و با حمایت بیشتر از برنامه و تعهد تأمین منابع کافی، هزینه اثربخش است.

جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات

منابع جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی صحیح را شناسایی کنید. به خاطر بسپارید که روش شما در جمع‌آوری داده‌ها می‌تواند به مسایل زیر بستگی داشته باشد:

- توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه بیش از کاهش بیماری و مرگ

- جمع آوری اطلاعات مبتنی بر مبانی تئوریک مورد استفاه در برنامه مورد نظر و بررسی تمامی فاکتورهای مطرح در تئوری منتخب در هنگام ارزیابی نیازها و طراحی برنامه
- توجه به ظرفیت‌ها و فرصت‌های جوامع و افراد به جای توجه صرف به کمبودها و کاستی‌های آنها
- تعیین روشی برای ارزیابی فرایند و نتایج برنامه در طول اجرای برنامه و پس از آن

تغییر رویکرد منفی به مثبت در جمع آوری داده‌ها	
فرد	منفی: عوامل خطر ساز
	مثبت: مقاومت و توان فردی
سازمان	منفی: شکاف در خدمات، فقدان منابع، اختلال در سیستم ارائه خدمات و منابع
	مثبت: فرصت‌هایی برای مشارکت، همکاری و تعاون
جامعه	منفی: نقاط خطر
	مثبت: امکانات و منابع جامعه

توجه به نقش تئوری: تئوری‌ها یا مدل‌ها، مجموعه مبانی، فرضیات و چارچوب‌های نظری هستند که از آنها برای جمع آوری و تفسیر داده‌ها استفاده می‌شود و تفاوت خاصی را در نظام برنامه‌ریزی ما ایجاد می‌کنند. شما در استفاده از یک **مدل زیست پزشکی**، به فرآیندهای بیماری و مرگ و عواملی توجه می‌کنید که اغلب جسمی (مربوط به جسم) بوده و تابع مداخلات پزشکی است. برای مثال، در بیماری قلبی تأکیدتان بر توجه به غربالگری افزایش میزان کلسترول خون یا فشار خون بالا است و برای حل مشکل از دارویی استفاده می‌کنید که فشار خون و کلسترول بالا را کنترل می‌کند.

اگر از یک **مدل رفتاری** استفاده کنید، بر رفتارهای افراد و رابطه آنها با بیماری و مرگ متمرکز می‌شوید. در چنین رویکردی، مداخله برای سلامت قلب ممکن است شامل آموزش منافع استفاده از رژیم غذایی کم‌چرب، اجرای یک بسیج اطلاع‌رسانی چند رسانه‌ای در مورد منافع تحرک فیزیکی و نیز اجرای برنامه‌های عملیاتی تشویق مردم به ترک سیگار، کاهش استرس در محیط کار و مذاکره با صنایع غذایی برای ارائه محصولات جایگزین کم‌چرب و کم‌نمک باشد. بنابراین داده‌هایی که باید جمع‌آوری شوند شامل میزان استعمال دخانیات، تحرک جسمی، مصرف چربی در غذا و وجود استرس در محیط کار است. اگر اهداف کلی و اختصاصی تنها مبتنی بر میزان کلسترول و فشار خون طراحی شود و به مسایل رفتاری مرتبط با آن توجه نشود، برنامه‌ریزان چنین مدلی با انتقاد متخصصان ارتقای سلامت روبه‌رو خواهند شد؛ چون در برنامه‌های مبتنی بر رویکردهای زیست پزشکی اغلب این قربانیان هستند که به خاطر مشکلاتی که با آنها روبه‌رو می‌شوند، سرزنش خواهند شد.

اما اگر از یک **مدل محیطی - اجتماعی** استفاده کنید، در این صورت بر شرایط محیطی روانی، اجتماعی، اقتصادی و محیط‌های فیزیکی مؤثر در ضعف و نقصان سلامت و یا تقویت آن متمرکز می‌شوید. این عوامل شامل تعیین‌کننده‌های سلامت مانند مسکن، صلح، آرامش و امنیت، احساس تعلق به یک جامعه، درآمد کافی، غذا، هوا، آب و خاک سالم و تمیز، شرایط کاری ایمن و غیره است. راهکارهای ارتقای سلامت در این مدل شامل ایجاد حمایت سیاسی

و ایجاد محیط‌های پشتیبان و نیز توسعه مهارت‌های فردی است. برای مثال در مسأله سلامت قلب، این موارد می‌تواند شامل رایزنی و جلب حمایت مشاغل مختلف برای ارابه فرصت‌هایی جهت تحرک فیزیکی در محیط کار، جلب حمایت دولت برای حمایت کافی از افزایش درآمد افراد و کار با افراد منزوی و ایزوله برای ایجاد هویت جمعی است. هر مدل، شما را وادار می‌کند تا به دنبال انواع مختلفی از اطلاعات در مورد موضوع مورد نظر یا جمعیت مخاطب‌تان باشید و راهکارهای مختلفی را هم توصیه می‌نماید. البته هر یک از این مدل‌ها می‌تواند در ترکیبی با سایر مدل‌ها به کار رود که موجب تقویت جمع‌آوری اطلاعات و برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مربوطه می‌شود. در بخش تئوری‌ها و مدل‌های این راهنما، برخی از مدل‌های قابل استفاده در برنامه‌ریزی عملیاتی برای ارتقای سلامت به ویژه مدل پرسید/پرسید که سازگاری بیشتری با این روش برنامه‌ریزی دارد، آورده شده است.

تصمیم‌گیری: در هر مرحله از فرآیند طراحی برنامه ارتقای سلامت، باید تصمیماتی اتخاذ شود. این نکته مهمی است که بدانیم چه کسی / کسانی باید در هر مرحله از تصمیم‌گیری درگیر باشند و نیز چه کسی / کسانی باید از نتایج این تصمیمات مطلع شوند.

بخشی از مدیریت پروژه، مدیریت جریان اطلاعات و حق انتخاب‌هاست، به نحوی که تصمیمات، به موقع اتخاذ شده و از آنها حمایت شود. از اولین تصمیمات کلیدی، می‌توان به انتخاب نحوه، محدوده زمانی و منابع طراحی برنامه و تعیین مسایل و واقعیت‌های سیاسی که باید در برنامه‌ریزی مد نظر قرار گیرند، اشاره نمود.

اصول راهنمای مدیریت مرحله پیش‌برنامه‌ریزی

الف - در این گام، باید به پرسش‌های برگه کار اول در مورد مشارکت، زمان، پول و سایر منابع، جمع‌آوری اطلاعات و تصمیم‌گیری پاسخ داد.

ب - در گام دوم، با استفاده از برگه کار دوم برنامه کاری خود را برای طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت طراحی کنید. این کار را برای هر مرحله از شش مرحله فرآیند طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی تکرار کنید یعنی فعالیت‌ها، مسوول اجرای هر فعالیت، زمان اجرای هر فعالیت و منابع مورد نیاز برای اجرای هر فعالیت را پیش‌بینی کنید.

برگه کار اول

مشارکت: چه کسی باید در طراحی برنامه درگیر باشد و چگونه؟

زمان: برنامه ریزی کی باید شروع شود و کی باید تمام شود؟ چقدر زمان وجود دارد؟ آیا تاریخ‌های کلیدی یا زمان‌های انقضای خاصی که از قبل برنامه ریزی شده باشد، وجود دارد؟

پول و سایر منابع: منابع در دسترس کدامند؟

جمع آوری اطلاعات: اطلاعات مورد نیاز کدامند؟ منابع جمع آوری اطلاعات کدامند؟ اطلاعات چه زمانی و در چه تاریخی باید جمع آوری شود؟ اطلاعات جمع آوری شده چگونه تجزیه و تحلیل می‌شوند؟

تصمیم‌گیری: تصمیمات کلیدی چگونه و کی باید اتخاذ شوند؟

شناسایی و کار با ذی‌نفعان و افراد کلیدی: افراد و سازمان‌های ذی‌نفع و کلیدی کدامند؟ (به تفکیک اصلی یعنی افرادی که باید در تیم بررسی وضعیت موجود و برنامه ریزی حضور داشته باشند/ درگیر که شامل افرادی است که می‌توانند مورد مشورت قرار گیرند یا بخشی از فرایند مورد نظر هستند/ حامی که شامل افرادی می‌شود که از برنامه حمایت می‌کنند/ محیطی که شامل افرادی می‌شوند که لازم است در جریان برنامه قرار گیرند).

برگه کار دوم

فعالیت	مسئول	زمان	منابع مورد نیاز

مرحله دوم - ارزیابی وضعیت موجود

انواع اطلاعات حاصل از ارزیابی وضعیت موجود، فرایند طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. اطلاعاتی نظیر: شرایط محیطی اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی / آیین‌نامه‌ها و قوانین موجود / ذی‌نفعان و افراد کلیدی / نیازهای سلامت مردم / شرایط سلامت مردم / ارزشیابی‌های قبلی انجام شده / مداخلات مشابه / سوابق، دیدگاه‌ها، باورها، عقاید، دانش‌ها، رفتارها . . . و سرانجام نگاه کلی مردم به برنامه‌های ارتقای سلامت.

علت استفاده از عبارت «ارزیابی وضعیت موجود» به جای «ارزیابی نیاز»، این است که از یک اشتباه رایج پیشگیری کنیم: توجه صرف به مشکلات و مسایل و یا توجه انحصاری به نقاط قوت و منابع افراد و جوامع. در واقع ما به دنبال توجه کامل به تمامی عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی محیطی مؤثر در ارتقای سلامت و به بیان دیگر تمامی عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت هستیم.

برای مثال در یک برنامه ارتقای سلامت شهروندان ممکن است در یک محله به داده‌های بیماری (چیزی که مردم را به بیمارستان‌ها می‌کشاند و یا مجبور می‌کند به پزشکان مراجعه کنند) و یا مرگ و میر (چیزی که مردم را می‌کشد) توجه شود.

برای مثال بررسی بیشتر، رابطه خشونت را با سن و جنس و مرحله زندگی، زندگی در مناطق با درآمد ناکافی و حاشیه شهر، میزان بالای بیکاری و پایین بودن تسهیلات رفاهی نشان می‌دهد. در چنین حالتی، «ارزیابی نیازها» مشخص می‌کند که محله نیازمند بهبود وضعیت مسکن و یا برنامه‌های عملیاتی مبارزه با فقر است اما «ارزیابی وضعیت موجود» و رای این مسأله بوده و مشخص می‌کند نقاط قوت محله چه هستند و چه امکاناتی برای حمایت از کودکان قربانی در محله وجود دارد. برای مثال وجود یک انجمن قدرتمند حمایت از کودکان بد سرپرست یا زنان قربانی خشونت که می‌توان از این امکانات برای ارتقای سلامت شهروندان ساکن در محله استفاده کرد.

اهمیت ارزیابی وضعیت موجود در چیست؟

این بخش حیاتی و گاه وقت‌گیر آغازین فرایند طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت، دربرگیرنده اشکال مختلفی از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات است.

در واقع، ما در این بخش از فرآیند برنامه‌ریزی، اطلاعات مورد نیاز برای پاسخ‌گویی به انواع سوالات مان در زمینه موضوع مورد نظر را جمع‌آوری، ثبت و تجزیه و تحلیل می‌کنیم و برای انجام چنین کاری باید از بهترین روش‌های تحقیقاتی استفاده کنیم.

به خاطر داشته باشید داده‌هایی که جمع‌آوری می‌کنید، تحت تأثیر موارد زیر هستند:

- تئوری یا مدل و رویکردی که مدنظر دارید (زیست پزشکی، رفتاری، محیطی - اجتماعی)
- نگاه تئوریک شما به روابط و رفتارهای فردی، بین فردی، اجتماعی و عوامل محیطی مؤثر بر هر یک از این روابط و رفتارها
- رویکرد شما به ارزیابی همه جانبه عوامل فردی، محیطی و اجتماعی به جای تأکید صرف بر نیازهای سلامت مخاطبان
- منابع اطلاعاتی بالقوه (موجود و در دسترس)

اصول راهنمای مدیریت مرحله ارزیابی وضعیت موجود

مشارکت: زمینه مشارکت مؤثر شرکای دخیل در طراحی برنامه‌اتان را فراهم سازید. در طراحی برنامه ارزیابی وضعیت موجود به گونه‌ای عمل کنید که امکان حضور مؤثر تمامی ذی‌نفعان و افراد کلیدی در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات فراهم گردد و هر یک از شرکا بتوانند منابع اطلاعاتی در اختیارشان را با سایر شرکا به اشتراک گذارند.

زمان: شما می‌توانید از طریق جمع‌آوری اطلاعات در دسترس و مناسب موجود و تهیه دستور کار مشخصی برای برگزاری جلسات مشترک با ذی‌نفعان برنامه به منظور بررسی اطلاعات موجود، با سرعت بیشتری این مرحله را به پایان رسانید. البته باید توجه داشت که اجرای مناسب مرحله ارزیابی وضعیت موجود، مستلزم صرف وقت و زمان کافی است و در مواردی که اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری صحیح فراهم نیست نباید از طولانی شدن مرحله ارزیابی وضعیت موجود نگران شد.

پول و سایر منابع: مرحله ارزیابی وضعیت موجود مرحله‌ای مناسب برای جلب مشارکت مردم، ذی‌نفعان و نیز متخصصان فعال در عرصه‌های پژوهشی است. در ضمن، این مرحله مرحله‌ای خاص با بروندادی مشخص است. اطلاعات حاصل از این مرحله، می‌تواند مورد توجه مردم و ذی‌نفعان قرار گیرد و بستر مناسبی برای جلب مشارکت مردم، افراد و سازمان‌های ذی‌نفع و نیز جلب حمایت و سرمایه‌گذاران و حامیان فراهم سازد.

جمع‌آوری اطلاعات: لازم است که به موارد زیر توجه کنید:

- تأکید بر نقاط قوت، ظرفیت‌ها و منابع افراد و جوامع و نه فقط کمبودها و مشکلات
- تأکید بر عوامل تعیین‌کننده سلامت و نه فقط بیماری و مرگ ناشی از آن

در تحلیل اطلاعات نیز توجه به موارد زیر مفید است:

- روش مؤثری را برای جمع‌آوری اطلاعات انتخاب کنید (بررسی اطلاعات موجود در منابع مختلف، بحث و تبادل نظر با مردم، بحث گروهی متمرکز، تکمیل پرسش‌نامه و چک لیست‌های مشاهده محله / گفتگوی چهره به چهره یا نظرسنجی تلفنی)
- فهرستی از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده تهیه نموده و مراحل کار در هر یک از این روش‌ها را مشخص کنید.
- منابع جمع‌آوری اطلاعات موجود (افراد و سازمان‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی) را مشخص کنید.
- فهرستی از شکاف‌های اطلاعاتی خود تهیه کنید (فاصله اطلاعات موجود و اطلاعات مورد نیاز) و برای رفع شکاف‌های اطلاعاتی‌تان، برنامه‌ریزی کنید.
- اطلاعاتی را که جمع‌آوری کرده‌اید طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل کنید.

تصمیم‌گیری: به موارد زیر توجه نمایید:

- با توجه به نتایج ارزیابی وضعیت موجود، ببینید هنوز هم مایل به طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی مورد نظرتان هستید؟ برای مثال اقدام شما برای کاهش خشونت علیه زنان خیابانی از مقبولیت اجتماعی و سیاسی برخوردار است؟

- ببینید بر اساس نتایج ارزیابی وضعیت موجود، اولویت‌هایی که باید در طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی تان به آنها توجه نمایید، کدامند؟
- تعیین کنید که با توجه به نتایج ارزیابی وضعیت موجود، برای پیشرفت پروژه چه باید کرد؟
- ببینید با توجه به نتایج ارزیابی وضعیت موجود، استدلال منطقی شما برای اجرای برنامه مورد نظرتان چیست؟ در واقع چرا فکر می‌کنید برنامه شما، برنامه خوبی است؟

نحوه انجام ارزیابی وضعیت موجود

الف - شناسایی ذی‌نفعان و افراد کلیدی:

- فهرستی از افراد و سازمان‌های علاقه‌مند یا درگیر در موضوع مورد نظر تهیه نمایید.
- ذی‌نفعان و افراد کلیدی شناسایی شده را آنالیز کنید (چه کسی از برنامه شما حمایت می‌کند، چه کسی مخالف آن است و چه کسی موافق است اما حاضر به همراهی با شما نیست؟ چه کسی موافق است و با شما همکاری خواهد کرد؟).

ب - بررسی تجارب و سوابق قبلی:

- سوابق برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت قبلی اجرا شده در منطقه مورد نظرتان را بررسی کنید.
- سوابق تحقیقات قبلی در زمینه مسایل سلامت در اولویت منطقه مورد نظرتان را بررسی کنید.
- نتایج ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت قبلی منطقه مورد نظرتان را بررسی کنید.
- چنانچه برنامه دیگری در زمینه سلامت در محله مورد نظرتان اجرا شده؛ سوابق مربوطه را تهیه و بررسی نمایید.
- فهرستی از داده‌های مورد نیاز برای ارزیابی وضعیت موجود را تهیه نمایید.

پ - جمع‌آوری داده‌های سلامت:

- داده‌های جمعیتی
- میزان مرگ و میر و ابتلای به بیماری و ناتوانی ناشی از بیماری و مرگ
- داده‌های رفتاری
- داده‌های سلامت (شامل شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی)

ت - بررسی قوانین و آیین‌نامه‌های موجود:

به عنوان بخشی از ارزیابی وضعیت موجود، بررسی قوانین و آیین‌نامه‌های موجود برای اطمینان از تطابق و هماهنگی برنامه عملیاتی شما با آنها، ضروری است. به‌ویژه به موارد زیر توجه کنید:

- قوانین و مقررات سازمان تان
- سایر قوانین و مقررات
- خط‌مشی‌ها، سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها
- استانداردهای حرفه‌ای و تخصصی و ملاحظات اخلاقی
- سیاست‌های مصوب
- قوانین و مقررات شرکای بالقوه و رقبا
- قوانین بودجه‌ای

ث - ارزیابی چشم‌اندازهای مرتبط:

علاوه بر بررسی قوانین و مقررات موجود، توجه به موارد زیر نیز مهم است:

- چشم‌انداز سازمان‌تان
- چشم‌انداز سایر شرکای درگیر در فرآیند برنامه‌ریزی
- چشم‌انداز مطلوب مدیران، سیاستمداران، رهبران جامعه
- چشم‌انداز برنامه‌های عملیاتی استراتژیک مرتبط

ج - تحلیل PEST:

عوامل سیاسی، اقتصادی، محیطی، اجتماعی و تکنولوژیکی که می‌توانند بر برنامه عملیاتی شما تأثیر گذارند را تعیین کنید.

چ - تعیین شکاف‌های اطلاعاتی:

تمام اطلاعات جمع‌آوری شده تا اینجای کار را مرور کنید. شکاف‌های اطلاعاتی موجود در طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی‌تان را تعیین کنید. منابع و روش جمع‌آوری اطلاعات جدید برای رفع شکاف‌های اطلاعاتی تعیین شده را مشخص سازید.

تعیین عوامل مستعدکننده و عوامل بازدارنده:

بر اساس اطلاعاتی که جمع‌آوری نموده‌اید، عوامل مؤثر در تقویت رفتار مورد نظرتان را تعیین کنید (عوامل مستعدکننده)؛ عواملی که مانع از رفتار مورد نظرتان می‌شود را مشخص سازید (عوامل بازدارنده) و تعیین کنید برای توسعه عوامل مستعدکننده و کاهش عوامل بازدارنده چه باید کرد. برای ارزیابی وضعیت موجود، برگه‌های کار سوم و چهارم را تکمیل کنید.

برگه کار سوم

الف - دیدگاه ذی‌نفعان و افراد کلیدی

فهرستی از افراد و سازمان‌های ذی‌نفع در برنامه عملیاتی‌تان تهیه کنید. نظر هر یک از آنها را در مورد برنامه خود جویا شوید و به تفکیک موافقان، مخالفان و حامیان دسته‌بندی کنید.

ب - سوابق و تجارب قبلی

سوابق پروژه‌های قبلی در زمینه برنامه مورد نظرتان را بررسی کرده و نکات مهم آن را یادداشت کنید.

پ - داده‌های سلامت

فهرستی از مسایل سلامت و بیماری و مرگ ناشی از آنها در محله مورد نظرتان تهیه کنید.

ت - قوانین و آیین‌نامه‌های موجود

فهرستی از قوانین و مقررات و آیین نامه‌های مرتبط با برنامه‌اتان و منابع وضع‌کننده یا نقض‌کننده آنها تهیه کنید. علاوه بر این مشخص سازید که کدام یک از این سازمان‌ها مایل به همکاری در برنامه شما هستند.

ث - چشم‌اندازهای مرتبط

مشخص سازید که برنامه عملیاتی شما به تحقق چشم‌انداز کدام یک از سازمان‌ها کمک می‌کند. فهرستی از مهم‌ترین چشم‌اندازهای مرتبط تهیه کنید (با ذکر نام سازمان مربوطه).

ج - PEEST

عوامل سیاسی، اقتصادی، محیطی، اجتماعی و تکنولوژیکی مؤثر بر برنامه عملیاتی خود را تعیین کنید.

چ - شکاف‌های اطلاعاتی

شکاف‌های اطلاعاتی تان چیست؟ شما می‌خواهید چه اطلاعاتی را بدانید؟

برگه کار چهارم

با توجه به ارزیابی وضعیت موجود و رجوع به برگه‌های کاری اول، دوم و سوم موارد زیر را تکمیل کنید:

الف - مهم‌ترین مسایل سلامت مرتبط با برنامه عملیاتی شما. فهرستی از مهم‌ترین مسایل سلامت مرتبط با برنامه عملیاتی خود تهیه کنید. برای این کار به جمعیت متاثر از موضوع سلامت مورد نظر، امکان پاسخ‌گویی به آن، زمان در اختیار برای اجرای برنامه و غیره توجه کنید.

ب - عوامل مستعدکننده

بر اساس تحلیل تان، عواملی را مشخص سازید که می‌توانند به اجرای برنامه عملیاتی شما کمک کنند.

ج - عوامل بازدارنده

بر اساس تحلیل تان، عواملی را مشخص سازید که می‌توانند به عنوان مانعی در برابر برنامه عملیاتی شما عمل کنند.

د - احتمال موفقیت برنامه

تعیین کنید که با توجه به تحلیل وضعیت موجود و عوامل مستعدکننده و بازدارنده، امکان موفقیت برنامه عملیاتی شما چقدر است؟

ح - اقدامات مورد نیاز برای موفقیت برنامه

نیازمند مشارکت چه کسی یا سازمانی هستید؟ به چه اطلاعاتی نیاز دارید؟ چقدر زمان و وقت نیاز دارید؟

مرحله سوم - تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی

مرحله ۳، مرحله‌ای است برای تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی. درک صحیح ارتباط بین اهداف کلی و اختصاصی و نیازهای واقعی گروه هدف موجب تقویت برنامه عملیاتی شما برای ارتقای سلامت می‌شود.

اهمیت تعیین گروه هدف و اهداف کلی و اختصاصی در چیست؟

با تعیین اهداف کلی و اختصاصی می‌توانید نظام ارزیابی برنامه خود را طراحی کنید. علاوه بر این، راهکارهای مورد استفاده در برنامه شما نیز برای تحقق اهداف کلی و اختصاصی انتخاب می‌شوند. انتخاب اهداف اختصاصی SMART برای ارزیابی تأثیر و نتیجه برنامه شما، حیاتی است.

هدف کلی

هدف کلی، بیانگر مسیر دلخواه یا دستاورد کلی یک برنامه عملیاتی است. اکثر برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت دارای یک هدف کلی هستند، البته در برنامه‌های عملیاتی بزرگ‌تر می‌توان چند هدف کلی انتخاب کرد. مثال‌هایی از اهداف کلی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت شامل موارد زیر می‌باشند:

- «تمامی کودکان شهر زندگی عاری از خشونت خانگی را تجربه کنند»
- «هیچ کودکی قربانی خشونت نشود»

اغلب در تعیین هدف کلی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت، با چالش‌های متعددی روبه‌رو می‌شویم:

- اغلب اطلاعات موجود، مبتنی بر بیماری و مرگ هستند.
- شواهد کافی برای اثبات کارایی بسیاری از مداخلات وجود ندارد.
- حامیان برنامه خواهان پذیرش مسوولیت مداخلات و ارزیابی تأثیر آنها هستند.

به خاطر داشته باشید که هدف کلی، مسیری را که باید طی کنیم مشخص می‌سازد. برای مثال در پیشگیری از خشونت خانگی، می‌خواهیم تعداد قربانیان را کاهش دهیم.

در پیشگیری از یک معضل سلامت اغلب چنین تصور می‌شود که رابطه‌ای خطی و یک طرفه بین بیماری و مرگ با سلامت وجود اما برای سلامت می‌توان مستقل از بیماری و مرگ هم برنامه‌ریزی نمود.

در واقع، در یک برنامه عملیاتی ارتقای سلامت ما می‌توانیم رابطه‌ای غیرخطی بین بیماری و مرگ با سلامت برقرار کنیم و در جستجوی تعیین یک هدف کلی مستقل از بیماری و مرگ و مثبت باشیم (مثل ارتقای سلامت شهروندان محله حسن آباد).

باید توجه داشت که در فرآیند تدوین هدف کلی، ما تنها «در حال تعیین مسیرهای مهم» برای ارتقای سلامت هستیم. رسیدن به اجماع در این مسأله به خصوص در موارد زیر بسیار مهم است:

- داده‌های کمی، به خوبی در دسترس و فراهم نباشند.
- نوآوری یا روش جدیدی مورد نیاز باشد.
- ذی‌نفعان آرا و عقاید مختلفی در باره برنامه داشته باشند.

البته ایده آل آن است که اهداف کلی‌مان را در قالب واژه‌های مرتبط با محصول کار و در قالب شاخص‌های قابل سنجش بیان کنیم.

اهداف کلی می توانند مشکل نگر یا مثبت نگر باشند. در ادامه مثال‌هایی از انواع مختلف هدف کلی (و نقاط قوت و ضعف آنها) ارائه می‌شود.

- هدف کلی مشکل نگر: کاهش میزان ابتلای به بیماری، معلولیت و مرگ و میر به علت وسایط نقلیه موتوری، سقوط در دوران سالمندی و پیشگیری از خفگی کودکان با جسم خارجی.

❖ **نقاط قوت:** هدف، واضح و روشن و در عین حال در خصوص میزان تغییر مورد انتظار انعطاف پذیر است.

❖ **نقاط ضعف:** هدف مبتنی بر آسیب بیان شده و ممکن است با مبانی تئوریک مثبت‌نگر برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت تناسبی نداشته باشد.

- هدف کلی مثبت‌نگر: ارتقای سلامت دانش آموزان، ارتقای سلامت عابران پیاده، ارتقای سلامت سالمندان.

❖ **نقاط قوت:** هدف، واضح و روشن و مبتنی بر نتایج مثبت برنامه است.

❖ **نقاط ضعف:** پذیرش مسوولیت چنین هدفی نیازمند طراحی و توسعه شاخص‌های مناسب است.

اهمیت تعیین هدف کلی

هدف کلی، مسیر کلی برنامه عملیاتی برای رسیدن به مقصد را مشخص می‌سازد که بهتر است چنین مقصدی واقعی و مورد علاقه گروه هدف باشد. هدف کلی مثبت‌نگری که مبتنی بر نتایج شفاف باشد، راهنمای خوبی برای انتخاب راهکارها و فعالیت‌های یک برنامه عملیاتی است. هرگونه تغییری در وضعیت موجود جامعه‌ای که برای ارتقای سلامت آن برنامه‌ریزی می‌کنیم، ممکن است راهکارهای ما را تغییر دهد اما اغلب تأثیر چندانی بر هدف کلی ما ندارد. داشتن یک هدف کلی روشن و واضح برای طراحی نظام ارزیابی برنامه عملیاتی ضروری است. مجموعه اهداف کلی و اختصاصی برنامه عملیاتی شما می‌تواند بیانگر تئوری مورد استفاده شما برای ارتقای سلامت باشد البته به شرط آن که از یک نظم منطقی برخوردار باشند.

گروه هدف

ما در این مرحله، جمعیتی را مشخص می‌کنیم که مستلزم توجه خاص برای تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی است. شناخت دقیق گروه هدف، گام مهمی برای تعیین اهداف کلی و اختصاصی شفاف است. توجه داشته باشید که تعیین گروه هدف ممکن است اولین حرکتی باشد که شما پس از ارزیابی وضعیت موجود انجام می‌دهید. علاوه بر این شما می‌توانید گروه‌های مختلفی را به عنوان گروه‌های هدف اولیه و میانی برنامه عملیاتی خود انتخاب کنید.

اهمیت تعیین گروه هدف

تعیین مناسب گروه هدف، بسیار مهم است زیرا در انتخاب تئوری مورد استفاده و تعیین اهداف اختصاصی و راهکارهای تحقق هر یک از اهداف اختصاصی راهگشا است.

اهداف اختصاصی

هدف اختصاصی، عبارت کوتاهی است که بیانگر محصول یا تأثیر مورد نظر از اجرای فعالیت‌های برنامه عملیاتی ارتقای سلامت است (برای مثال این که چه مقدار از چه چیزی باید برای چه کسی و تا چه زمانی اتفاق افتد). اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت باید SMART باشد. یک هدف SMART دارای خصوصیات زیر است:

- ❖ **اختصاصی (Specific):** هدف اختصاصی باید بگوید که چه کسی یا چه چیزی مورد تأکید بوده و چه نوع تغییری مورد نظر است.
- ❖ **قابل اندازه‌گیری (Measurable):** هدف اختصاصی باید شامل مقدار یا نسبت تغییر مورد انتظار بوده و قابل اندازه‌گیری باشد.
- ❖ **مناسب (Appropriate):** هدف اختصاصی باید نسبت به نیازها و تمایلات مخاطب و نیز توجه به هنجارها و انتظارات اجتماعی، حساس باشد.
- ❖ **مبتنی بر واقعیت (Realistic):** هدف اختصاصی باید شامل حدی از تغییر باشد که بتواند به‌طور منطقی و تحت شرایطی خاص به دست آید.
- ❖ **محدوده زمانی (Time-bound):** هدف اختصاصی باید به‌طور روشن، دوره زمانی دستیابی به تغییرات رفتاری مورد نظر را مشخص سازد.

اهداف اختصاصی کوتاه‌مدت

بر اساس زمان مورد انتظار برای تحقق هدف کلی برنامه می‌توان اهداف اختصاصی را به کوتاه و بلند مدت تقسیم نمود. به عنوان یک قانون کلی، چارچوب زمانی اهداف اختصاصی کوتاه مدت به کوتاهی ۲ تا ۳ ماه و یا تا دو سال است و برای اهداف اختصاصی طولانی مدت، ۲ تا ۵ سال است.

اهداف اختصاصی کوتاه مدت بیانگر نتایج کوتاه مدت و بینابینی است که لازم است برای ایجاد تغییرات پایدار طولانی مدت، اتفاق افتد. برای مثال تغییر سطح دانش گروه هدف برای اتخاذ رفتار سالم مورد نظر یک هدف بینابینی است. به همین ترتیب، افزایش حمایت سیاست‌گذاران از یک سیاست ارتقای سلامت، هدف اختصاصی بینابینی برای اجرای آن سیاست است.

در این قسمت به برخی از مثال‌های مرتبط با اهداف اختصاصی کوتاه مدت می‌پردازیم:

- در اولین سال برنامه، ۹۰٪ مادران جوان محله حسن آباد می‌دانند که در صورت مواجهه با خشونت خانگی به کجا مراجعه کنند.
- تا پایان اولین سال برنامه، ۸۰٪ والدین محله حسن آباد، با مهارت‌های والدی عاری از خشونت آشنا باشند.

اهداف اختصاصی طولانی مدت

اهداف اختصاصی طولانی مدت، نتایج یا تغییرات مورد نیاز برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی را مشخص می‌سازند، مانند کاهش میزان بروز خودکشی یا بهبود وضعیت ایمنی ناشی از اجرای یک سیاست تولید خودروی ایمن در کشور. در این قسمت به برخی از مثال‌های اهداف اختصاصی بلندمدت می‌پردازیم:

- تا پایان سال سوم برنامه، میزان بروز خودکشی جوانان محله حسن آباد به میزان ۵۰٪ کاهش یابد.
- کاهش ۳۰ درصدی کودکان قربانی خشونت جنسی در محله حسن آباد تا پایان سال سوم برنامه.

بسیار مهم است که اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی شما برای ارتقای سلامت اختصاصی، عملی و مبتنی بر واقعیات باشد.

اصول راهنما برای مدیریت تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی

مشارکت: ارتقای سلامت نیازمند جلب مشارکت مخاطبان، توسعه هماهنگی و همکاری سایر سازمان‌ها و ایجاد انگیزه در اعضای تیم سلامت است. برای این کار باید از مخاطبان، سازمان‌های همکار و اعضای تیم سلامت بخواهید که در تعیین اهداف کلی و اختصاصی مناسب سهیم شوند.

زمان: این مرحله در طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت آن قدر حیاتی است که باید اطمینان حاصل کنید که زمان مناسبی را به آن اختصاص داده‌اید. البته استفاده بهینه از زمان در اختیار و اجتناب از بحث‌های گروهی طولانی مدت نیز ضروری است.

پول و سایر منابع: هزینه‌های مستقیم این مرحله شامل هزینه معمول جلسات مرتبط (مثل ایاب و ذهاب، اسکان، غذا و غیره) و هزینه‌های غیرمستقیم شامل زمان لازم برای مذاکره با ذی‌نفعان است.

جمع‌آوری اطلاعات: اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد برنامه‌های عمیاتی قبلی و نیز درس‌های آموخته شده و نتایج آنها؛ منابعی ارزشمند و کلیدی برای این مرحله هستند. توجه به اطلاعات منابع مالی موجود و عوامل تعیین‌کننده نیز ضروری است.

برای تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی به دنبال داده‌های مرتبط با موارد زیر باشید:

- کاهش آسیب و بیماری و مرگ حاصله
- عوامل زیست - پزشکی و رفتاری
- عوامل اجتماعی - محیطی (مانند شرایط مسکن، میزان انزوا و تنهایی مخاطبان)

تصمیم‌گیری: محصول کلیدی این مرحله، تعیین سلسله‌مراتبی از اهداف کلی و اختصاصی است. برای این کار باید به نتایج مورد انتظار از برنامه عملیاتی خود فکر کنید و با مشارکت شرکای برنامه‌ریزی تصمیم‌گیری کنید.

نحوه تعیین اهداف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی

الف - تدوین هدف کلی:

با توجه به گروه هدف برنامه عملیاتی، نتیجه مورد انتظار از اجرای برنامه را در قالب کلمات مثبت و واقعی بیان کنید.

ب - تعیین عوامل مؤثر در تحقق هدف کلی:

- عوامل مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود را مشخص سازید. از توجه کافی به عوامل رفتاری و شرایط محیطی اجتماعی اطمینان حاصل کنید. عوامل شناسایی شده را به شکل مثبت و نه با کلمات «فقدان» یا منفی بیان کنید. برای مثال عواملی که موجب حفاظت از مردم در برابر خشونت می‌شوند شامل همبستگی

اجتماعی، سرمایه اجتماعی، محیط حمایتی، خانواده‌های پایدار، مهارت کنترل خشم، حل مسالمت‌آمیز درگیری‌ها و درآمد کافی است.

- اگر رسیدن به بیان مثبتی از عوامل مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی شما مشکل است، بیان منفی عوامل مذکور را در سمت چپ کاغذ بنویسید و در سمت راست کاغذ معادل مثبت آن را یادداشت کنید طوری که با تا کردن کاغذ، بیان منفی و مثبت هر یک از عوامل روی هم قرار گیرند. مثال:

- اعتماد به نفس پایین ----- اعتماد به نفس بالا
- خشونت خانگی ----- خانواده همبسته
- جوانان ایزوله ----- جوانان اجتماعی
- خشونت ----- زندگی عاری از خشونت

- سپس فهرستی از عوامل مؤثر در هر یک از عواملی که مشخص نموده‌اید، تهیه کنید. برای رسم هندسی زنجیره عوامل مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود و نیز علل مؤثر در هر یک از این عوامل می‌توانید از نمودار استخوان ماهی استفاده کنید. انجام این مرحله در برنامه‌های عملیاتی کوچک‌تر و یا در موقعیت‌های ساده‌تر الزامی نیست.

پ - تعیین گروه هدف:

با نگاهی به عوامل مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود و بر اساس نتایج تحلیل وضعیت موجودی که انجام داده‌اید، مهم‌ترین گروه یا گروه‌هایی را که برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی شما نیازمند توجه خاص می‌باشند تعیین کنید (مانند کودکان زیر سه سال که در مهد کودک‌ها نگهداری می‌شوند، کودکان خانواده‌های کم‌درآمد).

ت - تدوین اهداف اختصاصی:

بر اساس هدف کلی برنامه، گروه هدف اولیه و بینابینی و عوامل مؤثر در تحقق هدف کلی و اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی خود را تعیین کنید.

برگه کار پنجم

الف - هدف کلی پروژه

در قالب کلمات مثبت بیان کنید که می‌خواهید با اجرای برنامه عملیاتی خود به چه چیزی دست یابید.

ب - عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی

عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود را تعیین نمایید.

پ - گروه هدف

بر اساس عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی و نتایج ارزیابی وضعیت موجود برنامه عملیاتی، گروه هدف برنامه را تعیین کنید. برای این کار جدول زیر را تکمیل نمایید:

عامل کلیدی	گروه هدف

ت - اهداف اختصاصی

برای تأثیر بر هر یک از عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود، یک هدف اختصاصی نوشته و آن را با گروه هدف مربوطه مرتبط سازید (مثل تدوین دستورالعمل ایمنی کودکان زیر سه سال مهدکودک‌های محله حسن آباد در برابر گیر کردن جسم خارجی در گلو تا پایان سال جاری).
اهداف اختصاصی طراحی شده را بر اساس زمان مربوطه به تفکیک زیر یادداشت کنید:

اهداف اختصاصی:

- کوتاه مدت:

- بلندمدت:

خلاصه برگه کار پنجم

آماده باشید تا هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی را در قالب مدل منطقی در مرحله ۶ منتقل سازید.

هدف کلی

--

گروه هدف

--

اهداف اختصاصی کوتاه مدت

--	--	--

--	--	--

اهداف اختصاصی طولانی مدت

--	--	--

--	--	--

استفاده از عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلیدر تعیین اهداف اختصاصی

مثال اول:

هدف کلی برنامه: تمام نوجوانان (۱۰ تا ۱۹ ساله) محله حسن آباد، از زندگی ایمنی برخوردار باشند.

عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی	
عوامل شیوه زندگی ایمن: - وضعیت دلخواه ایمنی نوجوانان - نگرش‌ها و رفتارهای جنسی ایمن - رهایی از اعتیاد به مواد مخدر و دخانیات - اتخاذ شیوه زندگی ایمن آسیب و بیماری حاصله: - آسیب‌های عمدی و غیرعمدی - پیشگیری از آسیب‌ها	عوامل اجتماعی - محیطی: - خانواده پایدار - مهارت‌های مراقبت از کودک - اتخاذ شیوه زندگی ایمن توسط والدین و ارایه دهندگان مراقبت - زندگی در جامعه ایمن عوامل روانی - اجتماعی: - اعتماد به نفس - مهارت‌های تصمیم‌گیری و سازش با شرایط - احساس تعلق به جامعه

این موارد می‌تواند به شما «قالب‌هایی» را ارائه دهد که اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی خود را بر اساس آن بیان کنید.

اهداف اختصاصی	عوامل کلیدی
عوامل اجتماعی - محیطی	
- مهارت‌های مراقبت از کودک و اتخاذ شیوه زندگی ایمن توسط والدین و آرایه‌دهندگان مراقبت - افزایش دانش و مهارت‌های والدی ایمن بودن در بین مراقبان نوجوانان	خانواده پایدار
عوامل روانی - اجتماعی	
افزایش اعتماد به نفس در نوجوانان	اعتماد به نفس بالا
افزایش تعداد نوجوانانی که با خانواده، همسالان و جامعه ارتباط مثبتی برقرار نموده، سازگار بوده و با آنها مشارکت نمایند.	حس تعلق به جامعه
عوامل شیوه زندگی	
افزایش تعداد نوجوانانی که به وضعیت ایمنی دلخواه دست می‌یابند.	نوجوانی ایمن
افزایش تعداد نوجوانانی که رفتارهای ایمن جنسی را اتخاذ می‌کنند.	رفتار و نگرش جنسی ایمن
عدم استفاده از الکل و سایر مواد مخدر در بین نوجوانان	رهایی از مواد مخدر
افزایش تعداد جوانانی که در پی یک شیوه زندگی ایمن هستند.	شیوه زندگی ایمن
عوامل آسیب و بیماری‌های حاصله	
کاهش بروز مرگ و میر و معلولیت نوجوانان ناشی از آسیب‌های عمدی و غیرعمدی	آسیب‌های عمدی و غیر عمدی
کاهش میزان بروز آسیب‌های قابل پیشگیری در بین نوجوانان	پیشگیری از آسیب‌ها

مرحله چهارم - تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع

در این مرحله، راهکارها و فعالیت‌هایی که منجر به تحقق اهداف کلی و اختصاصی برنامه عملیاتی می‌شوند و نیز منابع مورد نیاز برای اجرای فعالیت‌ها تعیین می‌گردد. در واقع، نحوه دستیابی به نتایجی که در اهداف کلی و اختصاصی شما تعیین شده‌اند، فعالیت‌هایی که باید انجام شوند و هزینه هر یک از فعالیت‌ها تعیین می‌شود.

اهمیت مرحله تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع در چیست؟

این مرحله آنچه را که شما می‌خواهید انجام دهید با آنچه که می‌خواهید به دست آورید، با هم مرتبط می‌سازد. انتخاب راهکارها و فعالیت‌های شفاف و روشن موجب طراحی برنامه تفصیلی دقیق‌تری می‌شود.

دستورالعمل‌هایی برای مدیریت تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع

مشارکت: حضور شرکای برنامه ریزی در اجرای این مرحله از طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی ارتقای سلامت، می‌تواند موجب تقویت برنامه‌ریزی شما شود. حضور افراد ماهر در زمینه کنترل عوامل مختلف مؤثر در تحقق اهداف برنامه عملیاتی شما در تیم برنامه‌ریزی، موجب تقویت مبانی علمی و اجرایی راهکارها و فعالیت‌های منتخب خواهد شد (مانند متخصصین سلامت و آسیب‌ها، ارتباطات و توسعه اجتماعی و فرهنگی، برنامه و بودجه). البته آشنایی کامل تیم طراحی راهکارها و فعالیت‌های برنامه با شرایط و مختصات فیلد کاری شما ضروری است.

زمان: این مرحله با مشارکت افراد اندک، به سرعت پیش می‌رود اما باید در صورت امکان، زمان خاصی را برای مشارکت سایر ذی‌نفعان در این مرحله در نظر بگیرید.

پول و سایر منابع: انجام این مرحله از طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی، مستلزم توجه خاص به منابع مالی، انسانی و تجهیزات در اختیارمان و نیز توجه ویژه به روش‌های خلق منابع و جلب حمایت سرمایه‌گذاران و حامیان مالی است. داشتن برآورد دقیقی از هزینه‌ها و توجه به نقش شرکا و منابع آنها در تأمین منابع مالی مورد نیاز برای اجرای برنامه عملیاتی نیز ضروری است.

جمع‌آوری داده‌ها: در این مرحله نیازمند بررسی راهکارها و مداخلات مثبت و اثربخش سایر برنامه‌های مشابه هستیم. شناخت دقیق جامعه یا گروه هدف، بسیار با ارزش است. ممکن است نیازمند پیش‌آزمون برخی از وسایل و مواد آموزشی و یا مداخلات مختلف و انجام مطالعات میدانی در مقیاس کوچک باشید تا بر اساس نتایج حاصله برنامه‌های آموزشی و سایر مداخلات مورد نظرتان را در سطح گسترده‌تری اجرا کنید. برای ارتقای سلامت و سلامت مردم، به دنبال منابع، سرمایه‌ها و توانایی‌هایی باشید که بتوانید کارتان را بر اساس آن شکل داده و با توجه به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی - محیطی سلامت، راهکارهای مناسب را انتخاب نمایید.

تصمیم‌گیری: تصمیمات کلیدی حاصل از این مرحله، راهکارها و فعالیت‌هایی هستند که شما را قادر می‌سازند تا به اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی خود دست یابید. با توجه به محدودیت منابع در تمامی برنامه‌ها، باید ببینید چه فعالیت‌هایی جدید هستند، کدام یک از آنها در حال تغییراند و کدام یک از قلم افتاده‌اند. این تصمیمات به شما کمک می‌کند تا فعالیت‌های برنامه عملیاتی خود را با آنچه که در گذشته انجام داده‌اید مقایسه کنید و در صورت امکان از منابع

و فعالیت‌های موجود در سازمان‌تان نیز در راستای تحقق اهداف برنامه عملیاتی استفاده کنید. در ضمن با توجه به منابع موجود، می‌توانید تعیین کنید که چه کارهایی ممکن و عملی بوده و آغاز چه کارهایی نیازمند تخصیص منابع بیشتر است.

نحوه تعیین راهکارها، فعالیت‌ها و منابع

الف - تعیین راهکارهای ممکن:

راهکارهای ممکن برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی‌تان را (با مراجعه به فهرست راهکارهای ارتقای سلامت) از طریق بارش افکار برای هر یک از اهداف اختصاصی تعیین شده در مرحله قبلی، تعیین نمایید. در این قسمت سؤال کلیدی این است: «برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی چه باید کرد؟» برای تعیین راهکارهای ممکن به سوابق برنامه‌های مشابه رجوع کنید و با افراد ماهر مشورت نمایید. کسانی را برای مشورت انتخاب کنید که در زمینه طراحی و مدیریت و اجرا و نیز پایش و ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی، سوابق و تجارب مثبتی دارند.

ب - بهترین راهکارها و فعالیت‌های هر یک از راهکارهای منتخب را تعیین کنید:

برای هر هدف اختصاصی، فهرستی از راهکارهای عمده، فعالیت‌های هر راهکار، کسانی که مسول هر یک از فعالیت‌ها هستند و شاخص‌های نشان‌دهنده موفقیت در اجرای آنها را تهیه نمایید.

پ - بررسی فعالیت‌های جاری:

بینید از بین فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه عملیاتی شما، کدام فعالیت هم اکنون توسط سازمان شما یا شرکای‌تان در حال اجرا است؟ فعالیت‌هایی را که باید ادامه یابند، حذف شوند یا نیازمند تغییر هستند و یا آنهایی را که جدید هستند، مشخص سازید. این کار به تمام شرکای طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی شما کمک می‌کند تا فعالیت‌های موجود و یا جدید برنامه عملیاتی را دوباره اولویت‌بندی و زمان‌بندی کنند.

ت - ارزیابی منابع:

- منابع (مالی و انسانی) مورد نیاز برای اجرای برنامه عملیاتی‌تان را بررسی کنید.
- آخرین منابع موجود (حتی برنامه‌ها و فعالیت‌های ارایه شده توسط سایر سازمان‌ها) را بررسی نموده و شکاف منابع مورد نیاز با منابع موجود را بررسی کنید.
- راه‌های خلق منابع مورد نیاز (انسانی یا مالی) از سایر سازمان‌ها را کشف نمایید.
- مشخص سازید که چه بخش‌هایی از برنامه را اجرا می‌کنید و چه بخش‌هایی از آن را تا زمان خلق منابع جدید، معلق نگه می‌دارید. برای این کار از مدل منطقی ارایه شده در مرحله ۶ استفاده کنید.

راهکارهای ارتقای سلامت

مشاوره و آموزش مهارت‌ها: کار با مردم، چه به صورت فرد با فرد یا گروهی، به مردم کمک می‌کند تا دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای بهبود سلامت‌شان را فرا گیرند و امکان حمایت دایمی از کسانی که نیازمند کنترل بیشتری در زندگی‌شان هستند را فراهم می‌سازد.

آموزش: بروشورها و اطلاعیه‌ها، مقالات روزنامه و مجلات و برنامه‌های تلویزیونی به مردم کمک می‌کند تا در مورد ایمنی خود، خانواده، محله و شهری که در آن زندگی می‌کنند، بیشتر بیاموزند.

برای مثال برنامه تلویزیونی ایمنی کودکان، همراه با آموزش مهارت‌های ایمن‌سازی محیط زندگی و تفریح کودکان می‌تواند توصیه‌های ایمنی کودکان زیر ۳ سال را نیز به والدین ارایه دهد.

سمینارها و کارگاه‌های آموزشی با حضور متخصصان سلامت و نیز سایر برنامه‌های عمومی مبتنی بر جامعه که توسط سازمان‌های غیردولتی فعال در عرصه جامعه سالم ارایه می‌شوند، به مردم کمک می‌کند تا دانش و مهارت‌هایی را کسب نمایند که منجر به اقدامات بعدی برای ارتقای سلامت آنها می‌شود.

بازاریابی اجتماعی: در بازاریابی اجتماعی، از بسیج‌های عمومی متکی بر ابزارها و تکنیک‌های بازاریابی تجاری برای نفوذ و تأثیر بر نگرش مردم و تقویت اقدام اجتماعی آنها برای ارتقای سلامت استفاده می‌شود. مانند برگزاری بسیج‌های اطلاع‌رسانی چند رسانه‌ای سلامت کودکان با استفاده از شعارها و برندهای سلامت کودکان. ممکن است از بازاریابی اجتماعی برای آشنایی مردم با آسیب‌ها مثل مرگ و میر ناشی از تصادف با موتورسیکلت و یا یک اقدام ایمنی مثل بستن کمربند ایمنی استفاده شود.

حمایت متقابل / خودیاری: این کار با ایجاد انگیزه و تقویت قدرت، کنترل و نفوذ قربانیان یک آسیب برای کمک به خود و سایر قربانیان آن آسیب صورت می‌گیرد.

اعضای گروه‌های خودیار به صورت خودجوش به یکدیگر و سایر افرادی که مشکلی مشابه با آنان دارند کمک می‌کنند تا از تأثیر بیماری و آسیب کاسته شود و تا آنجا که می‌شود افراد به زندگی سالم و طبیعی خود بازگردند.

بسیج جامعه: با جلب مشارکت مردم امکان اجرای پروژه‌های مختلفی مانند ایجاد مسیر ایمن برای معلولان و نابینایان، زمین بازی ایمن برای کودکان، ترویج شیوه زندگی سالم، پیشگیری و کنترل خشونت خانگی در جوامع مختلف شهر فراهم می‌شود.

برخی از این موارد مانند ترویج شیوه زندگی سالم و برنامه‌های عملیاتی پیشگیری و کنترل خشونت برای کمک به تغییر رفتار در مردم طراحی می‌شوند. سایر موارد مانند ایجاد فضای بازی ایمن و پروژه‌های احداث معابر ایمن برای معلولان و نابینایان به منظور توسعه زیرساخت‌های سلامت و ایمنی محله اجرا می‌شوند.

سازمان‌هایی که برای بسیج شهروندان جوامع کار می‌کنند اغلب به عنوان واسطه، رابط و نهادی که از دور مراقب سلامت شهروندان است، عمل نموده و افراد کلیدی نظیر متخصصان مسایل سلامت و شهروندان جوامع را به یکدیگر نزدیک نموده و موجب توسعه ظرفیت جوامع برای سازماندهی و مدیریت برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت می‌شوند.

سیاست‌های حامی سلامت و ایمنی: سیاست‌های عمومی، دستورالعمل‌ها، قوانین و مقررات و در کل فرایند سیاست و قانون‌گذاری، تأثیر مستقیمی بر سلامت مردم دارند.

برای مثال، سیاست‌های مصوب شورای شهر در زمینه استانداردهای سلامت خانه، مدرسه، محل کار و تفریح و نظارت بر اجرای آنها موجب می‌شود که شهروندان در موقعیت‌های مختلف کار، تحصیل، تفریح و زندگی با آسیب‌های کمتری رو به رو شوند و نیز از زندگی سالم تری برخوردار شوند و یا مقررات مربوط به پیشگیری از زورگیری از دانش‌آموزان در مدارس موجب حفاظت از دانش‌آموزان کوچک و ضعیف‌تر در برابر دانش‌آموزان بزرگ‌تر یا پرخاشگر می‌شود.

قوانین استفاده اجباری از کلاه سلامت در هنگام راندن دوچرخه و موتور سیکلت نیز از شهروندان در برابر آسیب‌های مربوطه محافظت می‌کند.

برگه کار ششم

الف - تعیین راهکارهای ممکن

برای هر یک از اهداف اختصاصی تعیین شده در برگه کار قبلی، فهرستی از راهکارهای ممکن ارتقای سلامت تهیه کنید. برای تعیین راهکارها و فعالیت‌های برنامه عملیاتی خود از مشارکت نمایندگان گروه هدف، متخصصان سلامت و آسیب‌های مورد نظر و مدیران ماهر در زمینه تأمین منابع مالی و پایش و ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی مشابه قبلی استفاده کنید.

هدف اختصاصی	راهکارهای ممکن

ب - انتخاب بهترین راهکارها و تعیین فعالیت‌های خاص

در جدول زیر:

بهترین راهکارها را وارد نمایید.

فعالیت‌های هر راهکار را وارد کنید.

نام مسوولان هر فعالیت را وارد کنید.

گروه هدف	اهداف اختصاصی	راهکارها	فعالیت‌ها	مسوولان

ب- فعالیت‌های جاری سازمان‌تان را مرور کنید (اگر برنامه جدید نیست).

- فهرستی از فعالیت‌های جاری که باید حذف شوند تهیه کنید.

- فهرستی از فعالیت‌های جاری که باید ادامه یابند تهیه کنید.

- فهرستی از فعالیت‌های جاری که باید تغییر کنند و تغییرات مورد نظر تهیه کنید.

- فهرستی از فعالیت‌های جدید یا نیازمند تکمیل تهیه کنید.

ت - ارزیابی منابع

منابع لازم برای اجرای برنامه (پول و منابع انسانی) را تعیین کنید:

- منابع در دسترس (پول و منابع انسانی)

- شکاف‌های منابع (پول و منبع انسانی)

هدف کلی

--

گروه هدف

--

اهداف اختصاصی

--	--	--

راهکارها

--	--	--

فعالیت‌ها

--	--	--

منابع

--	--	--

مثال راهکارها و فعالیت‌ها

هدف برنامه: تمام نوجوانان دارای نگرش و رفتارهای ایمن جنسی باشند.

راه کارهای کلیدی: آموزش نوجوانان

آنچه که سوابق کار در مورد آموزش نوجوانان نشان می‌دهند:

- نوجوانان در گروه‌های کوچک به بهترین شکل می‌آموزند.
- نوجوانان به افراد هم‌سالی که اطلاعات خوبی را ارائه دهند، اعتماد می‌کنند.
- نوجوانان از بسیج‌های آموزشی چندرسانه‌ای، مطالبی را می‌آموزند.

فعالیت‌های پیشنهادی:

- تشکیل گروه‌های نوجوانان در مدارس و مکان‌های مختلف جامعه
- تشکیل و حمایت از شبکه‌های همسالان
- طراحی و اجرای بسیج اطلاع‌رسانی چند رسانه‌ای در مورد سلامت نوجوانان

مرحله پنجم - تکمیل و توسعه شاخص ها

در مرحله ۵، باید شاخص های قابل سنجش و مرتبط با هر هدف اختصاصی و راهکار مربوطه را تعیین کنیم. جدول زیر (مدل منطقی) مثال هایی از یک هدف کلی، یک هدف اختصاصی، یک راهکار و شاخص های پیشنهادی را ارائه می دهد.

هدف اختصاصی: تا سال ۱۳۹۰ تمام بیمارستان های شهر دارای مرکز تروما باشند.

شاخص: درصد بیمارستان های شهر که دارای مرکز تروما هستند.

راهکارها: تربیت نیروی انسانی ماهر برای کار در مراکز ترومای بیمارستان های شهر

شاخص: تعداد متخصصان ترومای تربیت شده

فعالیت ها: تأسیس رشته مدیریت تروما در دانشکده های پزشکی

شاخص: درصد دانشکده های دارای رشته مدیریت تروما

اهمیت تعیین شاخص ها در چیست؟

تعیین شاخص ها گامی مهم در طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت است چون نشان دهنده تعهد واقعی شما برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی طراحی شده و نیز سنجش نتایج و دستاوردهای آن است. تعیین شاخص ها گامی مهم در طراحی نظام ارزشیابی هر برنامه عملیاتی است.

دستورالعمل های مدیریت توسعه شاخص ها

زمان: اجرای این مرحله خیلی وقت گیر نیست اما ممکن است نیازمند برخی آموزش ها و ایجاد فرصتی برای رسیدن به زبانی مشترک بین تمامی شرکای برنامه ریزی باشد.

پول و سایر منابع: اجرای این مرحله نیازمند منابع مالی زیادی نیست اما اگر مهارت کافی برای این کار وجود ندارد، باید هزینه مورد نیاز برای استفاده از نیروهای تخصصی در منابع برنامه عملیاتی اتان پیش بینی شود.

جمع آوری داده ها: اجرای این مرحله نیازمند جمع آوری اطلاعات خاصی نیست. البته حضور افراد ماهر در زمینه جمع آوری اطلاعات در طراحی شاخص های برنامه مفید است. برای ارتقای سلامت مردم باید به شاخص های توانمندسازی افراد و جوامع، تقویت ظرفیت جامعه و عوامل تعیین کننده سلامت نیز توجه کنید.

تصمیم گیری: محصول این مرحله، تهیه و توسعه شاخص ها و تکمیل چارت های مربوطه در قالب مدل منطقی است که در مرحله ۶ ارائه می شود. با تعیین شاخص های مناسب، چارچوب مناسبی برای پایش پیشرفت برنامه و ارزشیابی میزان موفقیت شما در تحقق اهداف برنامه عملیاتی فراهم می شود.

نحوه توسعه شاخص‌ها

الف - تعیین اهداف اختصاصی طولانی مدت:

اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی اتان را مرور کنید. آنها را به طولانی مدت با نتایج بلندمدت و کوتاه مدت با نتایج فوری تقسیم کنید. اهداف اختصاصی طولانی مدت اغلب در مورد تغییر دانش یا رفتار و یا سیاست‌هاست. نتایج اهداف اختصاصی کوتاه مدت نیز بلافاصله ظاهر می‌شوند.

پس از تکمیل راهکارها، فعالیت‌ها و منابع، ممکن است دید بهتری نسبت به این اهداف پیدا کنید. بنابراین خوب است یک‌بار دیگر فهرست اهداف اختصاصی تعیین شده را به کوتاه و بلند مدت تقسیم کنید.

ب - تعیین شاخص‌های نتایج طولانی مدت:

هر هدف اختصاصی طولانی مدت باید حداقل یک شاخص موفقیت را به‌طور شفاف و روشن در خود داشته باشد که معیار موفقیت در تحقق آن هدف را نشان دهد. چنین شاخص‌هایی در کل نشان‌دهنده تحقق هدف، میزان تحقق هدف، اثربخشی فعالیت‌ها و مفهوم موفقیت است.

باید دید در بلند مدت چه تغییراتی مورد انتظار است و یا با اجرای فعالیت‌ها چه تفاوتی ایجاد خواهد شد. برای مثال:

- درصد والدینی که قادر به بیان سه عامل کلیدی تأثیرگذار بر سلامت فردی کودکان هستند.
- تعداد قربانیان رانندگی که مست بوده‌اند.
- درصد مدارس ابتدایی و راهنمایی که دارای دستورالعمل‌های سلامت و ایمنی هستند.

در برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت، بهتر است که اهداف اختصاصی طولانی مدت در قالب واژه‌های مثبت بیان شوند اما اغلب تعیین شاخص‌های در دسترس و یا قابل اندازه‌گیری برای چنین اهدافی آسان نیست. برای مثال تعیین درصد افرادی که کمربند ایمنی می‌بندند سخت‌تر از تعیین قربانیان حوادث ترافیکی است. یک راه برای انتخاب شاخص‌های مناسب، توجه به شاخص‌های جهانی و معتبر سلامت نظیر شاخص‌های دسته‌بندی آسیب‌ها و علل خارجی آنهاست.

در بسیاری از برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت، اهداف اختصاصی طولانی مدت قراردادی و از پیش تعیین شده است (مانند کاهش میزان مرگ و میر و معلولیت ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی). چنین شاخص‌هایی اغلب از طریق سیستم‌های جمع‌آوری داده‌های استانی یا ملی، سنجیده می‌شوند.

اهداف اختصاصی طولانی مدت بیشتر در مورد تغییرات دانش، رفتارها یا سیاست‌های سلامت است که بررسی چنین تغییراتی مستلزم جمع‌آوری اطلاعات فراوان و اختصاص زمان کافی برای بررسی بوده و گران است.

هنگامی که هیچ استاندارد وجود نداشته باشد، ممکن است شاخص‌های اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی شما دچار خطا شوند. این مسأله در حوزه ارتقای سلامت شایع بوده و به ویژه در سال‌های ابتدایی طراحی مشارکتی یک برنامه عملیاتی جدید، اتخاذ راهکاری جدید یا کار با گروه جدیدی از مخاطبان رخ می‌دهد. وقتی تجربه کافی در چنین برنامه‌ای کسب شد، پیش‌بینی میزان تغییر مورد انتظار آسان‌تر خواهد بود.

شاخص‌ها مشخص می‌کنند که برای تعیین موفقیت در اهداف، میزان تغییر ایجاد شده و اثربخشی فعالیت‌های مان چه اطلاعاتی را باید جمع‌آوری کنیم.

پ - تعیین اهداف اختصاصی کوتاه مدت:

اهداف اختصاصی کوتاه مدت برنامه عملیاتی دارای نتایج فوری هستند. اهداف اختصاصی کوتاه مدت اغلب فقط بر شرکت کنندگان در برنامه تأثیر می‌گذارد.

ت - تعیین شاخص‌های نتایج کوتاه مدت:

نتایج قابل رؤیت مستقیم بلافاصله پس از اجرای یک فعالیت را تعیین کنید. مطمئن شوید که شاخص‌های شما، منطقی و مرتبط با نتایج فوری برنامه باشد. اغلب جمع‌آوری اطلاعات چنین شاخص‌هایی، آسان‌تر است زیرا می‌توانید بلافاصله تأثیر برنامه بر مخاطبان را مشاهده کنید. چنین شاخص‌هایی می‌تواند کمی و کیفی باشد.

برای مثال:

- اکثر شرکت کنندگان در برنامه، به مدیریت ما نمره «خوب» تا «عالی» دادند.
- تعداد دختران حاضر در جلسه آموزش دفاع شخصی

سنجش‌های کمی بر تعداد تأکید دارند و شاخص‌های کیفی با میزان رضایت شرکت کنندگان، مسایلی که آموخته‌اند و مشکلات یا تسهیلات تفسیر درس‌های آموخته شده در کار با گروه‌های هدف، ارتباط دارد.

ث - راهکارها و فعالیت‌های برنامه:

با استفاده از برگه کار ۴، فهرستی از راهکارها و فعالیت‌های هر یک از اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی تهیه کنید. در این مرحله، شما می‌توانید شاخص‌های اجرایی و فرایندی فعالیت‌های هر راهکار هر یک از اهداف اختصاصی برنامه عملیاتی‌تان را تعیین کنید. شاخص‌های اجرایی با یک فعل اقدامی و انجام یک کار شروع می‌شوند.

برای مثال:

- تسهیل تشکیل ۵ گروه هم‌سال در مدرسه راهنمایی فجر ۱ در سال ۱۳۸۸
- انتشار سه خبرنامه ایمنی در مدارس راهنمایی محله حسن آباد در هر سال از برنامه عملیاتی.

شاخص‌های اجرایی باید دقیق، عملی و فوری باشند که می‌تواند هر سه ماه، شش ماه، سالیانه و یا دو سال یک‌بار با توجه به نحوه اجرای آنها، مورد بررسی و بازبینی قرار گیرند. توجه کنید که تحقق برخی از شاخص‌های اجرایی ممکن است نیازمند زمان بیشتری باشد. برای مثال گاهی تشکیل گروه‌های همسال فرایندی زمان بر است.

ج - تعیین شاخص‌های فرایندی:

شما چگونه متوجه می‌شوید که فعالیت‌های برنامه عملیاتی به صورتی که مورد نظرتان بوده، اجرا شده است؟ به چند نفر رسیده است؟ چه تعداد پمفلت توزیع شده است؟ چند جلسه برگزار شده است؟ چقدر از وقت کارکنان صرف این کار شده است؟ با چند مؤسسه تماس گرفته شده است؟

به جنبه‌های کیفی و کمی اجرای فعالیت‌های برنامه عملیاتی نگاه کنید. مثال‌هایی از شاخص‌های کمی فرایند

برنامه عبارت اند از:

- تعداد افرادی که در برنامه شرکت نموده‌اند.
- تعداد کلاه‌های ایمنی دوچرخه سواری توزیع شده بین کودکان مدرسه راهنمایی
- تعداد مهد کودک‌هایی که شرایط ایمنی درون و بیرون‌شان بررسی شده است.

مثال‌هایی از شاخص‌های کیفی فرایند برنامه عبارت‌اند از:

- رضایت شرکت‌کنندگان در برنامه از مدیریت آن
- نکات مثبت برنامه از نظر شرکت‌کنندگان در برنامه
- نقاط ضعف برنامه از نظر شرکت‌کنندگان در برنامه
- چه کسانی حاضر به همکاری هستند و چرا؟

برای طی این مرحله از شاخص‌های ابتدایی که در مرحله ۴ ارایه شد استفاده کنید و آنها را اصلاح نمایید. در جایی که معیارهای کیفی مناسب و صحیح برای ارزیابی فرایند برنامه وجود دارد، مطمئن شوید که آنها واضح و روشن و قابل اندازه‌گیری بوده و شامل تعداد و درصد باشند.

برگه کار هفتم

الف - اهداف اختصاصی طولانی مدت:

ب - شاخص‌های نتایج طولانی مدت:

پ - اهداف اختصاصی کوتاه مدت:

ت - شاخص‌های نتایج کوتاه مدت:

ث - راهکارها و فعالیت‌های برنامه:

ج - شاخص‌های فرایند:

خلاصه برگه کار هفتم

آماده باشید که شاخص‌ها را در قالب منطقی در مرحله ۶ قرار دهید.

هدف کلی			
گروه هدف			
اهداف اختصاصی طولانی مدت			
شاخص‌های نتایج طولانی مدت			
اهداف اختصاصی کوتاه مدت			
شاخص‌های نتایج کوتاه مدت			
راهکارها			
فعالیت‌ها			
شاخص‌های فرآیند			
منابع			

مرحله ششم - مروری به طرح برنامه

این مرحله متضمن خلاصه سازی برنامه در یک مدل منطقی و بررسی آن برای ایجاد ارتباط منطقی بین اهداف کلی، گروه هدف، اهداف اختصاصی، راهکارها و فعالیت هاست. در این بررسی به محتوای کلی طرح عملیاتی و منابع مورد نیاز برای اجرای آن توجه می شود و در این مرحله همه چیز مورد بررسی قرار گرفته و به نحوه تعامل آنها با یکدیگر نیز توجه می شود.

اهمیت بررسی طرح برنامه در چیست؟

مدل های منطقی برنامه ریزی عملیاتی، اهداف اختصاصی و نتایج نهایی برنامه را برجسته ساخته و ارتباط بین این دو جزء و اجزای مختلف برنامه با یکدیگر را در یک بررسی منطقی روشن می سازد. این مرحله، گام مهمی برای توسعه نظام ارزشیابی برنامه است و ضمن بررسی مجدد تمام اجزای برنامه به تیم برنامه ریزی این فرصت را می دهد که نگاهی واقع گرا به امکان عملی شدن آن داشته باشند.

دستورالعمل های برای مدیریت بررسی طرح برنامه

مشارکت: این مرحله با هدف بررسی کلی گام های برداشته شده در مراحل ۱ تا ۵ صورت می گیرد که می تواند با یا بدون مشارکت سایر شرکا انجام شود. البته حضور شرکای داوطلب به ویژه اعضای تیم ارزشیابی، موجب تقویت نظام ارزشیابی برنامه می شود.

این مرحله فرصتی مهم برای برقراری ارتباط با سایر ذی نفعان و جلب مشارکت آنها برای حضور در برنامه ریزی های بعدی است.

زمان: توسعه و تکمیل مدل منطقی، وقت زیادی نمی گیرد البته اگر اطلاعات مناسب فراهم باشد. گاهی ارتباط با سایر شرکای برنامه ریزی برای ارزیابی مجدد برنامه ممکن است کمی وقت گیر باشد.

پول و سایر منابع: اجرای این مرحله، به طراحی نظام ارزشیابی و مدیریت مالی و اجرایی برنامه کمک می کند اما نیازمند پرداخت مستقیم ناست.

جمع آوری داده ها: داده های مورد نیاز در این مرحله در سایر مراحل تهیه شده اند و نیازمند صرف هزینه و زمان چندانی ناست.

تصمیم گیری: این مرحله، پایان فرآیند برنامه ریزی و آغاز طراحی نظام ارزشیابی برنامه و فراهم کردن مقدمات اجرای برنامه است.

نحوه بررسی طرح برنامه

الف - مدل منطقی برنامه را با استفاده از اطلاعات حاصل از مراحل ۲ تا ۵، آماده سازید.

ب - به سؤالات زیر توجه کنید:

- آیا اهداف اختصاصی به‌طور شفاف و با نتایج روشن تعریف شده‌اند؟
- آیا فعالیت‌ها، شفاف و قابل اندازه‌گیری هستند؟
- آیا نوع و مقدار منابع پیش‌بینی شده کافی هستند؟
- آیا روابط منطقی بین اهداف اختصاصی، راهکارها و فعالیت‌ها برقرار است؟
- آیا در مدل منطقی برنامه شکاف‌هایی وجود دارد که برنامه را تهدید کند؟

سعی کنید شکاف‌های عمده موجود در مدل منطقی را شناسایی کنید. ببینید راهکارهای انتخاب شده شما را به اهداف اختصاصی تان می‌رساند؟ آیا فعالیت‌هایی که پیش‌بینی کرده‌اید در زمان مورد نظر قابل اجرا هستند؟ در هر جایی از مدل منطقی که با شکافی روبه‌رو شدید باید سطح دیگری از اهداف اختصاصی را با عنوان اهداف بینابینی یا لایه دیگری از فعالیت‌ها را با عنوان پیش‌فعالیت اضافه کنید و مدل منطقی تان را برای اطمینان از رفع شکاف مذکور، دوباره بررسی کنید.

به عبارت دیگر برای اصلاح مدل منطقی برنامه عملیاتی‌تان در موارد ضروری می‌توانید ردیف‌های بیشتری از کادرها (جعبه‌ها) را به آن اضافه کنید.

پ - منابع و ارتباطات تان را بررسی و مرور کنید: منابعی (انسانی و مالی) که برای اجرای برنامه (از جمله، برنامه‌ها یا فعالیت‌های پیشنهاد شده توسط سایر سازمان‌ها) فراهم کرده‌اید، بررسی کنید و امکان عملی بودن اجرای برنامه را نیز بررسی نمایید.

ت - به مرحله ۲ برگردید (ارزیابی وضعیت موجود) و میزان انطباق برنامه عملیاتی‌تان با داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله مذکور را بررسی کنید. در ضمن باید بررسی کنید که از زمان جمع‌آوری اطلاعات تا کنون، تغییر جدیدی در فیلد ایجاد شده یا نه؟

ث - اگر برنامه عملیاتی شما به دلیل تغییرات ایجاد شده در وضعیت موجود در طول طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی نیازمند اصلاح است، اصلاحات مورد نیاز را انجام دهید و دوباره مدل منطقی آن را مرور کنید.

هدف کلی			
گروه هدف			
اهداف اختصاصی طولانی مدت			
شاخص های نتایج طولانی مدت			
اهداف اختصاصی کوتاه مدت			
شاخص های نتایج کوتاه مدت			
راهکارها			
فعالیت ها			
شاخص های فرآیند			
منابع			

برگه‌های کار

برگه کار اول

مشارکت: چه کسی باید در طراحی برنامه درگیر باشد و چگونه؟

زمان: برنامه‌ریزی کی باید شروع شود و کی باید تمام شود؟ چقدر زمان وجود دارد؟ آیا تاریخ‌های کلیدی یا زمان‌های انقضای خاصی که از قبل برنامه‌ریزی شده باشد، وجود دارد؟

پول و سایر منابع: منابع در دسترس کدامند؟

جمع‌آوری اطلاعات: اطلاعات مورد نیاز کدامند؟ منابع جمع‌آوری اطلاعات کدامند؟ اطلاعات چه زمانی و در چه تاریخی باید جمع‌آوری شود؟ اطلاعات جمع‌آوری شده چگونه تجزیه و تحلیل می‌شوند؟

تصمیم‌گیری: تصمیمات کلیدی چگونه و کی باید اتخاذ شوند؟

شناسایی و کار با ذی‌نفعان و افراد کلیدی: افراد و سازمان‌های ذی‌نفع و کلیدی کدامند؟ (به تفکیک اصلی یعنی افرادی که باید در تیم بررسی وضعیت موجود و برنامه‌ریزی حضور داشته باشند/ درگیر که شامل افرادی است که می‌توانند مورد مشورت قرار گیرند یا بخشی از فرایند مورد نظر هستند/ حامی که شامل افرادی می‌شود که از برنامه حمایت می‌کنند/ محیطی که شامل افرادی می‌شوند که لازم است در جریان برنامه قرار گیرند).

برگه کار دوم

فعالیت	مسئول	زمان	منابع مورد نیاز

برگه کار سوم

الف - دیدگاه ذی نفعان و افراد کلیدی

فهرستی از افراد و سازمان‌های ذی نفع در برنامه عملیاتی‌تان تهیه کنید. نظر هر یک از آنها را در مورد برنامه خود جویا شوید و به تفکیک موافقان، مخالفان و حامیان دسته‌بندی کنید.

ب - سوابق و تجارب قبلی

سوابق پروژه‌های قبلی در زمینه برنامه مورد نظرتان را بررسی کرده و نکات مهم آن را یادداشت کنید.

پ - داده‌های سلامت

فهرستی از مسایل سلامت و بیماری و مرگ ناشی از آنها در محله مورد نظرتان تهیه کنید.

ت - قوانین و آیین نامه‌های موجود

فهرستی از قوانین و مقررات و آیین نامه‌های مرتبط با برنامه‌اتان و منابع وضع‌کننده یا نقض‌کننده آنها تهیه کنید. علاوه بر این مشخص سازید که کدام یک از این سازمان‌ها مایل به همکاری در برنامه شما هستند.

ث - چشم‌اندازهای مرتبط

مشخص سازید که برنامه عملیاتی شما به تحقق چشم‌انداز کدام یک از سازمان‌ها کمک می‌کند. فهرستی از مهم‌ترین چشم‌اندازهای مرتبط تهیه کنید (با ذکر نام سازمان مربوطه).

ج - PEEST

عوامل سیاسی، اقتصادی، محیطی، اجتماعی و تکنولوژیکی مؤثر بر برنامه عملیاتی خود را تعیین کنید.

چ - شکاف‌های اطلاعاتی

شکاف‌های اطلاعاتی‌تان چیست؟ شما می‌خواهید چه اطلاعاتی را بدانید؟

برگه کار چهارم

با توجه به ارزیابی وضعیت موجود و رجوع به برگه‌های کاری اول، دوم و سوم موارد زیر را تکمیل کنید:

الف - مهم‌ترین مسایل سلامت مرتبط با برنامه عملیاتی شما

فهرستی از مهم‌ترین مسایل سلامت مرتبط با برنامه عملیاتی خود تهیه کنید. برای این کار به جمعیت متاثر از موضوع سلامت مورد نظر، امکان پاسخ‌گویی به آن، زمان در اختیار برای اجرای برنامه و غیره توجه کنید.

ب - عوامل مستعد کننده

بر اساس تحلیل تان، عواملی را مشخص سازید که می توانند به اجرای برنامه عملیاتی شما کمک کنند.

ج - عوامل بازدارنده

بر اساس تحلیل تان، عواملی را مشخص سازید که می توانند به عنوان مانعی در برابر برنامه عملیاتی شما عمل کنند.

د - احتمال موفقیت برنامه

تعیین کنید که با توجه به تحلیل وضعیت موجود و عوامل مستعد کننده و بازدارنده، امکان موفقیت برنامه عملیاتی شما چقدر است؟

ح - اقدامات مورد نیاز برای موفقیت برنامه

نیازمند مشارکت چه کسی یا سازمانی هستید؟ به چه اطلاعاتی نیاز دارید؟ چقدر زمان و وقت نیاز دارید؟

برگه کار پنجم**الف - هدف کلی پروژه**

در قالب کلمات مثبت بیان کنید که می خواهید با اجرای برنامه عملیاتی خود به چه چیزی دست یابید.

ب - عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی

عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود را تعیین نمایید.

پ - گروه هدف

بر اساس عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی و نتایج ارزیابی وضعیت موجود برنامه عملیاتی، گروه هدف برنامه را تعیین کنید. برای این کار جدول زیر را تکمیل نمایید:

عامل کلیدی	گروه هدف

ت - اهداف اختصاصی

برای تأثیر بر هر یک از عوامل کلیدی مؤثر در تحقق هدف کلی برنامه عملیاتی خود، یک هدف اختصاصی نوشته و آن را با گروه هدف مربوطه مرتبط سازید (مثل تدوین دستورالعمل ایمنی کودکان زیر سه سال مهدکودک های محله حسن آباد در برابر گیر کردن جسم خارجی در گلو تا پایان سال جاری).

اهداف اختصاصی طراحی شده را بر اساس زمان مربوطه به تفکیک زیر یادداشت کنید:

اهداف اختصاصی:

- کوتاه مدت:

- بلندمدت:

خلاصه برگه کار پنجم

آماده باشید تا هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی را در قالب مدل منطقی در مرحله ۶ منتقل سازید.

هدف کلی

--

گروه هدف

--

اهداف اختصاصی کوتاه مدت

--	--	--

--	--	--

اهداف اختصاصی طولانی مدت

--	--	--

--	--	--

برگه کار ششم

الف - تعیین راهکارهای ممکن

برای هر یک از اهداف اختصاصی تعیین شده در برگه کار قبلی، فهرستی از راهکارهای ممکن ارتقای سلامت تهیه کنید. برای تعیین راهکارها و فعالیت‌های برنامه عملیاتی خود از مشارکت نمایندگان گروه هدف، متخصصان سلامت و آسیب‌های مورد نظر و مدیران ماهر در زمینه تأمین منابع مالی و پایش و ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی مشابه قبلی استفاده کنید.

هدف اختصاصی	راهکارهای ممکن

ب - انتخاب بهترین راهکارها و تعیین فعالیت‌های خاص

در جدول زیر:

بهترین راهکارها را وارد نمایید.

فعالیت‌های هر راهکار را وارد کنید.

نام مسوولان هر فعالیت را وارد کنید.

گروه هدف	اهداف اختصاصی	راهکارها	فعالیت‌ها	مسوولان

پ- فعالیت‌های جاری سازمان تان را مرور کنید (اگر برنامه جدید نیست).

- فهرستی از فعالیت‌های جاری که باید حذف شوند تهیه کنید.

- فهرستی از فعالیت‌های جاری که باید ادامه یابند تهیه کنید.

- فهرستی از فعالیت‌های جاری که باید تغییر کنند و تغییرات مورد نظر تهیه کنید.

- فهرستی از فعالیت‌های جدید یا نیازمند تکمیل تهیه کنید.

ت - ارزیابی منابع

منابع لازم برای اجرای برنامه (پول و منابع انسانی) را تعیین کنید:

- منابع در دسترس (پول و منابع انسانی)

- شکاف‌های منابع (پول و منبع انسانی)

خلاصه برگه کار ششم

هدف کلی			
گروه هدف			
اهداف اختصاصی			
راهکارها			
فعالیت‌ها			
منابع			

برگه کار هفتم

الف - اهداف اختصاصی طولانی مدت:

ب - شاخص های نتایج طولانی مدت:

پ - اهداف اختصاصی کوتاه مدت:

ت - شاخص های نتایج کوتاه مدت:

ث - راهکارها و فعالیت های برنامه:

ج - شاخص های فرآیند:

خلاصه برگه کار هفتم

آماده باشید که شاخص ها را در قالب منطقی در مرحله ۶ قرار دهید.

هدف کلی			
گروه هدف			
اهداف اختصاصی طولانی مدت			
شاخص های نتایج طولانی مدت			
اهداف اختصاصی کوتاه مدت			
شاخص های نتایج کوتاه مدت			
راهکارها			
فعالیت ها			
شاخص های فرآیند			

هدف کلی			
گروه هدف			
اهداف اختصاصی طولانی مدت			
شاخص های نتایج طولانی مدت			
اهداف اختصاصی کوتاه مدت			
شاخص های نتایج کوتاه مدت			
راهکارها			
فعالیت ها			
شاخص های فرآیند			
منابع			

۴. راهنمای برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت

امروزه در شرایطی به سر می‌بریم که تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت مردم بیش از هر زمان دیگری نیازمند برقراری ارتباط هدفمند و مؤثر با مردم است و در واقع می‌توان ادعا کرد که رمز موفقیت هر برنامه (خدمت) بهداشتی، برقراری چنین ارتباطی است. برقراری چنین ارتباطی، از طریق توانمندسازی مردم در تغییر رفتارشان و تسهیل تغییرات اجتماعی، در ارتقای سلامت مردم و جامعه مؤثر است. برخورداری از استراتژی‌های ارتباطی مناسب، موجب توسعه ارتباطات برای ارتقای سلامت و افزایش اثربخشی آن می‌شود.

برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت، تعیین‌کننده جهت (فرمان اتوموبیل) یک برنامه بهداشتی است و موجب هدایت برنامه در راستای تحقق اهداف مورد نظر می‌شود و علاوه بر این، در همراهی و هماهنگی ذینفعان و همبستگی اجزای مختلف یک برنامه بهداشتی نیز مؤثر است.

برخی از خصوصیات ویژه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت به شرح زیر است: تعدد رسانه‌های مورد استفاده و هم‌زمانی فعالیت‌های ارتباطی از چندین کانال، تعدد افراد کلیدی و ذی‌نفع، توجه روزافزون به ارزشیابی برنامه‌های ارتباطی و اتکای آنها بر شواهد، تداوم ارتباط و پوشش گسترده برنامه‌های ارتباطی و استفاده بیشتر و بهتر از رسانه‌های ارتباط جمعی.

چنین ارتباطی، محصول تلاش مشترک طرفین برقراری ارتباط (فرستندگان و گیرندگان) در انتخاب مطالب و تبادل اطلاعات است.

برنامه ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت دربرگیرنده موارد زیر است:

۱. داده‌های علمی کافی و مبانی تئوریک؛

۲. چشم‌انداز مناسب؛

۳. اهداف اختصاصی واقعی؛

۴. تحلیل منابع و موانع تغییر رفتار؛

۵. مشارکت فعال افراد کلیدی و ذی‌نفعان.

به عبارت دیگر، ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت علاوه بر مبانی تئوریک، از داده‌های علمی و حقایق موجود برای تعیین چشم‌انداز بلندمدت برنامه و اهداف رفتاری مبتنی بر واقعیت استفاده می‌کند. چشم‌انداز و اهداف اختصاصی برنامه از طریق گفتگو با مخاطبان مورد نظر و افراد ذینفع توسعه می‌یابد.

در این دیالوگ، هم فرستنده و هم گیرنده تحت تأثیر قرار گرفته و در جهت هدفی مشترک و اصلاحات متقابل گام برمی‌دارند. استفاده از ترکیبی از علم و هنر برای برقراری ارتباط استراتژیک مناسب و صحیح برای ارتقای سلامت ضروری است.

برای این که یک ارتباط، استراتژیک باشد، باید دارای خصوصیات زیر باشد:

۱. به دنبال نتایج مشخصی باشد: تلاش برای برقراری ارتباط استراتژیک، باید مؤثر باشد و نتایج مشخصی را در پی داشته باشد. افزایش دانش مخاطبان، تأیید و پذیرش یک رفتار خاص و افزایش ظرفیت شرکا برای اجرای چنین برنامه‌هایی توسط خودشان برخی از نتایج مورد انتظار هستند.

۲. علمی باشد: رویکرد علمی و مبتنی بر شواهد برقراری ارتباط استراتژیک، مستلزم وجود داده‌های دقیق و تئوری‌های مناسب است. این کار با انجام تحقیق پایه و جمع‌آوری داده‌های کافی برای تعریف یک مشکل بهداشتی خاص، تعیین

راه‌حل‌های ممکن و عملی و توصیف مخاطب مورد نظر صورت می‌گیرد. در این رویکرد، حقایق علمی مورد توجه قرار می‌گیرد تا صحت و اعتبار پیام‌های مورد استفاده در برنامه تضمین شود.

۳. **مشتری محور باشد:** رویکرد مشتری محوری با شناخت نقطه نظرات و دیدگاهی که مشتری از نیازهای سلامتشان دارد، آغاز می‌شود. از طریق گفتگو با مخاطبان بالقوه، دیدگاه‌های آنها نسبت به نیازهای سلامت شان و تنگناهای رفع این نیازها مشخص می‌شود. نظرات مخاطبان برنامه به ویژه در تحقیق کیفی و رویکردهای یادگیری مشارکتی، نقش مهمی در انتخاب پیام‌های مناسب و صحیح دارد. به علاوه، رویکرد مشتری محور در اتخاذ راهبردهای مؤثر کاهش شکاف قدرت و از جمله تعادل قدرت جنسیتی مؤثر است. مشارکت بیشتر مشتریان وقتی حاصل می‌شود که اجازه انتخاب راه حل مشکل شان را داشته باشند و حتی خود، مشکل در اولویت شان را انتخاب کنند.

۴. **مشارکتی باشد:** ارتباط استراتژیک موجب ارتقای تصمیم‌گیری مشارکتی توسط افراد کلیدی و ذی‌نفع در تمام مراحل فرآیند P از جمله برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی می‌شود. نکته مهم و کلیدی، درگیر نمودن افراد ذی‌نفع و کلیدی در شروع فرآیند طراحی برنامه برقراری ارتباط استراتژیک است. ایجاد حس تعلق و مالکیت ناشی از مشارکت به ما اطمینان می‌دهد که استراتژی ارتباطی مان به روشی معقول و معنی‌دار اجرا شود.

۵. **مبتنی بر سود باشد:** مخاطبان باید از انجام یک فعالیت ارتقایی و یا تلاش ارتباطی سود مشخصی ببرند. این خصوصیت در ارتباط نزدیک با هویت طولانی مدت رفتار و استقرار رفتار جایگزین مطرح می‌گردد که در گام ۴ بحث می‌شود.

۶. **مرتبط با سیستم ارایه خدمت باشد:** فعالیت‌های ارتقای سلامت مردم و جامعه باید خدمت خاصی را مشخص کرده و ترویج کنند. این رویکرد بر مفهوم خودکارآمدی فردی و نیز حمایت از خودکارآمدی جمعی تأکید دارد.

۷. **از چند کانال ارایه شود:** در ارتباط استراتژیک مؤثر، از رسانه‌ها و کانال‌های ارتباطی متعدد و متنوعی استفاده می‌شود. در برقراری ارتباط استراتژیک اغلب برای تبادل دو سویه و پویای اطلاعات، از ترکیبی از ارتباطات بین فردی، مبتنی بر جامعه و رسانه‌های ارتباط جمعی مختلف استفاده می‌شود. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که اثربخشی پیام‌های رفتاری با تعدد رسانه‌ها و تنوع کانال‌های ارتباطی مورد استفاده برای انتشار آن در ارتباط است که از این مساله گاهی به عنوان ضریب نفوذ نام برده می‌شود. یک برقرارکننده ارتباط مؤثر مانند نجار خوبی است که می‌داند چه موقع از چکش یا سایر ابزارهای خود استفاده کند، برایش مهم نیست که رسانه ارتباط جمعی بهتر است یا بین فردی زیرا می‌داند که هر رسانه‌ای نقش و جایگاه مخصوص به خود را دارد و یک برقرارکننده ارتباط ماهر می‌تواند با توجه به موقعیتی که در آن قرار می‌گیرد، از هر ابزار یا ترکیبی از مناسب‌ترین آنها استفاده کند.

۸. **کیفیت بالایی داشته باشد:** برقرارکننده ارتباط استراتژیک در امور زیر با افراد ماهر و مؤسسات شایسته همکاری می‌کند: طراحی پیام‌ها و رسانه‌های آموزشی کیفی، تولید مطالب و رسانه‌های آموزشی حرفه‌ای، اطمینان از تناسب، صحت و کیفیت فعالیت‌های ارتباطی مبتنی بر جامعه و تقویت روابط مشاوره‌ای.

۹. **ترویجی و حمایتی باشد:** جلب حمایت همه جانبه در دو سطح انجام می‌گیرد: سطح فردی - اجتماعی و سطح سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان. جلب حمایت فردی - اجتماعی هنگامی اتفاق می‌افتد که پذیرندگان جدید و یا فعلی یک رفتار، تغییر رفتار ایجاد شده را ارزشمند دانسته و اعضای خانواده و دوستان شان را نیز تشویق به پذیرش آن کنند. جلب حمایت همه جانبه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران هنگامی اتفاق می‌افتد که هدف از برقراری ارتباط، تغییر سیاست یا برنامه خاصی باشد. در چنین مواقعی نقش عوامل اجتماعی مؤثر در رفتار سالم مورد نظر گسترده بوده و تأثیرگذاری صرف بر رفتار فردی مردم کافی نیست.

اهداف رفتاری، اغلب موجب تغییر رفتار فردی مردم می‌شوند اما سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها، قوانین، راهکارها و برنامه‌های عمومی از تغییر شرایط اجتماعی برای تغییر پایدار یک رفتار حمایت می‌کنند. هر یک از سطوح فردی و جمعی جلب حمایت همه جانبه، موجب تقویت سطح دیگر می‌شود.

۱۰. قابل سنجش باشد: سنجش تأثیر مداخلات ارتباطی در یک جامعه کوچک مشکل نیست و چالش واقعی، سنجش تأثیر این مداخلات در جوامع بزرگ است.

در کل، سنجش تأثیر مداخلات ارتباط جمعی نسبت به مداخلات ارتباطی مبتنی بر یک جامعه کوچک یا بین فردی، آسان‌تر است و سنجش دو مورد اخیر، گران‌تر و مشکل‌تر است.

۱۱. برنامه‌ای بلندمدت باشد: برقراری ارتباط استراتژیک چیزی نیست که در یک مرحله انجام گیرد. یک استراتژی ارتباطی خوب باید در طول زمان تداوم داشته باشد تا به تمامی مخاطبان برسد و منشاء تغییر شود. استمرار یک راهکار ارتباطی در سطح جامعه و سازمان و در بین مدیران و ارابه‌دهندگان، آثار طولانی مدت برقراری ارتباط استراتژیک را تضمین می‌کند.

۱۲. هزینه اثربخش باشد: برقراری ارتباط استراتژیک برای تحقق نتایج بهداشتی مورد نظر باید کارآمد و هزینه اثربخش باشد. طراحان استراتژی‌های ارتباطی باید با هدف رسیدن به ترکیب ایده‌آلی از فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی، هزینه اثربخشی هریک از مداخله‌ها را بررسی کنند.

انتخاب استراتژی‌های ارتباطی صحیح و اثربخش در برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت، نیازمند برخورداری از چشم‌اندازی جامع و توجه کامل به نیازهای در اولویت مخاطبان است. چنین راهکاری باید ادغام یافته، بلندمدت، مبتنی بر نیازهای رفتاری مردم و کاربردی بوده و نیروی‌های بالقوه اجتماعی مورد نیاز برای ایجاد تغییر مورد نظر را تقویت کند. موفقیت در برقراری ارتباط استراتژیک نیازمند توجه به دانش ارتباطات و تئوری‌های ارتباطی، وضعیت جامعه هدف، چشم‌انداز مناسب، افراد ذی‌نفع و کلیدی، مشارکت مخاطبان و کانال‌های ارتباطی است.

تحلیل وضعیت موجود

برگه کار ۱-۱. تحلیل وضعیت موجود مشکل بهداشتی

دستور کار: مشکل بهداشتی کلیدی را که می‌خواهید مرتفع کنید، مشخص سازید. با استفاده از داده‌های موجود، میزان شیوع، بروز و شدت آن را تخمین بزنید. رفتار پیشنهادی به مردم در خصوص پیشگیری و درمان را به تفکیک برنامه یا سازمانی که با آن کار می‌کنید، لیست کنید.

منابع اطلاعات مشکل بهداشتی	رفتارهای پیشگیرانه/ درمانی / مطلوب	شدت***	گسترش		مشکل بهداشتی
			میزان بروز**	میزان شیوع*	

* نسبت جمعیت درگیر که دچار مشکل بهداشتی هستند.

** میزان موارد جدید مشکل بهداشتی گزارش شده در یک دوره زمانی (ماه، گام یا سال) خاص

*** میزان‌های مرگ و میر و معلولیت

مرحله ۲. تعیین مخاطبان بالقوه

مخاطبان اولیه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت اغلب کسانی هستند که در معرض خطر بوده و یا از مشکل بهداشتی خاصی رنج می‌برند. یک استثناء در این زمینه، کودکان هستند که مخاطب نهایی نامیده می‌شوند.

برای کمک به شناسایی مخاطبان بالقوه، داده‌های موجود درباره شرایط غیرسالم یا آسیب مورد نظر را مرور کنید. ممکن است اطلاعات کافی برای تعیین مخاطبان بالقوه موجود نباشد که در چنین شرایطی انجام بررسی‌های پایه ضروری است. با شناسایی مخاطبان بالقوه، آنها را براساس سن، جنس، شغل، محل سکونت یا تعداد کودکان، شیوه زندگی و دسترسی به مطالب چاپی، رادیو و تلویزیون، دیجیتال دسته‌بندی کنید.

ویژگی‌های متمایز مخاطبان بالقوه و کسانی که در معرض خطر نبوده و یا چنین مشکلی ندارند را تعیین کنید. مطمئن شوید که در تحلیل تان از مخاطبان، به نقش‌های مختلف جنسیتی و روابط بین فردی مخاطبان، به اندازه کافی توجه شده باشد.

برای مثال نظر و رفتار مخاطبان بالقوه را در مورد مسایل جنسیتی بررسی کنید؟ تعیین میزان حمایت اجتماعی از تغییر رفتار فردی مخاطبان بالقوه نیز ضروری است. جدول ۱-۳. خصوصیات رایج گروه‌ها و مثال‌های تقسیم‌بندی مخاطب را ارائه می‌دهد.

نکات اصلی: راهنمای تحلیل وضعیت موجود

۱. مرور کنید

برای جمع‌آوری بررسی‌ها و مطالعات کمی و کیفی بهداشتی و شناخت مداخلات ارتباطی مربوطه، ابتدا با مراکز دولتی ذیربط تماس بگیرید. آنها ممکن است مؤسسات دولتی دیگری را معرفی کنند که بتوانند اطلاعات مورد نیازتان را ارائه دهند. مؤسسات خصوصی نیز داده‌های کمی خوبی را جمع‌آوری می‌کنند که ممکن است دسترسی به آنها به علت مسایل حقوق مؤلفین، بیش از حد پرهزینه یا غیرممکن باشد. در جستجوی مستندات چاپی و آنلاین و از جمله گزارشاتی باشید که موضوعات مورد نظر را تأمین می‌کنند، مواردی مانند:

- تاریخچه - گزارش‌های اقتصادی

- بررسی‌های جمعیتی - مستندات سیاست‌های متخذه

- آمارهای خدمات و فروش - گزارش کارگاه‌های آموزشی

- گزارش بحث‌های گروهی متمرکز - گزارش‌های مدیریتی

- داده‌های سرشماری - گزارش‌های نظارتی

- گزارش ارزشیابی‌ها و سایر موارد - گزارش همکاری‌های فنی

- برنامه‌های بهداشتی - ارزیابی نیازهای آموزشی

- تحلیل مراقبت‌ها و سیستم خدمات بهداشتی

- DHS و سایر مطالعات خانوار در مورد دانش، نگرش و رفتار

- اسناد ارائه خدمت

- رسانه‌های ارتباطی موجود در مراکز بهداشتی

- گزارش پیشرفت برنامه‌ها - گزارش اقدامات خیرین

- مقاله‌های مجلات - مقالات دانشگاهی

- مستندات مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز

- پایگاه‌های اطلاع‌رسانی معتبر

برای تکمیل فهرست منابع برنامه خود و ارتقای کیفیت رسانه‌های آتی برنامه‌تان تا جایی که می‌توانید، نمونه مطالب و مواد آموزشی موجود در زمینه موضوع مورد نظر در برقراری ارتباط استراتژیک را جمع‌آوری کنید.

برای هر یک از مخاطبان به دنبال اطلاعاتی باشید که رفتارهای جاری بهداشتی آنها را با رفتارهای بهداشتی توصیه شده یا دلخواه، مقایسه نماید. ببینید که آنها تا چه حد به پذیرش رفتارهای بهداشتی مطلوب، دور یا نزدیک هستند؟ یک رویکرد مفید، دسته‌بندی مخاطبان بالقوه طبق چارچوب ارایه شده در مورد فرآیند تغییر رفتار در گام «مقدمه» است. برای تعیین مرحله تغییر رفتار مخاطبان بالقوه، داده‌های کمی موجود مانند بررسی‌های جمعیتی و بهداشتی (DHS) و داده‌های سرشماری را مرور کنید؛ هر دو منبع ممکن است حاوی اطلاعاتی در مورد مراحل تغییر رفتار گروه‌های مختلف مردم باشند.

در بسیاری از موارد، داده‌های موجود در زمینه رفتار مخاطب ناکافی هستند و ممکن است مشورت با متخصصان پژوهشی برای طراحی و اجرای بررسی‌های پایه کمی در مورد خصوصیات ویژه مخاطبان، موضوعات رفتاری و مشکلات تغییر رفتار ضرورت یابد. به نحوی مشابه، انجام تحقیق کیفی مانند بحث‌های گروهی متمرکز با جمعیت نمونه‌ای از مخاطبان بالقوه برای دستیابی به اطلاعات توصیفی و کافی در مورد مخاطبان مفید است. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توان نسبت به مصاحبه‌های عمیق فردی یا مصاحبه با ذینفعان کلیدی نیز اقدام نمود. ضروری است که شما و اعضای تیم‌تان شکاف‌های اطلاعاتی برنامه خود را شناسایی نموده و زمان و بودجه کافی برای انجام تحقیقات تکمیلی را در نظر بگیرید. علاوه بر مرور مطالعات رسمی، مصاحبه با متخصصان محلی و نیز مصاحبه با ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی که به‌طور روزانه با مخاطبان بالقوه شما سرو کار دارند، برای اطلاع از نظرات و عقاید آنها در مورد رفتار گروه هدف لازم و مفید است.

نکات اصلی: راهنمای تحلیل وضعیت موجود

۲. گوش دهید

روش دیگر برای کسب اطلاعات مورد نیاز برای تحلیل وضعیت موجود، انجام مصاحبه است که به شما در موارد زیر کمک می‌کند:

- شناخت نیازها، نقطه نظرات و دیدگاه ذی‌نفعان و مخاطبان اولیه برنامه
- منابع موجود برای ارزیابی مداخلات ارتباطی حوزه بهداشت
- قبل از انجام مصاحبه، پرسشنامه مصاحبه را تهیه کنید تا اطمینان یابید که تمام سؤالات مورد نظر پرسیده می‌شود.
- برای درک بهتر موقعیت، مصاحبه‌ها را با کنندگان حداقل پنج گروه زیر انجام دهید:
- جمعیت نمونه مخاطبان بالقوه
- سیاستگذاران و متخصصان
- مدیران و پرسنل مؤسسات ارایه‌دهنده خدمات و محصولات بهداشتی
- اصحاب رسانه‌ها
- اهداکنندگان منابع مالی و مؤسسات ارایه‌دهنده کمک‌های فنی
- مصاحبه‌شوندگان می‌توانند فرد، گروه یا کسانی باشند که بر انتخاب مسیر برنامه ارتباطی و ارایه منابع حیاتی مؤثرند و می‌توانند به عنوان شریک و همکار اجرایی برنامه شما خدمت کنند.
- کسانی که مصاحبه با آنها انجام می‌شود شامل موارد زیر هستند:
- مدیران ارشد برنامه
- رؤسای سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی یا سایر خدمات مرتبط

- کنندگان سازمان‌های مذهبی مناطق تحت پوشش برنامه
- رهبران جامعه در مناطق تحت پوشش برنامه
- مدیران ادارات خدماتی
- رؤسای سازمان‌های پشتیبان
- رهبران سیاسی حامی سلامت
- مشتریان بالقوه
- درمان‌گران سنتی
- مدیران شبکه‌های رادیویی و تلویزیونی و پایگاه‌های اطلاع‌رسانی
- خبرنگاران و مدیران مسئول مجلات و روزنامه‌ها
- خیرین و واقفین
- وزرا، معاونان یا مدیران مرتبط
- اساتید دانشگاه
- مشتریان مراکز ارائه خدمات بهداشتی
- ناظرین مراکز بهداشت
- مؤسسات بین‌المللی ارائه خدمات بهداشتی

جدول ۳-۱. ویژگی‌های مخاطبان بالقوه

مثال‌ها	خصوصیات ویژه
جغرافیایی	
شمال، جنوب، شرق، غرب	منطقه
کلان شهر، شهر و بخش	وسعت شهر
شهری، حاشیه‌نشین، روستایی	تراکم جمعیت
ملایم، داغ، مرطوب	آب و هوا
جمعیتی	
زیر ۱۲، ۱۷-۱۲، ۲۴-۱۸، ۳۴-۲۵، ۴۹-۳۵ سال	سن
مؤنث، مذکر	جنس
مجرد، مطلقه، بیوه	وضعیت تأهل
زیر خط فقر، دهک سوم	درآمد
بدون تحصیلات رسمی، ابتدایی، پنجم دبستان، راهنمایی، سوم نظری، دبیرستان، دانشگاه	تحصیلات
وضعیت روانی	
محدود، حفاظت در برابر آتش‌سوزی و حریق	انگیزه
خطر کم، خطر ملایم، خطر زیاد	درک خطر
کم، زیاد	درگیر بودن

نگرش ها	مثبت، منفی
شیوه زندگی	محافظه کار، فرصت طلب، خلاق
اجتماعی - فرهنگی	
زبان / فرهنگ	عربی، فارسی، ...
مذهب	مسلمان، مسیحی، ...
طبقه اجتماعی	پایین، متوسط، بالا
تأهل / مجرد	مجرد، متأهل، ...
میزان استفاده	
میزان مصرف	شدید، ملایم، سبک، پاک
موقعیت مصرف	
زمان	صبح، عصر، نیمروز
هدف	حفاظت فردی، حفاظت از سایرین
مکان	در خانه، محل کار، سایر جامعا
همراهان	هیچ کس، نامزد، همسر، دوستان

شناسایی مشکلات تغییر رفتار

هنگام مصاحبه با ارایه دهندگان خدمات بهداشتی، متخصصان بهداشت، نمایندگان جامعه و اعضای گروه مخاطب بالقوه، سؤال کنید که چرا مخاطبان، رفتارهای سالم را نمی پذیرند. اغلب، یکی از تنگناهای اصلی بر سر راه پذیرش رفتارهای سالم، دانش پایه و اولیه قبلی مخاطب است.

لازم است بدانید مشکلات تغییر رفتار، تنها ناشی از کمبود آگاهی یا نگرش غلط مخاطبان شما نیست. جدول زیر با اشاره به برخی از مشکلات تغییر رفتار، تصویر جامع تری از این موضوع ارایه می دهد:

پرسش ها	طبقه
آیا خدمات یا محصولات مورد نیاز برای پذیرش رفتار دلخواه، در محیط کار و زندگی مخاطب مورد نظر فراهم است؟	فراهم بودن
آیا مخاطب قادر به دریافت و استفاده از خدمات یا محصولات متضمن رفتار دلخواه است؟	در دسترس بودن
آیا مخاطب، از قدرت خرید خدمات و محصولات متضمن رفتار دلخواه برخوردار است؟ زمان در اختیار و درآمد مخاطب و نیز قیمت خدمت و یا محصول چگونه است؟	امکان خرید
آیا برای مخاطب از نظر اجتماعی قابل قبول است که خدمت یا محصولات متضمن رفتار دلخواه را دریافت و از آن استفاده نماید؟ آیا برای آنها قابل قبول است که رفتار دلخواه را انجام دهند؟	پذیرش

نکات اصلی: راهنمای تحلیل وضعیت وضعیت موجود

۳. مشاهده کنید

در حد امکان با حضور در موقعیت مداخله با مردم گفتگو کنید و از آنچه که می‌بینید، یادداشت بردارید. مطمئن شوید که در محلات مختلف شهر، وقت کافی صرف نموده‌اید و اگر به علت سنت‌های مذهبی و یا فرهنگی، تفاوت‌های شدیدی وجود دارد، سعی کنید تا از محلات مختلفی بازدید داشته باشید، به نحوی که دیدگاه روشنی از کل منطقه تحت پوشش برنامه‌تان به دست آورید.

موارد زیر را مشاهده کنید:

- جلسات مشاوره
- بحث گروهی متمرکز در مراکز بهداشت
- شرایط جامعه
- پیام‌ها، مواد آموزشی و فعالیت‌های بهداشتی در جاهایی که مخاطبان مورد نظر زندگی و کار می‌کنند.
- مشاهده ابزار مؤثری است، نه فقط برای ارزیابی آنچه که در جریان است بلکه برای توجه به راهکارهای دسترسی به گروه خاصی از مردم.

تعیین راهبردهای برقراری ارتباط استراتژیک (حتی در مشکلاتی که با برقراری ارتباط حل نمی‌شوند و نیازمند مداخلات اقتصادی، اجتماعی یا حمایتی هستند) نیازمند تعیین مشکلات تغییر رفتار است. جمع‌آوری چنین اطلاعاتی در تخمین زمان مورد نیاز برای وقوع تغییرات رفتاری نیز مؤثر است.

شناسایی افراد کلیدی مؤثر بر مخاطبان اولیه

پس از شناسایی مخاطبان بالقوه، باید افراد کلیدی مؤثر بر رفتار مخاطبان بالقوه را نیز شناسایی کنید. برای این کار می‌توانید با مدیران برنامه‌های اجتماعی و ارایه‌دهندگان خدماتی که در ارتباط مستمر با مخاطبان شما هستند، صحبت کنید. شواهد تحقیقات معتبر را بررسی نموده و در بازدیدهای غیررسمی از محلات شهر و خانه‌ها، با بخشی از مخاطبان بالقوه و رهبر جامعه مورد نظر در مورد مشکلات بهداشتی صحبت کنید. برگه‌های کار ۱-۲. الف و ۱-۲. ب را تکمیل کنید.

برگه کار ۱-۲. الف. تعیین مخاطبان اولیه

دستور کار: گروه‌های مردمی برخوردار از ویژگی‌های مورد نظر که دچار مشکل بهداشتی مورد نظر یا در معرض ابتلای به آن هستند را شناسایی کنید و جدول زیر را برای هر یک از مخاطبان بالقوه تکمیل کنید.

مخاطب	ویژگی‌های مخاطب	مرحله تغییر رفتار*	مشکلات تغییر رفتار**	منابع اطلاعات در مورد مخاطب

* فاقد دانش، آگاه، تأیید کننده، دارای قصد، عامل، مروج

** قابلیت دسترسی، قابلیت پذیرش، امکان خرید، قابلیت فراهم بودن

برگه کار ۱-۲. ب. تعیین افراد کلیدی مؤثر بر مخاطبان اولیه

دستور کار: افراد کلیدی مؤثر بر مخاطبان اولیه را که می‌توانند بر تلاش‌های ارتباطی شما تأثیر گذارند، شناسایی کنید. جدول زیر را برای هر یک از افراد کلیدی مؤثر بر مخاطبان اولیه کامل کنید.

مخاطبان کلیدی از کجا اطلاعات را کسب می‌کنند؟	کانال‌های ارتباطی مؤثر	نگرش نیازمند تغییر در مخاطب اولیه	شدت تأثیر تخمینی*	مخاطبان اولیه	مخاطب کلیدی

* کم، متوسط، شدید

مرحله ۳. شناسایی منابع ارتباطی موجود

مرحله سوم در تحلیل وضعیت موجود، شناخت فضای ارتباطی، فعالیت‌های ارتباطی و منابع ارتباطی موجود است. در گام ۶، دستورعمل انتخاب کانال‌های ارتباطی ارائه شده است. در این جا، بر ارزیابی منابع ارتباطی موجود برای طراحی و اجرای یک برنامه ارتباطی تأکید می‌شود.

برقرارکنندگان ارتباط استراتژیک از تمام کانال‌های ارتباطی به عنوان سیستمی برای دسترسی به مخاطبان مورد نظر و انتقال پیام به آنها استفاده کرده و کانال‌های ارتباطی را به کانال‌های بین فردی، مبتنی بر جامعه و ارتباط جمعی طبقه‌بندی می‌کنند. کانال‌های ارتباط جمعی به ویژه وقتی که هدف از برقراری ارتباط، تغییر افکار عمومی یا هنجارهای فرهنگی جامعه باشد، مؤثرتر هستند.

کانال‌های بین فردی: بر ارتباط فردی با فرد دیگر یا یک گروه تأکید دارد. کانال‌های ارتباط بین فردی شامل ارتباط همسال با همسال، همسر با همسر و ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی در مرکز بهداشتی با مراجعه‌کننده است. مثالی از برقراری ارتباط فرد با یک گروه می‌تواند به صورت ارتباط یک ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی با اعضای تعاونی زنان باشد. در کانال‌های بین فردی، از ارتباط شفاهی و غیرشفاهی استفاده می‌شود.

کانال‌های مبتنی بر جامعه: بر انتشار اطلاعات از طریق شبکه‌های ارتباطی موجود مانند اعضای فامیل یا اعضای یک جامعه تأکید دارد. این کانال‌ها هنگامی مؤثر هستند که با هنجارهای جامعه مرتبط بوده و بخشی از مخاطبان بتوانند در بهبود رفتار سایرین مشارکت کنند.

کانال‌های ارتباط جمعی: امکان ارتباط با گروه بزرگتری از مخاطبان را فراهم می‌سازند و در بسیج افکار عمومی و ایجاد هنجارهای جدید اجتماعی از طریق انواع برنامه‌های آموزشی، سرگرمی و تبلیغی مؤثر هستند. این کانال‌ها شامل رادیو، تلویزیون و رسانه‌های چاپی جمعی مانند روزنامه، مجلات، بیل‌بردها، پایگاه‌های اطلاع‌رسانی و مکاتبات مستقیم پستی است.

نکات مهم: روش‌های جمع‌آوری اطلاعات

تحقیق پایه، اطلاعات ضروری برای انتخاب راه کارهای ارتباطی مؤثر را فراهم می‌سازد: مصاحبه با افراد کلیدی و ذی‌نفعان: برای شناخت ابعاد مختلف تأثیر یک راهکار ارتباطی بر مردم و محیط‌شان، می‌توانید از تکنیک‌های مختلفی مثل مصاحبه با مدیران برنامه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و رهبران جامعه استفاده کنید. جمع‌آوری نظرات ذی‌نفعان کنترل مشکل مورد نظر مفید است. هنگام مصاحبه با افراد کلیدی، نحوه مقابله آنها با مشکل

مورد نظر و انگیزه‌های‌شان از این کار را بررسی کنید و از آنها بخواهید تا در تعیین استراتژی‌های ارتباطی نیز به شما کمک کنند.

تحلیل جنسیتی: تحلیل جنسیتی با هدف توسعه مشارکت مردمی، موجب آشنایی شما با تأثیر تفاوت‌های جنسیتی بر دسترسی به منابع و میزان مشارکت زنان در فعالیت‌های توسعه‌ای می‌شود. چنین تحلیلی به شما کمک می‌کند تا معیارهای صحیحی را برای اطمینان از توجه کامل به زنان و مسایل آنها انتخاب کنید. به‌طور ایده‌آل، تحلیل جنسیتی نباید به تفکیک مسایل زنان منتهی شود بلکه باید در هر برنامه به نقش و جایگاه زنان توجه شود.

برنامه‌ریزی و جمع‌آوری اطلاعات در سطح جامعه: این تکنیک به‌طور عمده بر شناخت نقطه نظرات و درک مردم از شرایط زندگی‌شان و نیز چگونگی تغییر این شرایط تأکید دارد. دو روش عمده مورد استفاده برای این کار عبارتند از:

۱. بحث‌های گروهی متمرکز: که در آن تسهیل‌گری ماهر برای مدیریت بحث گروهی متمرکز، یک مشکل بهداشتی را با گروه ۶ تا ۱۲ نفره‌ای از مخاطبان برنامه و به مدت ۱ تا ۲ ساعت به بحث می‌گذارد. وی نظر اعضای گروه را در مورد مشکل، علل احتمالی و افراد کمک‌کننده در رفع آن جو یا شده و منابع اطلاعاتی گروه و تأثیر آنها بر دانش، باور و نگرش اعضای گروه را بررسی می‌کند.

۲. مصاحبه: به‌طور غیررسمی با کسانی مصاحبه کنید که از مخاطبان بالقوه‌تان محسوب می‌شوند. از کسانی که به تازگی به مشکل مورد نظر مبتلا شده‌اند و یا در معرض خطر ابتلا به آن هستند، در مورد دیدگاه‌شان به آن مشکل بهداشتی سؤال نمایید. سعی کنید با افراد موفق و یا ناموفق در پیشگیری و کنترل مشکل مورد نظر مصاحبه کنید.

۳. مشاهده: از مراکز ارائه خدمات یا توزیع ملزومات بهداشتی بازدید کنید. سهولت دسترسی مخاطبان به خدمات و تجهیزات و نحوه ارتباط بین مشتری/ارایه‌دهنده خدمت را مشاهده کنید و اجازه ندهید که حضور شما به طریقی بر روند کار در این مراکز تأثیر گذارد. شرایط تبادل اطلاعات بین مشتری/ارایه‌دهنده خدمت را نیز بررسی نموده و مشاهدات خود را ثبت کنید.

فعالیت‌های ارتباطی جاری

فعالیت‌های ارتباطی می‌توانند متعدد باشند اما چالش اصلی، انتخاب بهترین کانال‌های ارتباطی با مخاطبان برنامه مورد نظر است. برای این کار سه رویکرد زیر مفید است:

- شناسایی تلاش‌های ارتباطی که پیش از این در زمینه ارتباطی مورد نظر و یا برای ارتباط با مخاطبان بالقوه شما انجام شده است.

- مصاحبه با سایر کسانی که نسبت به اجرای بسیج‌های ارتباطی مشابه برای مخاطبان مورد نظر اقدام نموده‌اند. چنین رویکردی، نقطه شروع خوبی برای تعیین شرکای محلی برنامه و درک مشکلات و فرصت‌های برنامه‌های ارتباطی اجرا شده در محل است. این فعالیت‌ها را مطابق با کانال‌های توصیف شده در صفحه قبل، دسته‌بندی کنید و موارد زیر را به خاطر بسپارید:

- به دنبال بررسی رسانه‌های تولید شده برای مخاطبان بالقوه خود باشید.
- از مؤسسات تبلیغاتی پرسید که آیا مطالعه‌ای در مورد رسانه‌های ارتباطی مذکور انجام داده‌اند یا خیر؟ با مدیران برنامه‌ها در سازمان‌هایی که با مخاطبان شما ارتباط داشته‌اند، مصاحبه نمایید. آنها می‌توانند در مورد آنچه که انجام شده یا نشده است، ایده‌های خوبی را ارائه دهند.

• از نقاطی دیدن کنید که مخاطبان شما در آن جاها، زندگی می کنند و فهرستی از کانال های ارتباطی موجود تهیه کنید و در مورد هر یک از کانال ها، جمعیت تحت پوشش و نوع مخاطبانی را که به آنها دست یافته اند، را شرح دهید. رویکرد سوم برای تعیین کانال های ارتباطی، مصاحبه با مدیران پروژه های بهداشتی موجود است. افراد کلیدی (افراد یا سازمان های مسئول) هر فعالیت بهداشتی را مشخص نموده و کانال ها و رسانه های ارتباطی آنها را مشخص نمایید. با این کار می توانید پیام های مورد استفاده در برنامه های ارتباطی قبلی را شناسایی نموده و نیز میزان اثربخشی آنها را مشخص کنید.

منابع ارتباطی، سازمانی و حرفه ای

علاوه بر تعیین برنامه ها و فعالیت های ارتباطی بهداشتی، سازمان ها و افراد ماهری را که می توانند در اجرای برنامه تان به شما کمک کنند، شناسایی کنید. از این افراد، سؤالات زیر را پرسید:

- چه کسی تجربه تولید رسانه های آموزشی برای آموزش زندگی سالم را دارد؟
 - برجسته ترین مؤسسات تبلیغاتی فعال در منطقه شما کدام اند؟
 - چه کسی می تواند برنامه های رادیویی و تلویزیونی را تولید کند؟
 - چه سازمان هایی در آموزش ارایه دهندگان خدمات بهداشتی و مددکاران اجتماعی درگیر هستند؟
 - آیا شبکه یا انجمنی از افراد یا مؤسسات ارتباطی در جامعه مورد نظر وجود دارد؟ اگر بلی، اعضای آن چه کسانی یا سازمان هایی هستند و دیدگاه شان چیست؟
- برگه های کار ۱-۳ الف، ۱-۳ ب و ۱-۳ پ را برای خلاصه نمودن یافته های خود، کامل کنید.

برگه کار ۱-۳ الف. تعیین کانال های ارتباطی موجود

دستور کار: کانال های ارتباطی فعال در زمینه ارتقای سلامت در جامعه مورد نظر را به تفکیک نام، نوع کانال، مخاطبان تحت پوشش و منابع کسب اطلاعات تان در مورد هر کانال مشخص کنید.

نام کانال ارتباطی *	نوع کانال ارتباطی **	مخاطبان تحت پوشش	منابع اطلاعاتی ***

* مثل نام شبکه رادیویی، شبکه تلویزیونی، مجله، روزنامه، پایگاه اطلاع رسانی، غیره

** نوع کانال مانند رادیویی، تلویزیونی، اینترنتی، مطبوعاتی و غیره

*** منبع کسب اطلاع شما در مورد این کانال ارتباطی

برگه کار ۱-۳ ب. تعیین فضای ارتباطی موجود

دستور کار: تلاش های مناسب ارتباطی موجود در ناحیه مورد نظر خود را مشخص سازید.

نوع ارتباط *	مدیر برقراری ارتباط	کانال / موقعیت	پیام های کلیدی	مخاطبان مورد نظر

* ارتباط بین فردی ارتباط فرد با فرد یا گروه بوده و ممکن است شامل استفاده از فلیپ چارت، پوستر، سی دی تصویری یا صوتی و برگه‌های آموزشی باشد. ارتباط مبتنی بر جامعه، اطلاعات را از طریق شبکه‌های اجتماعی موجود مانند اعضای فامیل و جامعه انتشار می‌دهد. رسانه‌های ارتباط جمعی تأکید بر دسترسی به مخاطبان بیشتر و وسیع‌تر دارند.

برگه کار ۳-۱. پ. تعیین همکاران برقراری ارتباط استراتژیک

دستورکار: سازمان‌ها یا افرادی را مشخص کنید که در برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت می‌توانند به شما کمک کنند.

نام سازمان یا فرد	نوع تخصص ارتباطی*	تجربه ارتباطی در زمینه سلامت	منابع اطلاعات

* آموزش، بسیج اجتماعی، جلب حمایت همه جانبه، تولید و انتشار رسانه‌های بهداشتی چاپی و الکترونیکی، تولید و پخش برنامه‌های آموزشی تلویزیونی، تبلیغات، بازاریابی اجتماعی، برنامه‌های سرگرمی آموزشی، تحقیق و ارزشیابی، طراحی و اجرای بسیج‌های آموزشی ملی

مرحله ۴. ارزیابی شرایط محیطی

چهارمین مرحله در تحلیل وضعیت موجود، ارزیابی شرایط محیطی جامعه ای است که برنامه ارتباطی در آن اجرا می‌شود. موضوع بهداشتی مورد نظر می‌تواند ایجاد رفتاری باشد که به محصول یا خدمت دیگری وابسته نیست. گاه موضوع بهداشتی مورد نظر مستلزم وجود محصولاتی است که باید به آسانی در دسترس باشند یا در مواردی مثل واکسیناسیون، مستلزم همکاری سیستم ارایه خدمات بهداشتی است که این ملاحظات باید به عنوان بخشی از فرآیند ارزیابی شرایط محیطی جامعه مورد توجه قرار گیرد.

خدمت و یا محصول بهداشتی و حمایت از رفتار

با ارزیابی میزان فراهم بودن، امکان دسترسی، امکان خرید و نیز پذیرش خدمات، محصولات و رفتارها؛ ظرفیت ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی در طراحی و اجرای تلاش‌های ارتباطی‌شان افزایش می‌یابد.

میزان فراهم بودن: با همکاران خود، مشورت کنید و با کمک آنها، ظرفیت ارایه خدمات و تقاضای موجود برای خدمات تان را تخمین بزنید. سؤالات کلیدی شامل موارد زیر است:

- آیا امکان افزایش ظرفیت برای رفع تقاضاهای روبه رشد وجود دارد؟
- سرعت شما در تأمین نیازهای روزمره و پشتیبانی از انبارها چگونه است؟
- آیا قادر به پاسخگویی به مشتریان بیشتری هستید؟
- آیا ملزومات کافی برای ارایه خدمات شما فراهم است؟
- آیا این ملزومات به طور مرتب در دسترس و فراهم است؟

از خودتان سؤال کنید آیا انتظاراتی را به وجود نمی آورید که خدمات موجود نتواند پاسخگوی آن باشد؟ در صورت جواب بلی، باید این مساله را در نظر بگیرید که آیا تغییر رفتار مورد نظر ضروری است یا خیر؟ انجام تحلیلی رقابتی، برای شناخت بهتر شرایط محیطی و تعیین مشکلات بالقوه در تحقق اهداف شما مفید است. ابتدا مشخص کنید آیا شما در ترویج یک محصول، خدمت یا رفتار تنها هستید یا نه؟ و سپس با توجه به دسته بندی انتخابی، فهرست رقبای خود در ارایه آن خدمت را تهیه کنید.

نکته مهم: فهرست محصولات، خدمات یا حمایت های رفتاری قابل ارایه برای کمک به مردم در پذیرش رفتار سالم مورد نظر را یادداشت کنید و مشخص سازید که چه افراد یا سازمان هایی رفتارها، محصولات و خدمات مورد نظر را ارایه می دهند.

امکان دسترسی: تنها وجود خدمات و ملزومات کافی نیست، باید بررسی شود که مخاطبان به آنها دسترسی دارند یا نه؟ تعیین سطح دسترسی به کالا یا خدمات مرتبط با رفتار مورد نظر قبل از اجرای یک بسیج اطلاع رسانی، حیاتی است. قدرت خرید: سؤال کنید که آیا مخاطب اولیه شما می تواند خدمات و یا ملزومات مورد نظر را خریداری کند؟ علاوه بر قیمت و پول، به زمان و تلاش لازم برای برخورداری مشتری از خدمت یا خرید وسیله مورد نظر نیز توجه کنید. با درک چنین مشکلات بالقوه ای، می توانید استراتژی ارتباطی مؤثرتری را انتخاب کنید.

میزان پذیرش: در مورد مقبولیت اجتماعی استفاده از محصول یا خدمت مورد نظر تحقیق کنید. با ارایه دهندگان و استفاده کنندگان خدمت مورد نظر مصاحبه نموده و مشکلات موجود برای ترویج رفتار سالم مورد نظر را شناسایی کنید. سؤالات و یافته های خود در این چهار زمینه را با مدیران مسئول ارایه خدمت و توزیع محصولات برنامه مورد نظر مرور نمایید.

سعی کنید برای بررسی میزان فراهم بودن و امکان دسترسی به محصولات و خدمات، از چندین مرکز ارایه خدمت بازدید کنید.

شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی

شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی می توانند برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت را محدود سازند. بزه، بیکاری، فقر و محرومیت های اجتماعی همگی بر رفتار سالم تأثیر می گذارند. با مدیران برنامه در مورد شرایط اجتماعی مؤثر بر توانایی ترویج موضوعات بهداشتی مورد نظر مشورت کنید. در مورد قوانین جاری، مطالعه نموده و ببینید آیا مقرراتی وضع شده اند که در ترویج رفتار سالم مورد نظر مؤثر باشند. سایر موضوعات چالشی مرتبط با مخاطبان و شرایط زندگی آنها را نیز ثبت کنید.

برگه کار ۴-۱. الف. تعیین میزان حمایت از خدمت یا محصول بهداشتی

دستور کار: خدمات و محصولات بهداشتی قابل آرایه به مردم برای پیشگیری و درمان مشکل بهداشتی مورد نظر را مشخص نمایید. در مورد هر یک از خدمات و محصولات، به طور مختصر میزان فراهم بودن، در دسترس بودن، قابلیت پذیرش و امکان خرید آن را شرح دهید.

منابع اطلاعاتی	میزان پذیرش ****	امکان خریداری ***	میزان دسترسی **	میزان فراهم بودن *	سازمان آرایه‌دهنده خدمت	محصول / خدمت آرایه شده

* محصول یا خدمت در کجا فراهم است؟

** چه کسی به محصول یا خدمت دسترسی دارد؟ هر کسی که اجازه استفاده از آن را ندارد ذکر کنید.

*** برای مشتری، خریدن یا استفاده از محصول یا خدمت چقدر هزینه دارد؟ نه فقط در قالب قیمت محصول یا خدمت بلکه به هزینه رفت و آمد و زمان انتظار برای برخورداری از خدمت یا دسترسی به محصول نیز فکر کنید.

**** محصول یا خدمت در بین استفاده‌کنندگان مورد نظر تا چه حد مورد پذیرش است.

برگه کار ۴-۱. ب. تعیین شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی منطقه اجرای برنامه

دستور کار: تمامی شرایط محیطی مؤثر بر توانایی برقراری ارتباطات آن را مشخص کنید.

	۱. شرایط اجتماعی مؤثر در ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار و بهبود بهداشتی
	۲. شرایط اقتصادی مؤثر در ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار و بهبود بهداشتی
	۳. شرایط سیاسی مؤثر در ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار و بهبود بهداشتی

مرحله ۵. تعیین نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها

مرحله بعدی، انجام مروری اجمالی بر کلیه اطلاعاتی است که تا اینجای کار جمع‌آوری نموده‌اید. برای این کار از چارچوب SWOT استفاده می‌شود: نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها.

ابتدا، داده‌های خود را مرور نموده و فهرست نقاط قوت و ضعف‌تان در برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت را تهیه نمایید. فهرست مذکور را با همکاری اعضای تیم‌تان تهیه نموده و منابع مالی، انسانی و تکنولوژیکی که ممکن است به برنامه ارتباطی شما کمک کنند، بررسی و مرور کنید. به نحوی مشابه، سؤالات زیر را از خود و اعضای تیم‌تان پرسید:

- برای بهبود بهداشتی از طریق برقراری ارتباط استراتژیک، چه فرصت‌های کلیدی وجود دارند؟
 - چه تهدیدهایی، توانایی بهبود بهداشتی از طریق برقراری ارتباط استراتژیک را تهدید می‌کنند؟
- برگه کار تحلیل SWOT را کامل کنید.

برگه کار ۵-۱. تحلیل SWOT

نقاط قوت	نقاط ضعف
فرصت‌ها	تهدیدها

اکنون آنچه که از تحلیل وضعیت موجود آموخته‌اید، با تکمیل برگه کار ۶-۱ خلاصه نمایید. هنگامی که به گام ۹ رسیدید، برگه کار ۶-۱ را با هفت خلاصه برگه کار دیگر ترکیب نمایید (از هر یک از گام‌های ۲، ۳، ۴، ۵ و ۷ یک مورد و دو برگه کار خلاصه از گام ۶). این مجموعه از برگه‌های کار، راهنمای خوبی برای تدوین یک برنامه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت است. با مروری بر اطلاعات تکمیل شده در قالب این برگه‌ها، می‌توانید با دیدی جامع، استراتژی‌های ارتباطی مورد نظر را انتخاب کنید.

برگه کار ۶-۱. خلاصه تحلیل وضعیت موجود

دستورات: برگه‌های کاری را که کامل نموده‌اید، بررسی و از آنها برای تکمیل خلاصه تحلیل وضعیت موجود در جدول زیر استفاده کنید.

۱. مشکل بهداشتی که ما با آن مواجه هستیم.	
۲. مخاطبان بالقوه اولیه	
۳. چالش‌های کلیدی که باید بر آن تأکید کنیم، عبارتند از:	
- چالش‌های مرتبط با دانش، نگرش و رفتار مخاطبان	
- چالش‌های مرتبط با توان برقراری ارتباط مؤثر	
- چالش‌های مرتبط با ایجاد شرایطی که اتخاذ رفتار دلخواه برای مخاطبان را آسان‌تر می‌سازد.	
۴. فرصت‌های کلیدی که باید بر آنها تأکید کنیم، عبارتند از:	
- فرصت‌های مرتبط با دانش، نگرش و رفتار مخاطبان	
- فرصت‌های مرتبط با توان برقراری ارتباط مؤثر	
- فرصت‌های مرتبط با ایجاد شرایطی که اتخاذ رفتار دلخواه برای مخاطبان را آسان می‌سازد.	
۵. واقعیت‌ها (عوامل غیرقابل تغییری که ممکن است کارایی ما را محدود کند).	
۶. ما توقع داریم تا بتوانیم مشارکت‌های زیر را برای دستیابی به بهبود دلخواه بهداشتی به دست آوریم.	

خلاصه

این گام، ابزارهای لازم برای تحلیل وضعیت موجود را به شما ارائه می‌دهد. اکنون باید در مسیر برنامه‌ریزی برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت در خصوص موارد زیر تسلط کامل داشته باشید:

- تعیین و شناخت مشکل

- تعیین مخاطبان بالقوه
 - تعیین منابع ارتباطی موجود
 - ارزیابی شرایط محیطی
 - مروری بر نقاط قوت و ضعف کلیدی در خصوص منابع انسانی، تکنولوژیکی و مالی موجود و نیز فرصت‌ها و تهدیدهای محیطی مؤثر در برقراری ارتباط استراتژیک
- به محض تکمیل این پنج مرحله، شما آماده حرکت به سوی انتخاب استراتژی‌های ارتباطی مناسب هستید.

دسته بندی مخاطبین

طراحی یک استراتژی ارتباطی مؤثر نیازمند دسته‌بندی مناسب مخاطبان است. واژه «دسته‌بندی مخاطبان» به معنی گروه‌بندی و سازماندهی مخاطبان در گروه‌های کوچک‌تر و مرکب از کسانی است که از نیازهای ارتباطی همسان و مرتب‌تری برخوردار بوده و نیز تمایلات و ویژگی‌های مشابهی دارند. برقرارکنندگان ارتباط، برای دستیابی به مناسب‌ترین و اثربخش‌ترین روش‌های ارتباطی، مخاطبان را به گروه‌های همسان کوچک‌تری تقسیم می‌کنند.

همان‌گونه که در گام اول آمده، در هر برنامه ارتباطی گروه‌های متعددی از مخاطبان تعیین می‌شوند. هر گروه از مخاطبان، شامل کسانی است که به‌طور مستقیم از تغییرات رفتاری مورد نظر بهره می‌برند.

وظیفه شما، تعیین دقیق تمام مخاطبانی است که نیازمند تلاش‌های ارتباطی شما هستند. در این گام، راهنمای چهار مرحله‌ای دسته‌بندی و تعیین مخاطبان کلیدی، اولیه و ثانویه ارائه می‌شود.

با پیروی از این مراحل، به شناخت خوبی از تمامی مخاطبان برنامه ارتباطی خود می‌رسید که در برداشتن گام‌های بعدی شما برای برقراری یک ارتباط استراتژیک مؤثر برای ارتقای سلامت راه‌گشا است.

مرحله ۱. تعیین گروه‌های مختلف مخاطبان

اولین سؤالی که باید جواب داده شود این است که آیا شما نیازی به دسته‌بندی مخاطبان دارید یا خیر؟ در واقع اگر تمامی مخاطبان بالقوه برنامه شما به عنوان یک کل بتوانند به‌طور مؤثر و از طریق مجموعه کانال‌های یکسانی، مجموعه یکسانی از پیام‌ها را دریافت دارند، در این صورت نیازی به دسته‌بندی آنها ندارید، اما در اکثر موارد دسته‌بندی مخاطبان هم برای آنها مفید است و هم بر اثربخشی فعالیت‌های ارتباطی شما می‌افزاید.

بدیهی است که مهیا بودن یا نبودن منابع کافی، می‌تواند بر تصمیم‌گیری شما برای دسته‌بندی مخاطبان مؤثر باشد. در صورت وجود منابع کافی، دسته‌بندی مناسب مخاطبان موجب افزایش اثربخشی تلاش‌های ارتباطی شما می‌شود و هر یک از گروه‌های مختلف مخاطبان از رسانه‌های ارتباطی ویژه خود سود بیشتری می‌برند. دستور عمل صفحه بعد را مرور نموده و برگه‌های کار ۱-۲ و ۲-۲ را برای دسته‌بندی مخاطبان تکمیل کنید.

دسته‌بندی مخاطبان در موارد زیر مفید است:

۱. هنگامی که تفکیک استفاده‌کننده‌های یک خدمت از غیراستفاده‌کنندگان آن یا کسانی که رفتاری را انجام می‌دهند از کسانی که آن رفتار را انجام نمی‌دهند، مفید باشد.
۲. هنگامی که دسته‌بندی مخاطبان براساس انواع و سطح اطلاعات مورد نیازشان و یا میزان انگیزه‌شان برای انتخاب یک رفتار مفید باشد.
۳. هنگامی که دسته‌بندی مخاطبان براساس افراد کلیدی و با توجه به منابع مؤثر کسب اطلاعات مفید باشد.

برگه کار ۱-۲: دسته‌بندی مخاطبان

دستور کار: **مرحله ۱: تعیین گروه‌های مختلف مخاطبان:** مخاطبان بالقوه تلاش‌های ارتباطی خود را براساس نتایج تحلیل وضعیت موجود، مشخص سازید. نام مخاطبان بالقوه را در اولین ستون جدول زیر بنویسید. برای هر گروه بزرگ مخاطبان، گروه‌های کوچک‌تر ممکن (با صفات ویژه، مشخص و متمایز از سایر گروه‌ها) را مشخص سازید. یک نقطه تمایز مهم، موردی است که مستلزم پیام یا استراتژی ارتباطی متفاوتی باشد.

مخاطبان بالقوه	زیرگروه‌های احتمالی به تفکیک مرحله تغییر رفتار*	زیرگروه‌های احتمالی به تفکیک تفاوت‌های جغرافیایی*	زیرگروه‌های احتمالی به تفکیک دموگرافیک**	زیرگروه‌های احتمالی به تفکیک تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی***	زیرگروه‌های احتمالی به تفکیک سایر تفاوت‌ها

* فاقد دانش، آگاه، تأییدکننده، دارای قصد، عامل، مروج

** منطقه، شهر، روستایی - شهری

*** سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد کودکان، میزان تحصیلات، شغل

**** زبان، فرهنگ، مذهب، طبقه اجتماعی

مرحله ۲. اولویت‌بندی مخاطبان

اولویت‌بندی مخاطبان نیازمند پاسخ به این سؤال است: آیا منابع کافی برای دسترسی به تمام افرادی که تحت تأثیر یک مشکل بهداشتی و یا در معرض خطر ابتلای به آن هستند، وجود دارد؟ اگر خیر، تیم نیاز به تصمیم‌گیری در این زمینه دارد که کدام بخش از مخاطبان باید ابتدا مورد توجه قرار گیرند.

با اولویت‌بندی مخاطبان می‌توان با اتخاذ رویکردی مرحله‌ای، حرکت مؤثری را برای برقراری ارتباط با تمامی مخاطبان از طریق توجه به مخاطبانی که ظرفیت کمک به سایر مخاطبان در مراحل مختلف تغییر رفتار دارند، ایجاد نمود. بنابراین در این مرحله اولویت با مخاطبانی است که دسترسی به آنها ساده‌تر بوده، برای شنیدن پیام بیشترین پذیرش را داشته و یا در مرحله‌ای باشند که در آن احتمال حرکت به سمت مرحله بعدی تغییر رفتار بیشتر باشد. مخاطبانی که از قبل رفتار دلخواه ما را انجام می‌دهند، می‌توانند تشویق شوند تا این رفتار را به سایرین توصیه کنند. چنین افرادی (عمل‌کنندگان) به عنوان افراد معتبر، می‌توانند به عنوان مروجان و همیاران خوبی محسوب شوند که پیشرفت سایر مخاطبان را در طول مراحل تغییر رفتار پیگیری می‌کنند. برگه‌های کار ۱-۲-۲ و ۲-۲-۲ و جدول ۲-۲-۳ به شما و تیم‌تان کمک می‌کند تا اولویت‌بندی مخاطبان را انجام دهید.

برگه کار ۱-۲-۲. اولویت بندی مخاطبان

دستور کار: دسته بندی مخاطبانی را که در مرحله ۱ انجام داده اید مرور کنید. این دسته بندی باید مخاطبان با خصوصیات ویژه را از یکدیگر متمایز ساخته باشد. اسامی هر یک از زیرگروه های مخاطبان بالقوه را در ستون ۱ بنویسید و سپس برای کمک به اولویت بندی مخاطبان، به سؤالات زیر پاسخ دهید.

زیر گروه مخاطبان بالقوه	جمعیت تخمینی گروه*	آیا این زیر گروه، نیازمند پیام ها و رسانه های آموزشی اختصاصی هستند؟**	تغییر رفتار اعضای این زیر گروه در دسترسی به اهداف برنامه، تا چه حد مهم است؟***	احتمال وقوع تغییرات مورد نظر در چارچوب زمانی این برنامه چقدر است؟****	در منابع برنامه ارتباطی، منبعی برای تغییر رفتار اعضای این زیر گروه وجود دارد؟

* تعداد افراد گروه را تخمین بزنید.

** اگر قادر به ترویج رفتار دلخواه در این زیر گروه با استفاده از پیام ها و رسانه های یکسان با سایر زیر گروه های منتخب نیستید، پاسخ بلی بدهید.

*** بسیار مهم، مهم، کم اهمیت، مهم نیست

**** بسیار، تا حدی، غیر ممکن

برگه کار ۲-۲-۲. رتبه بندی مخاطبان در اولویت

دستور کار: با استفاده از جواب های برگه کار ۲-۲-۲ هر یک از مخاطبان بالقوه خود را به صورتی که در زیر آمده، رتبه بندی کنید.

مخاطب	اندازه مخاطب		اهمیت برای سلامت عمومی		احتمال این که مخاطب نسبت به تلاش های ارتباطی، پاسخگو باشد.		رتبه بندی*	آیا لازم است که براساس این ملاحظات، این مخاطب در راهکار منظور شود؟	آیا براساس این ملاحظات، فقط تأکید بر این مخاطب در جهت رسیدن به اهداف برنامه تان، کافی خواهد بود؟
	رتبه بندی	درصد جمعیت	رتبه بندی	اهمیت	رتبه بندی	احتمال			
		A		B		C	A + B + C =		
	۱	۱-۵	۱	اصلاً	۱	اصلاً			
	۲	۶-۱۰	۲		۲				
	۳	۱۱-۱۵	۳	تا حدی	۳	تا حدی			
	۴	۱۶-۲۰	۴		۴				
	۵	>۲۰	۵	زیاد	۵	زیاد			

براساس مطالب فوق، در ستون اول دور گروه های مخاطب در اولویت برای تلاش های ارتباطی خود دایره بکشید.

* رتبه بندی کل رتبه ها: الف. رتبه ۱۰-۱۵ خوب ب. ۶-۹ محتمل ج. ۰-۵ غیر محتمل

جدول ۲-۳. مرحله‌بندی استراتژی ارتباطی با مخاطبان بالقوه

دستور کار: برای مرحله‌بندی استراتژی ارتباطی با مخاطبان بالقوه و استدلال منطقی تان برای این مرحله‌بندی، جدول زیر را تکمیل کنید. لازم است تعیین کنید که منابع کافی برای دستیابی به اهداف اختصاصی هر یک از گروه‌های مخاطب در چارچوب زمانی راهکار مربوطه فراهم است یا نه؟ در صورت امکان، چارچوب زمانی خاص و مرتبط با هر مرحله را بیان کنید.

گروه‌های مخاطبان در اولویت	مرحله ۱ استراتژی	مرحله ۲ استراتژی	مرحله ۳ استراتژی	استدلال منطقی برای مرحله‌بندی

مرحله ۳. تعیین مخاطبان کلیدی

در سومین مرحله، افراد کلیدی مؤثر بر مخاطبان اولیه مشخص می‌شوند که هدف از این کار، بسیج آنها برای تأثیرگذاری بر مخاطبان اولیه به نفع رفتار دلخواه است. در این مرحله پس از مرور مطالب آموزشی و متن زیر، برای کمک به تیم خود از برگه‌های کار ۱-۳-۲ و ۲-۳-۲ استفاده کنید. برای تعیین این که چه کسی در مورد مشکل بهداشتی مورد نظر بر دانش و نگرش مخاطبان اولیه شما تأثیر و نفوذ دارد، این سؤالات را پرسید:

- چه کسی روش‌های پیشگیری و حل مشکل مورد نظر را به مخاطبان اولیه شما پیشنهاد می‌کند؟
- چه کسی بر تصمیمات آنها برای جستجوی کمک در زمینه پیشگیری و یا حل مشکل بهداشتی مورد نظر، تأثیر و نفوذ دارد؟
- چه کسی بر تصمیم آنها در تلاش برای استفاده از محصولات خاص یا انجام رفتارهای بهداشتی معین، تأثیر و نفوذ دارد؟
- چه کسی بر تصمیم آنها برای تداوم یا عدم تداوم رفتارهای جدید بهداشتی‌شان، نفوذ و تأثیر دارد؟

این تأثیرات خارجی را در قالب خصوصیات ویژه‌ای مانند سن و جنس و در قالب ارتباط آنها با مخاطب اولیه شرح دهید. برای مثال آیا آنها دوستان یا اقوام مخاطبان اولیه هستند؟ آیا آنها خدمات یا محصولاتی را به مخاطبان شما پیشنهاد می‌دهند؟

تمام ارایه‌دهندگان خدمات و ملزومات بهداشتی برای مخاطبان اولیه را مشخص نمایید و شبکه ارایه‌دهنده خدمات خود و نیز ارایه‌دهندگان خدمات جایگزین را نیز شناسایی کنید. پس از تهیه فهرست افراد کلیدی، میزان نفوذ و تأثیر آنها را تخمین بزنید. برای مثال نفوذ یک ارایه‌دهنده خدمت بیشتر است یا فرد خاصی در خانواده و یا همسران و والدین؟ هنگامی که قرار است مخاطب اولیه را از انجام کاری بازدارید رهبران مذهبی مؤثرترند یا والدین؟ و یا تأثیر این افراد بر جوانان و یا همسالان چگونه است؟ با تخمین میزان نفوذ و تأثیر هر یک از افراد کلیدی بر مخاطب اولیه، خدمات جلب حمایت و ترویج رفتار تیم تان مقرون به صرفه و اثربخش تر می‌شود.

لازم است نگرش افراد کلیدی به رفتار دلخواه را جویا شوید. با آگاهی از این مساله می‌توانید میزان سرمایه مورد نیاز برای ترویج نگرش مثبت و جلب حمایت افراد کلیدی از برنامه ارتباطی خود را تخمین بزنید.

برگه کار ۱-۲. شناسایی مخاطبان کلیدی

دستور کار: در ستون اول، اسامی مخاطبانی که در مرحله ۲ انتخاب نموده‌اید را بنویسید و سپس به سؤالات جواب دهید.

مخاطب اولیه	مخاطب اولیه در مورد سلامت با چه کسی صحبت می‌کند؟	چه کسی بر رفتار مخاطب اولیه در زمینه رفع نیازهای سلامتیش تأثیر و نفوذ دارد؟	چه کسی اطلاعات بهداشتی، محصولات و خدماتی که مخاطب اولیه نیاز دارد را ارائه می‌دهد؟

برگه کار ۲-۳. تحلیل فرد تأثیرگذار

دستورات: اسامی مخاطبان اولیه (مخاطبانی که می‌خواهید آنها را تشویق به انجام یک رفتار سالم نمایید) را در بالای این جدول بنویسید.

الف. مخاطب اولیه:

ب	پ	ت	ث	ج	چ
چه کسی بر سلامت مخاطب اولیه تأثیر می‌گذارد؟	آنها چقدر نفوذ دارند؟ (شدید، متوسط، کم)	آنها اخیراً مخاطب اولیه را تشویق به انجام چه رفتاری می‌کنند یا نمی‌کنند؟	آنها چه موقع رفتار دلخواه را تشویق می‌کنند؟	چرا آنها رفتار دلخواه را تشویق نمی‌کنند؟	مهمترین منابع اطلاعاتی افراد کلیدی کدام‌اند؟

مرحله ۴. رسم تصویری از مخاطبان اولیه

این مرحله برای تقویت رویکرد خلاق شما و تیم‌تان در برقراری ارتباطی مؤثر با مخاطبان اولیه، ثانویه و افراد کلیدی به شما نشان می‌دهد که مخاطبان دسته‌بندی شده خود را چگونه به تصویر بکشید. به عبارت دیگر با ترسیم تجسمی ذهنی از مخاطبان شما بر روی کاغذ، می‌توانید به آنها زندگی بخشید.

هدف از رسم چنین تصویری، درک کامل علایق، خواسته‌ها و امیدهای مخاطبان مورد نظر است، به نحوی که هنگام طراحی پیام‌ها بتوانید به جای افراد نامشخص، روی مخاطب نمونه‌ای که رسم کرده‌اید، متمرکز شوید. این کار را با نگاه به تحقیقات پایه و کمی خود شروع کنید و سپس از اطلاعات کیفی استفاده کنید.

در ترسیم هر دسته از مخاطبان، به متغیرهای جمعیتی و داده‌های اقتصادی اجتماعی توجه کنید. جمع‌آوری اطلاعات در مورد ویژگی‌های روان‌شناختی اعضای گروه مخاطبان می‌تواند به درک مسایلی همچون میزان اعتماد به نفس و رفتارهای مخاطره‌آمیز آنها کمک کند. این صفات ویژه را همراه داده‌های اجتماعی اقتصادی تحلیل نموده و سپس تصویری کلی و شفاف از مخاطب‌تان رسم کنید که مبتنی بر واقعیت باشد.

این تمرین به شما کمک می‌کند تا مخاطب‌تان را با ترسیم تصویراش به ذهن‌تان بسپارید. در مورد خصوصیات ویژه و کلیدی گروه مخاطب، فکر کنید و تصویری که از یکی از افراد آن کشیده‌اید، به گونه‌ای رنگ‌آمیزی کنید که به بهترین شکل بیانگر او باشد.

تصویری را که کشیده‌اید، شرح دهید. اگر تصویرتان مربوط به یک زن است، بنویسد چند سال دارد و شبیه چه کسی است و در کجا زندگی می‌کند. اگر متأهل است، شوهر او شبیه کیست و چند فرزند دارد و آیا با مادر شوهرش زندگی می‌کند؟ بنویسید که روستایی است یا شهری؟ کار می‌کند یا نه؟ چه کار می‌کند و عادت‌های رسانه‌ای او چیست و آیا علاقه‌ای به تماشای تلویزیون یا گوش دادن به رادیو دارد. سپس داستانی درباره شخصیتی که خلق کرده‌اید، بنویسید و در این داستان، رفتار و برخی از نگرش‌های کلیدی مخاطب‌تان در مورد رفتار بهداشتی دلخواه‌تان را شرح دهید. پرتراهی که از مخاطب‌تان رسم می‌کنید ممکن است نشانگر تمامی حقایقی که در تحقیق پایه‌تان یافته‌اید نباشد اما می‌تواند نشانگر حقایق و جزئیات زیادی باشد.

برگه کار ۴-۲. رسم تصویری از مخاطب اولیه

دستورکار: با استفاده از این برگه یا بر روی یک برگه جداگانه، براساس داده‌های موجود تصویری از یک یا گروهی از مخاطبان اولیه بکشید. نقاشی شما باید بیانگر پاسخ فرد به هنجارهای اجتماعی بوده و او را به صورت کامل و با جزئیات بیشتر توصیف نماید. در کنار این نقاشی، داستان یک روز از زندگی مخاطب‌تان را بگویید.

برگه کار ۵-۲. خلاصه تصمیمات تقسیم‌بندی مخاطب

دستورکار: در اولین ستون از برگه کار خلاصه، مخاطبان اولیه که باید با آنها ارتباط برقرار نمایید و دلایل منطقی این ارتباط را ذکر کنید. سپس هر گروه از مخاطبان اولیه را توصیف کنید و در سومین ستون در صورت وجود استراتژی مرحله‌ای مناسب، آن را بیان کنید. در انتها، افراد کلیدی و دلیل منطقی انتخاب آنها را شرح دهید.

مخاطب اولیه / دلیل منطقی	توصیف مخاطب اولیه	استراتژی مرحله‌ای مناسب (در صورت وجود)	افراد کلیدی / دلیل منطقی

اهداف اختصاصی تغییر رفتار

در این گام، راهنمایی‌های لازم برای طراحی و تدوین اهداف اختصاصی تغییر رفتار هر یک از گروه‌های مخاطبان، براساس نیازها و خصوصیات ویژه مخاطب مورد نظر، نتایج تحلیل وضعیت موجود و نیز دسته‌بندی مخاطبان ارائه می‌شود. با استفاده از این راهنما می‌توانید اهداف اختصاصی خود را با نتایج بلندمدت برنامه خود مرتبط سازید و با تعیین شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه، ضمن سنجش تأثیر مداخلات‌تان، میزان پیشرفت در تحقق اهداف برنامه ارتباطی خود را نیز بسنجید.

برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت نیازمند استفاده از اهداف اختصاصی مناسب با شاخص‌های شفاف برای تعیین پیشرفت برنامه است و به طور هم زمان با چنین اهداف شفافی، تأثیر تلاش ارتباطی شما در مجموع مداخلات ارتقای سلامت جامعه مشخص می‌شود.

اهداف اختصاصی تغییر رفتار در برقراری ارتباط استراتژیک، باید SMART باشد. یک هدف SMART دارای خصوصیات زیر است:

اختصاصی (Specific): هدف اختصاصی باید بگوید که چه کسی یا چه چیزی مورد تأکید بوده و چه نوع تغییری مورد نظر است.

قابل اندازه‌گیری (Measurable): هدف اختصاصی باید شامل مقدار یا نسبت تغییر مورد انتظار بوده و قابل اندازه‌گیری باشد. مناسب (Appropriate): هدف اختصاصی باید نسبت به نیازها و تمایلات مخاطب و نیز توجه به هنجارها و انتظارات اجتماعی، حساس باشد.

مبتنی بر واقعیت (Realistic): هدف اختصاصی باید شامل حدی از تغییر باشد که بتواند به طور منطقی و تحت شرایطی خاص به دست آید.

محدوده زمانی (Time-bound): هدف اختصاصی باید به طور روشن، دوره زمانی برای دستیابی به تغییرات رفتاری مورد نظر را مشخص سازد.

شما و تیم تان باید تصمیم بگیرید که چگونه اهداف اختصاصی تغییر رفتار ممکن و عملی را براساس وضعیت مخاطبان و اطلاعات فراهم شده تدوین کنید.

مرحله ۱. بیان تغییر رفتار مورد نظر در هر گروه از مخاطبان

شما باید براساس نتایج کارتان در گام دوم، توصیف کامل و مکتوبی از مخاطبان خود داشته باشید. داشتن چنین توصیف مکتوبی ادامه حرکت در راستای طراحی یک برنامه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت را تضمین می‌کند. اهداف اختصاصی تغییر رفتار هر گروه از مخاطبان ممکن است با سایرین متفاوت باشد. شما و تیم تان باید برای تعریف اهداف اختصاصی ویژه هر گروه یا بخش از مخاطبان تان، تلاش کنید.

رفتارهایی را که به عنوان نتیجه شنیدن، دیدن یا مشارکت مخاطب در پیام‌های ارتباطی استراتژیک، تغییر می‌کند نام ببرید و ببینید آیا تغییر رفتار به طور ایده‌آل، نیازهای بهداشتی مخاطب تان را به خوبی مرتفع می‌سازد؟ خلاصه تحلیل وضعیت موجود (برگه کار ۶-۱) را مرور نموده و هرگونه رفتار مشخص شده که نیاز به توجه دارد را یادداشت کنید. در این قسمت ممکن است شفاف‌سازی بیشتر رفتار مخاطبان مورد نظر ضروری باشد و شما برای این کار نیازمند کسب اطلاعات بیشتری باشید.

در این صورت، گاهی انجام برخی از تحقیقات کیفی برای اطمینان از انتخاب اهداف صحیح رفتاری ضرورت می‌یابد. شما با طی این مرحله، از اختصاصی و مناسب بودن اهداف اختصاصی تان مطمئن می‌شوید.

مرحله ۲. بیان میزان تغییر رفتار مورد نظر

شما با تکمیل مرحله دوم، مطمئن می شوید که اهداف اختصاصی تغییر رفتار منتخب شما، قابل اندازه گیری و مبتنی بر واقعیت هستند. برای تخمین منطقی میزان تغییر رفتاری که اتفاق می افتد، با ارایه محتوای کلی برنامه ها و منابع فراهم شده، به موارد زیر توجه کنید:

- موانع تغییر رفتار
- تجارب برنامه های مشابه قبلی
- شرایطی که ارتباط تحت تأثیر آن رخ می دهد
- مقدار تغییر رفتار مورد نیاز برای موفقیت برنامه

موانع

موانع تغییر مؤثر بر مخاطب مورد نظر را به خاطر بسپارید. ببینید جلب توجه مخاطب تا چه حد مشکل است؟ آیا کسان دیگری هستند که به طور فعال، سعی در متقاعد نمودن مخاطب مورد نظر برای پذیرش رفتاری متفاوت با رفتار دلخواه برنامه ارتباطی شما داشته باشند؟ آیا تقاضاهای رقابتی برای زمان و اقدام مخاطب وجود دارند یعنی رفتار دیگری هست که مخاطب شما مجبور باشد در زمان مورد نظر برای رفتار دلخواه شما یا به جای آن انجام دهد؟ به طور کلی برای افراد، پذیرش یک رفتار جدید آسان تر از تغییر یک رفتار موجود است. برای مثال یک خانواده ممکن است منابع مالی محدودی برای خرید یک محصول سالم داشته باشد و این منابع محدود را به جای رفتار دلخواه شما صرف سایر ضروریات خانواده سازد. توجه به چنین مسایلی و به خاطر سپردن آنها، موجب می شود که انتظارات شما برای تغییر رفتار مبتنی بر واقعیت باشند.

تجارب قبلی

داده ها و گزارش نتایج بسیج های ارتباطی قبلی مرتبط با برنامه آموزشی خود را بررسی کنید. ببینید در این برنامه ها، اهداف اختصاصی تغییر رفتار چگونه بیان شده اند؟ در اثر اجرای برنامه های مذکور چه تغییرات رفتاری رخ داده است؟ با این اطلاعات می توانید میزان اتکای به واقعیت ها و اعتبار علمی اهداف اختصاصی برنامه خود را بسنجید.

شرایطی که ارتباط تحت تأثیر آن رخ می دهد

تأثیر شرایطی که ارتباط در آن رخ می دهد بر نتایج ارتباط را بررسی کنید. در این بخش به موارد زیر توجه کنید:

- عملی بودن تغییر رفتار دلخواه
- فراهم بودن و دسترسی مخاطبان به خدمات و محصولات بهداشتی مورد نیاز برای انجام رفتار سالم دلخواه
- عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مؤثر بر رفتار سالم دلخواه

مقدار تغییر رفتار مورد نیاز برای موفقیت برنامه

مقدار تغییر رفتار مورد نیاز برای موفقیت برنامه شما و نیز مقدار تغییر رفتار ممکن در چارچوب زمانی برنامه تان را با هم مقایسه کنید.

آیا اهداف اختصاصی شما می توانند با منابع موجود حاصل شوند؟ آیا این کانال های بین فردی، مبتنی بر جامعه و رسانه های ارتباط جمعی تمامی مخاطبان مورد نظر را تحت پوشش قرار می دهند؟
آیا رسانه مورد استفاده موجب ایجاد تقاضای بیش از توان برنامه شما نمی شود؟

با مدیران اجرایی و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی در مورد اهداف اختصاصی خود، بحث کنید و مطمئن شوید که آنها قادر به ارایه ملزومات و خدمات کافی برای پاسخ به تقاضای ناشی از برنامه در مخاطبان شما هستند. تغییرمورد انتظار را با عدد و درصد ارایه دهید و اعداد پایه موجود و نیز میزان مورد انتظار را بیان کنید. داده‌های حاصل را مرور و بررسی نموده و برای تعیین هدفی واقعی برای تغییر رفتار مورد نظر با محققان مربوطه مشورت کنید. براساس مشورتی که می‌کنید اهداف اختصاصی خود را اصلاح کنید.

برای مثال به جای «افزایش تعداد افرادی که به رفتار سالم مورد نظر عمل می‌کنند به میزان ۲۰ درصد» بگویید: «افزایش تعداد افرادی که به رفتار سالم مورد نظر عمل می‌کنند از ۱۰ درصد فعلی به ۲۰ درصد». اگر امکان بیان دقیق میزان تغییر رفتار مورد نظر وجود ندارد، حداقل رفتار دلخواه مورد نظر را به درستی تبیین کنید. برای تکمیل اطلاعات‌تان در این زمینه به گام ۸ مراجعه کنید که به بحث در مورد طراحی برنامه ارزشیابی برنامه ارتباطی می‌پردازد و سپس اهداف اختصاصی طراحی شده در این گام را بازبینی کنید تا از قابل‌سنجش بودن آنها مطلع شوید.

مرحله ۳. تعیین چارچوب زمانی تغییر رفتار مورد نظر

چارچوب زمانی که در آن، تغییر رفتار مورد نظر حاصل خواهد شد را تعیین کنید. در تعیین این چارچوب زمانی، لازم است که زمان کافی برای تغییر رفتار به مردم داده شود. شاید برای تحقق اهداف اختصاصی رفتاری مورد نظر، ماه‌ها یا سال‌ها زمان لازم باشد بنابراین سعی کنید در تعیین چارچوب زمانی اهداف اختصاصی‌تان واقع بین باشید. اغلب چارچوب زمانی پیش‌بینی شده برای اهداف اختصاصی بسیج‌های اطلاع‌رسانی چندرسانه‌ای، کوتاه‌تر از چارچوب زمانی قابل پیش‌بینی برای اهداف اختصاصی برنامه‌های ارتباطی بلندمدت است. بدیهی است که در طول زمان کوتاه اجرای یک بسیج اطلاع‌رسانی چندرسانه‌ای نمی‌توان انتظار تغییر رفتار پایدار و واضحی را داشت. بنابراین می‌توان گفت که قالب کلی برنامه‌ای که اجرا می‌کنید در تعیین چارچوب زمانی اهداف اختصاصی برای تغییر رفتار مخاطبان و نیز میزان پایداری تغییر رفتار حاصل از اجرای برنامه شما مؤثر است. در مواردی ممکن است چارچوب زمانی کلیه اهداف اختصاصی برنامه ارتباطی شما یکسان نباشد. برای مثال شاید در یک هدف اختصاصی به دنبال ایجاد تقاضا در مخاطبان برای استفاده از یک محصول باشید و در هدف اختصاصی دیگر به دنبال افزایش استفاده از آن محصول.

پرسید آیا لازم است که ایجاد تقاضا در برنامه را زودتر انجام دهید تا مطمئن شوید که محصولات و خدمات شما به‌طور کامل و به محض فراهم شدن مورد استفاده قرار می‌گیرند. چنین موقعیت‌هایی را مورد توجه قرار داده و چارچوب زمانی اهداف اختصاصی خود را مطابق با آن تنظیم نمایید.

اکنون در این مرحله، شما و تیم‌تان باید اهداف اختصاصی تغییر رفتار بیشتری را طراحی و تدوین کرده باشید که SMART باشند.

مرحله ۴. تعیین ارتباط اهداف اختصاصی تغییر رفتار با اهداف برنامه

اهداف اختصاصی تغییر رفتار باید کاملاً در راستای تحقق اهداف اختصاصی برنامه بهداشتی مربوطه باشد. اهداف اختصاصی تغییر رفتار باید همیشه با یک یا چند هدف برنامه بهداشتی مربوطه مرتبط باشند حتی اگر اهداف مذکور، تغییر رفتار یا اهداف ارتباطی خاصی را دنبال نکنند.

مرتبط نمودن اهداف اختصاصی تغییر رفتار با اهداف اختصاصی بزرگ‌تر برنامه بهداشتی مربوطه موجب تقویت استراتژی ارتباطی خود می‌شود.

مرحله ۵. تعیین شاخص‌های پایش و ارزشیابی

این شاخص‌ها، معیارهای موقتی هستند که برای تعیین میزان پیشرفت در تحقق اهداف اختصاصی به کار می‌روند. شما می‌توانید به محض تعیین وضعیت پایه یک شاخص، تغییرات آن را در طول زمان پایش نموده و ببینید که آیا تغییر رفتار مورد نظر، حاصل شده است یا خیر؟

با نگاهی به کار تکمیل شده تا اینجا، شاخص‌هایی را مشخص سازید که حاکی از تأثیر اقدام ارتباطی بر خصوصیات ویژه رفتاری مخاطبان تان است که منجر به تغییر رفتار دلخواه می‌شود.

شاخص‌های مناسب دارای خصوصیات زیر هستند:

- **روایی (Valid):** پدیده‌ای که قصد سنجش آن را دارند، به خوبی اندازه‌گیری می‌کنند.
- **قابل اتکا (Reliable):** اگر بیش از یک بار به سنجش همان پدیده مشابه پردازند، به نتایج یکسان و مشابه دست می‌یابند.

• **اختصاصی (Specific):** فقط پدیده‌ای را می‌سنجند که قصد سنجش آن را دارند.

• **حساس (Sensitive):** منعکس‌کننده تغییرات اندک در وضعیت پدیده مورد مطالعه هستند.

• **عملیاتی (Operational):** با تعاریف و استانداردهای توسعه، تکمیل و بررسی معمول قابل اندازه‌گیری و کمی شدن هستند.

علاوه بر این می‌توان از شاخص‌ها برای ارزیابی تغییرات در سطح جامعه استفاده کرد. برای مثال در پیگیری تغییراتی که منجر به توانمندسازی جامعه می‌شود، شما می‌توانید موارد زیر را تحلیل کنید:

- رهبریت
 - میزان و مقدار برابری در مشارکت
 - خودکارآمدی جمعی
 - حس تعلق و مالکیت
 - همکاری اجتماعی
 - هنجارهای اجتماعی
- برای خلاصه نمودن اهداف اختصاصی تغییر رفتار، از برگه کار صفحه بعد استفاده کنید.

برگه کار ۱-۳. خلاصه اهداف تغییر رفتار

		هدف کلی برنامه چیست؟
		مخاطب مورد نظر کیست؟
		اقدامی که باید توسط مخاطب مورد نظر انجام شود، چیست؟
		چگونه این مساله به هدف کلی برنامه بهداشتی کمک می کند؟
		چگونه این مساله نیازهای مخاطبان را رفع می کند؟
		تغییر در چه چارچوب زمانی، اتفاق می افتد (شروع و پایان آن را ذکر کنید)؟
به این مقدار	از این مقدار	مقدار تغییری که در این زمان به دست می آید، چقدر است (سطح فعلی و سطح مقدار دلخواه را بیان کنید)؟

چه خصوصیات ویژه رفتاری دیگری در این قالب زمانی و تا چه حد تغییر خواهد نمود و چقدر؟		
میزان تغییر		خصوصیات ویژه رفتاری
به این مقدار	از این مقدار	

سایر شاخص ها، اگر مناسب هستند:		

خلاصه

در این گام نحوه توسعه اهداف اختصاصی تغییر رفتار به صورت SMART توضیح داده شد. شما اکنون باید قادر به توسعه اهداف اختصاصی تغییر رفتار برای برنامه‌تان و رفتن به مرحله بعدی یعنی تصمیم‌گیری در مورد نحوه تحقق این اهداف باشید.

گام چهارم به بحث در مورد فرآیندهای انتخاب استراتژی‌های ارتباطی مناسب برای تحقق هر یک از اهداف اختصاصی برنامه‌تان می‌پردازد.

تعیین استراتژی مناسب

اکنون که با وضعیت موجود مساله بهداشتی مورد نظر آشنا شده‌اید و نیازها و خواسته‌های مخاطبان خود را تعیین کرده و اهداف اختصاصی تغییر رفتار مخاطبان را در راستای اهداف اختصاصی برنامه ارتباطی خود تدوین نموده‌اید، باید نحوه تحقق این اهداف اختصاصی از طریق تلاش‌های ارتباطی را شرح دهید.

به عبارت دیگر، در این مرحله باید به دنبال انتخاب استراتژی‌های مناسبی باشید که شما را به سمت انتخاب کانال‌ها و رسانه‌های مناسب ارتباطی هدایت نماید.

انتخاب استراتژی‌های مناسب برای هر یک از اهداف اختصاصی تغییر رفتار، یکی از مهم‌ترین عناصر برقراری ارتباط استراتژیک است که ادامه مسیر را روشن نموده و موجب تقویت و استمرار تعامل مؤثر افراد کلیدی، ذی‌نفعان و شرکای برنامه می‌شود. برخورداری از چنین رویکردی، شما و تیم‌تان را قادر می‌سازد تا نمایی کلی و جامع از برنامه‌تان ارائه دهید.

در انتخاب استراتژی‌های ارتباطی ممکن و موجود برای تحقق اهداف اختصاصی تغییر رفتار باید به این مسایل فکر کنید: آیا استراتژی ارتباطی شما مناسب است؟ استراتژی ارتباطی منتخب شما کاربردی و ممکن است؟ منابع کافی برای اجرای استراتژی منتخب شما فراهم است؟

تلاش‌های تیم برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت در زمینه تدوین استراتژی‌های ارتباطی مناسب، منجر به تدوین بیانیه استراتژی ارتباطی می‌شود که با بیانیه اهداف اختصاصی متفاوت است. اهداف اختصاصی، به‌طور کامل اختصاصی و قابل اندازه‌گیری هستند و به شما می‌گویند که چه نیازهایی باید رفع شود اما بیانیه استراتژی ارتباطی، بیانیه‌ای توصیفی است که نحوه تحقق هدف اختصاصی را به شما می‌گوید.

مرحله ۱. مروری بر مشکلات کلیدی، تقسیم‌بندی مخاطبان و اهداف اختصاصی تغییر رفتار

برگه‌های خلاصه که در گام ۱ تا ۳ برای درک موضوعات و مشکلات کلیدی تکمیل شده‌اند را مرور کنید.

مرحله ۲. تعیین هویت طولانی‌مدت رفتار و استقرار رفتار جایگزین

برنامه‌ریزان در عصر برقراری ارتباط استراتژیک، روی دو بخش مرتبط و وابسته یعنی هویت طولانی‌مدت رفتار که گاهی از آن به عنوان برند رفتار نیز نام برده می‌شود و استقرار رفتار جایگزین تأکید و تمرکز می‌کنند.

هویت طولانی مدت رفتار یا سابقه ذهنی آن

وقتی که مخاطبان مورد نظر، در معرض رسانه‌های ارتباطی شما قرار می‌گیرند و پیام‌های شما را دریافت می‌کنند، به آن پاسخ می‌دهند و درکی ذهنی از رفتار دلخواه پیدا می‌کنند که به آن هویت طولانی مدت رفتار می‌گویند. هر یک از مخاطبان براساس چنین درکی، تصویر یا ایده‌ای از رفتار دلخواه را در ذهن خود می‌پروراند که مخصوص اوست و هویتی برای رفتار او محسوب می‌شود. چنین تصویری در بهترین شکل، باید مشخص، واضح و روشن باشد؛ قابل تشخیص باشد؛ و مزایا و منافع رفتار دلخواه را مشخص سازد.

مثال

ورزش، مثالی خوب از یک رفتار دارای هویت طولانی مدت است. وقتی مردم ورزش می‌کنند دایم به واژه ورزش فکر می‌کنند و مزایای آن را به خاطر می‌آورند: برای شما خوب است؛ به شما کمک می‌کند تا آرام باشید؛ از بیماری قلبی پیشگیری می‌کند؛ به شما انرژی می‌دهد. از سوی دیگر، برخی افراد ممکن است نگرش منفی به ورزش داشته باشند: بیش از اندازه وقت می‌گیرد؛ لذت بخش نیست؛ کار زیاده از حدی است؛ رشته‌های زیادی دارد. رفتار ورزش، در برگیرنده مجموعه‌ای از مسایل پیوسته و مرتبط مثبت یا منفی است که در آن واحد وقتی که به واژه ورزش اشاره می‌شود، به ذهن مخاطبان خطور می‌کند. هر یک از این امور به هم پیوسته همراه واژه ورزش، متکی بر هویت طولانی مدت ورزش نزد مخاطبان است.

هویت طولانی مدت رفتار یا سابقه قبلی آن

- امضای بصری یا برند (سمبل، نام، طرح، رنگ یا ترکیبی از آنها) را ارائه می‌دهد که ضمیمه محصول، خدمت یا رفتار است.
- موجب ایجاد و تقویت ارتباط صادقانه، مبتنی بر اعتماد و تعامل رفتار و مخاطب می‌شود.
- ارزش‌هایی را به محصول، خدمت یا رفتار پایه اضافه می‌کند.
- نوعی ارتباط روان‌شناسانه را به مخاطب ارائه می‌دهد.
- تمایز سایر موارد مانند محصول، خدمت یا رفتار رقابتی را آسان می‌سازد.
- بیانگر خصوصیات ویژه فردی و شخصیتی مخاطبی است که با آن ارتباط برقرار کرده است.

هویت طولانی مدت رفتار، مجموعه‌ای منحصر به فرد از اجزای به هم پیوسته یک محصول، خدمت یا رفتار در ذهن مشتری است.

به یک جعبه که اسم محصول، خدمت یا رفتاری بر آن درج شده است، فکر کنید. سپس تمامی اشکال، مزایا و تفکرات مرتبط با آن محصول، خدمت یا رفتار را در آن جعبه جمع‌آوری کنید. مردم این جعبه‌ها را در ذهن‌شان نگه می‌دارند.

هر چیزی که درباره این محصول به ذهن آید، بخشی از هویت طولانی مدت آن می‌شود. یکی از مهم‌ترین اجزای این هویت، ارتباط عاطفی است که بین مخاطب و محصول، خدمت یا رفتار ایجاد می‌شود. شواهد زیادی در مورد هویت طولانی مدت رفتارهای مختلف موجود نیست و چنین مساله‌ای کمتر مورد توجه بوده است. برای مثال استفاده رانندگان از کمربند سلامت تا حدی رایج است که به سادگی نمی‌توان آن را ناشی از اقدامات ۱۲ سال گذشته دانست.

رواج استفاده از کمربند سلامت، محصول مجموعه‌ای از تبلیغات خدمات عمومی، جلب حمایت سیاسی و مدل‌سازی برای انتخاب این رفتار است که به تدریج تبدیل به عادت مخاطبان شده است.

اکنون قانون استفاده از کمربند سلامت برای افرادی که در صندلی جلوی اتومبیل می‌نشینند الزامی است و تمام صنایع تولید اتومبیل، ملزم به نصب کمربند سلامت در صندلی‌های جلو و عقب هستند. باید دید که رفتار استفاده از کمربند سلامت، هویت طولانی مدت دارد؟ در پاسخ به این سؤال باید گفت بله و بدون شک خواندن مقاله‌های مطبوعاتی روزنامه‌ها یا تماشای اخبار تلویزیونی در مورد مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی با تکیه بر انتقال اطلاعاتی در مورد این که قربانیان از کمربند سلامت استفاده کرده‌اند یا نه؟ در ایجاد چنین هویتی مؤثر بوده است.

مشابه همین مساله می‌تواند در مورد سایر تغییرات رفتاری دلخواه در برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت اتفاق افتد. تلاش‌های ارتباطی مؤثر و مستمر می‌توانند از طریق ترویج محصولات، خدمات و یا رفتارهایی مرتبط، مناسب و خاص برای هر گروه از مخاطبان، هویت‌های طولانی مدت رفتاری مناسب برای هر محصول، خدمت یا رفتار دلخواه را در مشتریان پدید آورند. هویت طولانی مدت رفتار یا سابقه ذهنی آن شامل اجزای ملموس و شدنی و یا غیرملموس است که اجزای ملموس آن شامل منافع و مزایای استفاده از یک محصول مانند کاربرد آن و یا ویژگی‌های آن برند است و اجزای غیرملموس شامل مزایای عاطفی آن محصول مانند میزان اطمینان، قابلیت اتکا، ارزش افزوده و کیفیت متفاوت‌اش است.

مردم در مورد محصولات، خدمات و رفتار بهداشتی دلخواه ما، نگرش‌ها و باورهای مشخصی دارند و اطلاعات مربوطه را به خاطر می‌سپارند که این نگرش‌ها و باورها ممکن است مثبت، منفی یا ترکیبی از هر دو باشد. مدیریت صحیح و مناسب هویت طولانی مدت رفتار، در ایجاد ارتباط مثبت، دائمی و صادقانه بین مخاطبان مورد نظر و رفتار دلخواه مؤثر است.

چالش اصلی، انتخاب استراتژی ارتباطی مناسب برای ایجاد و حفظ یک هویت طولانی مدت رفتار مؤثر در ذهن مخاطبان است که موجب تقویت هویت و معنای رفتار نزد مخاطبان شود و با شناخت آن، طراحان برنامه‌های تغییر رفتار بتوانند استراتژی‌های ارتباطی مناسب را شناسایی کنند. توسعه یک هویت طولانی مدت رفتار قوی و انتخاب یک استراتژی ارتباطی موفق، نیازمند شناخت کافی جامعه و احترام به نظرات مخاطبان است. هرچند که عبارت سابقه ذهنی یا هویت طولانی مدت رفتار بیشتر در مورد محصولات و خدمات استفاده می‌شود و کمتر در مورد رفتارها به کار می‌رود اما می‌توان از این عبارت در سازمان‌دهی و طراحی برنامه‌های برقراری ارتباط برای سلامت استفاده کرد. مهم‌ترین مساله مطرح در این خصوص، نام‌گذاری رفتار دلخواه است.

هویت طولانی مدت رفتار یا سابقه ذهنی آن:

- موجب همبستگی اهداف برنامه بهداشتی و تمام تلاش‌های ارتباطی مربوطه می‌شود. در واقع این هویت، مانند چسبی فعالیت‌ها و وظایف برنامه را با مخاطبان مورد نظر مرتبط می‌سازد و در اتصال با یکدیگر قرار می‌دهد.
- ارتباط مستمر، مداوم و مؤثر طولانی مدتی را با مخاطبان برنامه ایجاد می‌کند.
- زمینه مناسب برای شناخت کافی مخاطبان و در نتیجه تولید پیام‌های مؤثر و جذاب برای استمرار رفتار دلخواه و حفظ مخاطبان را فراهم می‌سازد.
- محصولات یا خدمات یک برنامه بهداشتی را از سایر برنامه‌ها متمایز می‌سازد.
- موجب جلب حمایت و مشارکت شرکای برنامه مانند کارکنان، پزشکان و سیاست‌گذاران در تحقق اهداف مربوطه می‌شود.

استقرار رفتار جایگزین

در انتخاب استراتژی‌های ارتباطی مناسب در برقراری ارتباط استراتژیک، برای ایجاد انگیزه در مخاطبان به منظور تغییر یا پذیرش رفتاری خاص باید به موضوع استقرار رفتار جایگزین توجه کرد.

بعد از تعیین اهداف اختصاصی برای هر یک از گروه‌های مخاطبان، هم‌زمان با توجه به هويت طولانی مدت رفتار دلخواه، تفکر در مورد نحوه استقرار رفتار جایگزین ضروری است.

موضوع استقرار در ارتباط نزدیک با هويت طولانی مدت رفتار است و در ذهن مخاطبان، تصویری از رفتار دلخواه پدید می‌آورد که به آنها کمک می‌کند تا آن را به خاطر سپرده، در مورد آن مطالبی را بیاموزند، براساس آن اقدام نموده و یا آن را به سایرین توصیه کنند. در مواقعی که رفتار دلخواه از یک هويت طولانی مدت قوی برخوردار است و مخاطبان برنامه خدمت، محصول یا رفتار دلخواه را می‌شناسند - استقرار، مفهومی ترویجی است که با آن ارتباط برقرار می‌کنند.

رفتار، محصول یا خدمتی که در این مرحله مطرح می‌شود باید:

- با مخاطب عجین شود.
- نسبت به خدمت، محصول و رفتار سابق، متمایز و رقابتی باشد.
- انتخاب بهتر و معتبرتری محسوب شود.
- منفعتی را ارائه دهد که ارزش هزینه نمودن یا تلاش را داشته باشد.

برای مثال برای موفقیت در جامعه بیش از حد ارتباطی ما، یک شرکت باید موقعیتی را در ذهن مشتری ایجاد کند که علاوه بر نقاط قوت و ضعف آن شرکت، نقاط ضعف و قوت رقبا را نیز مد نظر قرار دهد.

در انتخاب استراتژی‌های ارتباطی اهداف اختصاصی تغییر رفتار، استقرار به معنی ارائه یک موضوع، خدمت یا محصول به صورتی است که از سایر موضوعات، خدمات یا محصولات مرتبط، متمایز شده و متقاعدکننده باشد. استقرار موجب خلق تصویری مشخص، جذاب و ایجاد خاطره ای دایمی در ذهن مخاطب مورد نظر می‌شود.

در بازاریابی تجاری، در محیطی رقابتی از واژه استقرار برای تعیین یا جایگزین نمودن یک محصول در برابر دیگری استفاده می‌شود؛ برای مثال به جای کادیلاک که اتومبیل لوکسی است، هیوندای را به عنوان یک اتومبیل اقتصادی مستقر می‌کنند.

به جای شامپوی الف که می‌گویند نرم‌کننده است، شامپوی ب را مستقر می‌کنند که موهای شما را درخشان، نرم و لطیف می‌کند. استقرار کمک می‌کند تا به مخاطب، نقطه تفاوت منحصر به فردی را معرفی کنیم که مهم‌ترین مزیت کالای ما در رقابت با سایر محصولات است.

استقرار علاوه بر تأثیر مهمی که در تعیین استراتژی مناسب برای اهداف اختصاصی تغییر رفتار دارد، در انتخاب پیام و کانال‌های ارتباطی انتقال پیام نیز مؤثر است و به انتخاب قالبی مؤثر و مشوق تغییر رفتار دلخواه در مخاطب کمک می‌کند. استقرار عنصری کلیدی در برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت است چون موجب شناخت مؤثر مخاطبان از خدمت، محصول یا رفتار دلخواه ما می‌شود و نحوه برقراری ارتباط با مخاطبان و میزان و زمان اقدام ارتباطی مورد نیاز را تعیین می‌کند.

استقرار مسیر ارتباطی و موضوع ارتباط شما را مشخص می‌سازد. محصول، خدمت یا رفتاری که استقرار می‌یابد، همیشه باید:

= مثبت باشد (Positive).

= منحصر به فرد باشد (Unique).

- در ذهن مخاطب جا داده شود (Niche).

- رقابتی باشد (Competitive).

- برای مخاطب منفعتی داشته باشد و به او کمک کند (Helps).

استقرار، نکته‌ای به خاطر سپردنی را در ذهن مخاطب ایجاد می‌کند تا بداند که چرا باید یک رفتار را بپذیرد و مبنای مناسبی برای انتخاب روش‌های ارتباطی، فراهم می‌سازد: تبلیغ، ترویج، ارتباط بین فردی، ارتباط مبتنی بر جامعه و برنامه‌های جلب حمایت همه جانبه.

استقرار، به طراحی پیام‌ها و انتخاب کانال‌ها نیز کمک می‌کند و در تضمین استمرار و تداوم پیام ما مؤثر است و امکان تشخیص هم راستا بودن فعالیت‌های ارتباطی ما با یکدیگر را نیز فراهم می‌سازد.

استقرار مناسب با درک کامل رفتار دلخواه صورت می‌گیرد و عدم شناخت یا شناخت ناکافی مخاطبان از رفتار جایگزین مانع از استقرار آن می‌شود و برای استقرار مناسب باید به اندازه کافی مخاطبان را بشناسید.

شناخت کافی مخاطبان، واقعیتی است که برقرارکنندگان ارتباط استراتژیک باید به خوبی با آن رو به رو شوند. شناخت کافی مخاطبان و شنیدن دقیق صدای آنها، به برقرارکنندگان ارتباط استراتژیک کمک می‌کند تا برنامه ارتباطی مناسبی را برای پاسخگویی به نیازهای مخاطبان طراحی کنند.

برقرارکنندگان ارتباط استراتژیک می‌دانند که واقعیت آن چیزی است که مخاطبان باور داشته باشند و تنها مبتنی بر نظر متخصصان نیست؛ علاوه بر این واقعیت آن چیزی است که مخاطبان مایل به شنیدن یا دیدن آن باشند و نه فقط آنچه که متخصصان مایلند تا مخاطبان بشنوند یا ببینند. رسیدن به چنین شناختی از مخاطبان، برقرارکنندگان ارتباط را قادر می‌سازد که در ذهن مخاطبان شان رفتاری را جایگزین کنند که در صورت ادامه ارتباط مؤثر با آنها حفظ می‌شود و پایدار می‌ماند.

مراحل استقرار یک جایگزین مناسب

اولین گام کلیدی برای استقرار یک جایگزین مناسب، این است که بدانید مخاطبان شما برای ارتقای سلامت خود و برخورداری از خدمات بهداشتی مورد نظر در برنامه ارتباطی شما به تازگی به کجا مراجعه نموده‌اند و چگونه رفتار می‌کنند.

برای مثال آیا مخاطبان شما به مراکز بهداشتی، به متخصصان بخش خصوصی و یا افراد جامعه مراجعه می‌کنند؟ و یا این که به هیچ کجا مراجعه‌ای ندارند؟ آیا جوانان فعال از نظر جنسی در برابر HIV/AIDS از خودشان حفاظت می‌کنند و یا این که چند شریک جنسی دارند؟

دانستن این که مخاطبان شما چه می‌کنند، مهم است و این که بدانیم چرا چنین رفتارهایی دارند نیز اهمیت دارد. اقشار مختلف مردم به شیوه‌ای عمل می‌کنند که از آن سود می‌برند بنابراین باید فهمید که چرا چنین رفتاری را انجام می‌دهند و چه سودی از آن می‌برند، با چشم پوشی از آن رفتار چه منفعتی را از دست می‌دهند و سرانجام با رفتار جایگزینی که مستقر می‌سازیم، چه منفعتی به دست می‌آورند. راه دیگر توجه به این موضوع، تعیین قدرت رقابت رفتار جایگزین دلخواه با رفتار قبلی است. برای این کار اولین پرسشی که مطرح می‌شود این است که اکنون مخاطبان چه رفتاری دارند و چرا چنین رفتاری را برگزیده‌اند؟

دومین مرحله کلیدی، تعیین رفتار مثبتی است که مخاطبان می‌توانند به‌طور واقعی آن را انجام داده و نفعی از آن ببرند. این مرحله ممکن است مستلزم تحقیق بیشتر روی مخاطبان باشد. برای این کار طی مراحل زیر ضروری است:

- تحلیل توانایی‌های برنامه و تفاوت‌های آن با سایر برنامه‌های مشابه (با توجه به تحلیل وضعیت موجود برنامه)

• تحلیل درک مخاطبان از محصول، خدمت یا رفتار جایگزین (با استفاده از تحلیل وضعیت موجود و دسته‌بندی مخاطبان)

- تهیه فهرست مخاطبان و ویژگی‌های آنها (با استفاده از دسته‌بندی مخاطبان)
 - انطباق ویژگی‌های محصول، خدمت یا رفتار جایگزین با نیازها و خواسته‌های مخاطبان
 - تعیین جایگزین‌های مناسب برای استقرار
 - تدوین و تکمیل بیانیه استقرار
- برای تعیین مناسب‌ترین رفتار جایگزین برای استقرار به جای رفتار قبلی می‌توانید طبق مراحل فوق اقدام کنید. برای تکمیل این مراحل به مثال‌های زیر و برگه کار ۱-۴ توجه کنید.

مثال‌های استقرار جایگزین مناسب

۱. به تفکیک تفاوت‌های محصول: آیا محصول دلخواه از ویژگی منحصر به فردی برخوردار است؟
 ۲. به تفکیک ویژگی/منفعت حاصله: اهمیت/منفعت رفتار جایگزین پیشنهادی نزد مخاطبان چگونه است؟
 ۳. به تفکیک مشتری/استفاده‌کننده: تصویری را برای مخاطبان خود خلق کنید که فکر کنند خدمت یا محصول جایگزین شما، فقط برای آنها ارایه می‌شود.
 ۴. به تفکیک استفاده: خدمت یا محصول جایگزین شما، کجا و چه وقت مورد استفاده قرار می‌گیرد؟
 ۵. به تفکیک طبقه: محصول یا خدمت جایگزین خود را در مقابل کل طیف محصولات یا خدمات مشابه، قرار دهید.
 ۶. در مقابل یک برند رقیب: از برندهای رقیب استفاده کنید.
 ۷. به تفکیک الگوها: ارتباط محصول یا خدمت شما با یک شیوه زندگی خاص.
 ۸. به تفکیک مشکل: چگونه محصول، خدمت یا رفتار شما، مشکلی را حل می‌کند.
- هنگام بررسی گزینه‌های مختلف برای استقرار، پاسخ‌گویی به پرسش‌های زیر مفید است: آیا پاسخ‌گویی نیاز مخاطب است؟ آیا پایدار است؟ آیا رقابتی است؟ بیانگر چیزی بهتر یا تفاوتی با ارزش است؟ آیا عملی و شدنی است؟ می‌تواند نفعی داشته باشد؟ آیا از دیدگاه برنامه حمایت می‌کند؟ آیا از وضوح و شفافیت کافی برخوردار است؟ آیا ارایه‌دهندگان خدمات می‌توانند تصویر شفافی را از آن ارایه دهند؟ آیا انگیزه کافی برای فعالیت‌های ارتباطی خلاق را به وجود می‌آورد؟

تدوین بیانیه استقرار

بیانیه استقرار نحوه جایگزین شدن رفتار در ذهن مخاطبان را توصیف نموده و بیش از آن که خود شعاری جذاب باشد به نویسندگان همکار برنامه کمک می‌کند تا شعارهای جذابی را برای جلب مؤثر مخاطبان خلق کنند. مخاطبان اولیه برنامه بیانیه استقرار را نمی‌بینند. این بیانیه، استراتژی ارتباطی برنامه و نیز گزینه جایگزین مناسب را مشخص می‌سازد.

بیانیه‌های استقرار تجاری

- ایل: «استفاده‌ای آسان»
 - ب. ام. و: «استثنایی در رانندگی»
 - کارت اعتباری فدرال اکسپرس: «هر آن چه که بخواهید، فردا دارید»
 - کارت اعتباری ویزا: «همه جا پذیرفته می‌شود»
 - ولوو: «سلامت»
- مرحله بعدی، تعیین جایگزین‌های استراتژیک براساس بیانیه استقرار تهیه شده توسط شما و تیم‌تان است.

برگه کار ۱-۴. تدوین بیانیه استقرار

دستور کار: یک یا دو جمله بنویسید که به اختصار، بیانگر موقعیت محصول، خدمت یا رفتار جایگزین مورد نظر شما باشد. مطمئن شوید که جمله های شما نام محصول، خدمت یا رفتار دلخواه و ویژگی منحصر به فردش را در برمی گیرد؛ خصوصیتی که گزینه منتخب شما را از سایر رقبا و منافعی که برای مخاطبان شما دارند، مجزا می سازد. به خاطر داشته باشید که بیانیه استقرار یک شعار نیست بلکه باید حاوی نشانه ها و دلایل لازم برای خلق شعارهای مورد نیاز توسط تیم خلاق و نویسندگان همکار شما باشد.

بیانیه استقرار

مرحله ۳. تعیین رفتار/خدمت/محصول جایگزین

نظر به این که گزینه های زیادی برای حل یک مشکل ارتباطی موجود است، بهترین کار تهیه فهرستی از گزینه های ممکن و سپس انتخاب بهترین گزینه از میان انواع گزینه های موجود است. جدول (۴-۱) در صفحه بعد، مثال هایی از گزینه های جایگزین را همراه با مزایا و معایب هر یک نشان می دهد. با مرور این جدول، با بسیاری از استراتژی های ارتباطی و گزینه های جایگزین مرتبط با هر یک از آنها آشنا می شوید.

جدول ۱-۴. نمونه گزینه های جایگزین در برخی از استراتژی های ارتباطی

جدول ارائه شده به هیچ وجه جامع و فراگیر نیست. شما هم می توانید پس از مطالعه این جدول از طریق بارش افکار در تیم تان، متناسب با استراتژی ارتباطی خود نسبت به تعیین انواع گزینه های جایگزین و تعیین بهترین رفتار/خدمت/محصول جایگزین اقدام نمایید. برای این کار مرور جدول ۴-۱ مفید است. سپس برای نوشتن ایده های خود از برگه کار ۲-۴ استفاده کنید.

فهرست بررسی (۱-۴): جدول ملاحظات رفتار/خدمت/محصول جایگزین

وضعیت گزینه جایگزین منتخب در هر یک از موارد زیر چگونه است؟	سؤالات مطرح
۱ مخاطبان	برای چه بخشی از مخاطبان مناسب است: استفاده کنندگان یا غیراستفاده کنندگان؟ مخاطب اولیه یا افراد کلیدی؟
۲ اهداف اختصاصی	آیا اهداف اختصاصی تغییر رفتار را برآورده می کند؟ آیا منافع و مزایای آن روشن هستند؟
۳ استقرار	آیا استقرار و جایگزینی دلخواه را تقویت می سازد؟
۴ به حداکثر رساندن مزایای رقابتی	آیا تمایز و اختلافی دارد؟ آیا هویت و جایگزینی مناسبی دارد؟ آیا نقشی در تقویت برنامه دارد؟ آیا منافع آن با رفتار جاری مخاطبان رقابت می کند یا نه؟
۵ مرحله تغییر رفتار	در چه مرحله ای از تغییر رفتار به کار می آید؟
۶ تناسب زمانی	در زمان پیش بینی شده برای تغییر رفتار، شدنی است؟
۷ نیاز به تداوم و تکرار ارتباط	آیا نیازمند حمایت ارتباطی است؟ چنین حمایتی نیازمند چه تداوم و تناوبی است؟
۸ رسانه های ارتباطی مورد نیاز	ترویج آن وابسته به چه رسانه یا رسانه هایی است؟
۹ منطقه پوشش	سطح ملی، منطقه ای و یا محلی؟

۱۰	منابع	آیا منابع آن قابل کسب است؟ آیا هزینه اثربخش است؟
۱۱	پایداری	آیا مخاطب به این رفتار ادامه می‌دهد؟
۱۲	هویت طولانی مدت	هویت طولانی مدت آن قوی است یا نه؟
۱۳	وجود گزینه‌های مشابه	مزیت این گزینه بر گزینه‌های مشابه چیست؟
۱۴	تناسب با استراتژی ارتباطی	چه میزان با استراتژی ارتباطی تطابق دارد؟
۱۵	میزان حمایت	چقدر مورد حمایت ذی‌نفعان و افراد کلیدی است؟

برگه کار ۲-۴. توسعه جایگزین‌های استراتژیک

استراتژی ارتباطی	شرح گزینه جایگزین	مزایا	معایب	فراهمی منابع مورد نیاز	توضیحات	رتبه ۱-۵ (۵ بالاترین است)

مرحله ۴. تعیین استراتژی ارتباطی منتخب و استدلال منطقی آن

هر استراتژی ارتباطی، مستلزم برخورداری از استدلالی منطقی است. نوشتن چنین استدلالی، شما را قادر می‌سازد تا تناسب استراتژی ارتباطی منتخب با اهداف اختصاصی مورد نظر را تشخیص داده و نقایص آن را شناسایی کنید. شما و تیم‌تان ممکن است مجبور به ارایه و دفاع از استراتژی ارتباطی منتخب‌تان در بسیاری از مناسبت‌ها و موقعیت‌ها باشید که برخورداری از استدلالی منطقی، مبنای خوبی برای این کار است.

برگه کار ۳-۴. بیانیه استراتژی ارتباطی منتخب و استدلال منطقی آن

استراتژی ارتباطی منتخب:
استدلال منطقی آن:

تا این‌جا کار، شما و تیم‌تان بسیاری از کارهای مقدماتی طراحی یک برنامه ارتباطی را طی نموده‌اید. شما و همکاران‌تان براساس مبانی تئوریک برقراری ارتباط استراتژیک و یافته‌های حاصل از تحلیل وضعیت موجود برنامه بهداشتی، مشکل مورد نظر را تعیین کرده و وضعیت موجود مشکل و تمام عواملی که بر ارتباط‌تان تأثیر می‌گذارند را تحلیل نموده‌اید. شما مخاطبان اولیه و ثانویه و افراد کلیدی را نیز شناسایی، اهداف اختصاصی تغییر رفتار را تعریف و استراتژی ارتباطی مناسب را طراحی کرده‌اید.

بیانیه استقرار و استراتژی ارتباطی منتخب، پیام اصلی برنامه ارتباطی شما را تعیین می‌کنند و در واقع شما از این نقطه به سمت مرحله توسعه خلاصه پیام برای هر مرحله از استراتژی منتخب‌تان پیش خواهید رفت.

خلاصه پیام، توسط تیم ارتباطی تدوین می‌شود و با متخصصان تبلیغاتی، نویسندگان خلاق و طراحان یا هر سازمان یا فرد دیگر درگیر در توسعه پیام، به اشتراک گذاشته می‌شود.

متخصصان امور تبلیغاتی، از خلاصه پیام به عنوان تخته پرشی برای توسعه مفاهیم ترویجی برنامه استفاده می کنند. به خاطر داشته باشید که این کار متخصصان امور تبلیغاتی است که مطالب آموزشی خلاق را طراحی و تولید کنند. تیم برقراری ارتباط استراتژیک، محتوای خلاصه پیام را ارایه می دهند و متخصصان امور تبلیغاتی، نحوه طراحی و اجرای آن را مشخص می کنند. هر چه خلاصه پیام دقیق تر باشد، اثربخشی آن افزایش می یابد و امکان تولید پیام های متنوع فراهم می شود.

تیم ارتباطی شما برای برقراری ارتباط مؤثر با مخاطبان مورد نظر، نیازمند طراحی پیام هایی است که: الف. در ارتباط با استراتژی ارتباطی منتخب باشد؛ ب. مناسب باشد؛ ج. جلب توجه نموده و قابل به خاطر سپردن باشد؛ و د. ایجاد انگیزه نماید. خلاصه پیام بیانگر نحوه تفکر ما در مورد مسایل بهداشتی و نیازهای ارتباطی مخاطبان است، حقایق کلیدی پیام را به طور خلاصه بیان می کند، تغییر رفتار دلخواه و روش ترغیب مخاطبان برای پذیرش آن را مشخص می سازد. علاوه بر این، حمایت پیش بینی شده برای تغییر رفتار و نتایج کوتاه مدت و نهایی آن را مشخص می سازد. خلاصه پیام، بیانگر درک مخاطبان مورد نظر از استفاده کنندگان از محصول، خدمت یا رفتار دلخواه نیز است. نتیجه این گام، بیانیه ای مختصر، ساده و شفاف در مورد پیام مورد نظر است.

طراحی پیام

طراحی پیام متأثر از کانال ارتباطی منتخب مانند ارتباط بین فردی، فعالیت های ارتباطی مبتنی بر جامعه و رسانه های گروهی است. حمایت پیام های منتشر شده در کانال های مختلف از یکدیگر اثربخشی آنها را افزایش داده و نتایج بهتری را در بر خواهد داشت.

برقرارکنندگان ارتباط استراتژیک، براساس نوع کانال و رسانه ارتباطی منتخب و در راستای استراتژی ارتباطی منتخب، نکات کلیدی پیام شان را به طور مستمر تکرار می کنند. برای مثال یک ارایه دهنده خدمت، بسیج کننده جامعه و یا مجری برنامه رادیویی، همگی بر نکات یکسان و کلیدی پیام تأکید و توجه می کنند.

این امر به این معنی نیست که برنامه ریزان فقط یک پیام را برای تمام این کانال ها در نظر بگیرند، بلکه به این معنی است که آنها نکات کلیدی هر پیام را مشخص کنند که در هر فرصت ارتباطی پیامی قابل انتقال به مخاطبان بدون توجه به این که از کدام کانال یا رسانه ارتباطی استفاده می شود، تکرار شود.

اصول تدوین خلاصه پیام

خلاصه پیام به روش های متنوعی تهیه می شود که همگی آنها برای ایجاد مفاهیم و پیام های خلاق، طراحی شده اند. طراحی خلاصه پیام در زمینه تبلیغات تجاری، در خلق پیام های بازرگانی خلاق مؤثر است.

در این راهنما، خلاصه پیام با هدف کسب دیدگاه ها و نقطه نظرات مخاطبان، تهیه می شود که یکی از موارد کلیدی در طراحی پیام های مخاطب محور است. رعایت اصول تدوین خلاصه پیام، شما و تیمتان را قادر می سازد تا با تنظیم یک سند ساده، آنچه که پیام ها باید یا نباید بگویند، شرح دهید.

خلاصه پیام دارای دو قسمت عمده است: یک جزء مربوط به استراتژی ارتباطی و یک جزء مربوط به طراحی پیام. برای تکمیل مطالب این گام، تمامی اصول تدوین خلاصه پیام در این جا ارایه می شود. البته بر گه کار ۱-۵ با استفاده از مطالب ارایه شده در بخش استراتژی ارتباطی گام ۱ تا ۴ در مراحل زیر تکمیل می شود. برای تأکید بر جزء طراحی پیام، بر گه کار ۲-۵ را تکمیل کنید.

برگه کار ۱-۵. اصول تدوین خلاصه پیام: بخش استراتژی ارتباطی

دستور کار: با توجه به نتایج جداول قبلی، جدول زیر را تکمیل نمایید.

	۱. بیانیه هدف از گام ۱: تعیین هدف از انتقال پیام
	۲. توصیف مخاطب از گام ۲: مخاطب مورد نظر کیست؟ برای درک علایق، خواسته‌ها و ایده‌های مخاطب به قسمت رسم تصویری از مخاطب در گام ۲ مراجعه کنید.
	۳. اهداف اختصاصی از گام ۳: تغییر رفتار دلخواه چیست؟
	۴. هویت طولانی مدت رفتار و استقرار رفتار جایگزین از گام ۴

مراحل تکمیل برگه کار ۲-۵.

مرحله ۱. تعیین حقایق کلیدی پیام

شما و تیم‌تان باید موضوع کلیدی استراتژی ارتباطی منتخب‌تان را مشخص نموده و در ارتباط با آن، برای هر مرحله از استراتژی منتخب‌تان خلاصه پیام مربوطه را تدوین نمایید به گونه‌ای که تمام پیام‌ها، یکدیگر را تقویت کنند. مرحله تعیین حقایق کلیدی پیام، مرحله‌ای مهم در تدوین یک خلاصه پیام مناسب است. برقرار کنندگان ارتباط استراتژیک باید به دنبال عامل کلیدی یا مهم‌ترین حقیقت از یک موقعیت یا مشکل بهداشتی باشند که توجه به آن منجر به تغییر رفتار دلخواه می‌شود.

حقایق کلیدی ممکن است دربرگیرنده موانع یا فرصت‌ها باشند. انتخاب مهم‌ترین حقایق، مساله‌ای کلیدی است زیرا پیام فقط هنگامی مؤثر است که معضل یا مشکل واحدی را در نظر گرفته و مشخص سازد. فرآیند انتخاب حقیقت کلیدی، افراد استراتژیک را وادار می‌کند تا به دنبال مفهومی باشند که موجب قوام و دوام پیام می‌شود.

شما و تیم‌تان باید با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده از تحلیل وضعیت موجود، حقیقت کلیدی را تعیین کنید. حقیقتی که انتخاب می‌کنید، بازتابی از تفکر شما نسبت به مشکل مورد نظر و نیز فرصت‌های حل آن است. حقیقت کلیدی می‌تواند نیاز به موارد زیر را توصیه نماید:

- حذف مشکل مخاطب با یک محصول یا ایده
- اصلاح درک نا کامل و اشتباه مخاطب
- تقویت یا بسط منافع برنامه
- تقویت دلیل استفاده بیشتر از محصول یا روش جدید و نوآورانه
- پرهیز از کار بیهوده

مرحله ۲. تعیین وعده‌ها

در این مرحله، وعده‌های پیام مورد نظر برای مخاطبان تعیین می‌شود. این وعده‌ها، انگیزه لازم برای تغییر رفتار را در مخاطبان ایجاد می‌کند (به اهداف تغییر رفتار در گام ۳ مراجعه کنید).

هدف این مرحله، تعیین وعده‌هایی واضح و قانع کننده در پیام ارتباطی مورد نظر برای مخاطبان است که مزایایی متمایز از سایر محصولات، خدمات و رفتارها را برای آنها به ارمغان می‌آورد. منافع وعده داده شده در پیام‌تان باید مزیتی را مطرح نماید مانند بالغینی مهربان و خوش اخلاق و یا کودکانی سالم، با نشاط و نیرومند و نه یک صفت یا برند محصول مگر آن که برند مذکور از قبل مشهور باشد یا مخاطبان، خاطره خوبی از آن داشته باشند.

به عبارت دیگر، وعده پیام شما، منافع آتی حاصل از به کار بستن پیام شما توسط مخاطبان را مشخص می‌سازد مثل وعده اطمینان، آرامش و مصون بودن در برابر اچ. آی. وی/ایدز یا سایر بیماری‌های مقاربتی با استفاده از کاندوم که در صورت استفاده از کاندوم توسط مخاطبان مورد نظر حاصل می‌شود.

اگر چه یک محصول یا خدمت یا رفتار ممکن است فواید متنوعی داشته باشد اما مهم این است که یک مزیت و منفعت منفرد را مورد تأکید قرار دهید. آشنایی مخاطب با منافع متعدد یک محصول، خدمت یا رفتار سودی ندارد و او را دچار سردرگمی نموده و منجر به کاهش تأثیر پیام می‌شود.

ممکن است که وعده پیام‌تان ارتباط مستقیمی با محصول، خدمت یا رفتار مخاطبان شما نداشته باشد. در بسیاری از موارد وعده شما با محصول، خدمت یا رفتار خاصی برای بخشی از مخاطبان و نه همه آنها در ارتباط است به ویژه اگر درک مشترکی از آن در مخاطبان مورد نظر وجود نداشته باشد.

مرحله ۳. تعیین نکات حمایتی پیام

این مرحله برای تعریف نکات حمایتی پیام است که علت باور وعده‌های پیام توسط مخاطبان را به طور خلاصه بیان می‌کند. نکات حمایتی شواهدی علمی هستند که به درک اعتبار پیام نزد مخاطبان کمک می‌کنند. دلایل باور پیام توسط مخاطبان ممکن است مبنای عاطفی یا واقعیت علمی داشته باشد. در خلاصه پیام، نکات حمایتی پیام و علت مزایای وعده داده شده به مخاطب را به طور خلاصه بیان می‌کند و علاوه بر این، دلایل پذیرش وعده پیام علیرغم تنگناهای استفاده از محصول، خدمت و رفتار و یا مشکلات موجود در پذیرش آن را بیان می‌کند.

مرحله ۴. تعیین چالش‌های رقابتی پیام

حتی اگر مخاطبان، پیام شما را درک نموده باشند، خود را با آن مرتبط دانسته و دارای انگیزه کافی شوند، باز هم ممکن است عوامل دیگری باشند که توانایی آنها را در پذیرش رفتار مورد نظر محدود سازند. برای مثال، HIV/AIDS در بسیاری از کشورها هنوز به عنوان یک تابوی اجتماعی بوده و بسیاری از افراد در معرض خطر، از آزمایشات، مشاوره و یا درمان، ترسانیده می‌شوند، زیرا از انتشار نتایج آن در جوامع‌شان وحشت دارند.

بسیاری از مردم به روشی ثابت رفتار می‌کنند؛ زیرا از آن رفتار نفع می‌برند. منفعت کسانی که به دنبال آزمایش، مشاوره یا درمان HIV/AIDS نیستند، ممکن است حفاظت از موقعیت اجتماعی و یا اعتبار و آبروی شان در جامعه باشد. درک دلایل رفتار مردم در ورای چنین چالش‌هایی، موضوعی حیاتی است که باید در هنگام تهیه پیام‌های جدید، آن را در نظر بگیریم.

ضمناً چالش تطابق پیام با شرایط سنتی جامعه نیز وجود دارد، جایی که همه مشتریان حق انتخاب محل مراجعه برای استفاده از خدمات و یا خرید محصولات سالم را ندارند. پیام‌های ترویجی سازمان‌هایی که در جوامع سنتی مراکز یا

خدمات خود را ترویج می کنند، با محدودیت های سنتی انتخاب مخاطبان رقابت می کند و اغلب سنت ها چالش بزرگی در تحلیل رقابت بوده و مزیت آنها یک مزیت مطلق است.

چالش سنت ها و رفتارها در بیانیه استقرار رفتار جایگزین که در گام ۴ به آن اشاره شد نیز مشاهده می شود. به خاطر داشته باشید که یک پیام مؤثر، باید قدرت رقابت با سنت ها را داشته باشد. همان طور که در گام چهارم بیان شد استقرار مناسب موجب ایجاد نکات کلیدی قابل یادآوری برای مخاطب می شود تا بداند که چرا باید رفتار خاصی را بپذیرد. این ایده همچنین در مرحله ۳ از گام ۵ در «تعیین نکات حمایتی پیام» لحاظ شده است. به خاطر داشته باشید بیانیه نکات حمایتی پیام باید مشخص کند که چرا وعده های پیام موجب منفعت مخاطب شده و چگونه بر تنگناهای استفاده از محصول، خدمت یا پذیرش رفتار غلبه می کند.

شما در بخش های مختلف فرآیند طراحی برنامه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت با مفهوم رقابت رو به رو می شوید. شما و تیم تان باید مزایای رقابتی پیام تان را به خوبی مشخص کنید. برای این کار باید رقبا و محصولات، خدمات و رفتارهای رقیب و مزیت پیام تان به سایر پیام ها را مشخص سازید.

مرحله ۵. تدوین بیانیه تأثیر نهایی و ماندگاری پیام در ذهن مخاطبان

تأثیر نهایی و ماندگاری پیام در ذهن مخاطبان، آن چیزی است که مردم پس از دیدن یا شنیدن پیام، به خاطر می سپارند. این تأثیر دربرگیرنده تصویری کامل و جامع از تفکرات، احساسات و نگرش های ایده آل مخاطبان در مورد محصول، خدمت یا رفتار مورد نظر در پیام است.

به عبارت دیگر، جذب و درونی کردن یک پیام، مقدمه انجام اقدام و حرکت براساس آن است. ماندگاری پیام فقط یک شعار نیست بلکه باور و احساسی است که مخاطب باید از برقراری ارتباط به دست آورد. جذب و درونی کردن پیام ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم صورت گیرد. شما باید بیانیه تأثیر نهایی مشخصی را تدوین کنید که منجر به ایجاد خلاصه پیامی قوی شود. چنین پیامی در برقراری ارتباطی استراتژیک، رسم تصویر ذهنی مخاطب و کمک به ایجاد هویت طولانی مدت برای محصول، خدمت یا رفتار نقش دارد.

مرحله ۶. توصیف ویژگی های مشتری دلخواه

شما و تیم تان باید ویژگی های مشتری محصول، خدمت یا رفتار مورد نظر پیام تان را تعیین کنید. هر پیام ارتباطی، بیانیه ای است در مورد ویژگی های مشتریان اش که مخاطبان آن محصول، خدمت یا رفتار را معرفی می کند.

شما به عنوان یک طراح استراتژی های ارتباطی باید مانند مخاطبان خود فکر نموده و سؤالات زیر را بپرسید:

- فردی که استفاده از این محصول، خدمت یا رفتار را می پذیرد چه ویژگی هایی دارد؟
- این ویژگی ها چه کسانی را به رقابت با مشتریان پیام وامی دارد؟
- مردم در مورد مشتریانی که سایرین را به همراهی در استفاده از این محصول، خدمت یا رفتار دعوت می کنند، چه نگاهی دارند؟

- آیا مشتریان پیام شما به عنوان افرادی باهوش، خانواده دوست، مدرن یا مسئول شناخته می شوند؟

مرحله ۷. تعیین نکات کلیدی پیام

اکنون شما آماده اید تا براساس مراحل ۱ تا ۶، نکات کلیدی پیام تان را شناسایی کنید. نکات کلیدی پیام به صورت مختلف توسط مؤسسه تبلیغاتی یا سایر متخصصین ارتباطی ارائه می شوند. نکته کلیدی پیام می تواند از موضوع آن سرچشمه گرفته باشد و یا می تواند به صورتی خاص و به عنوان شعاری تبلیغاتی یا پیامی ترویجی یا حتی در فعالیت های مبتنی بر

جامعه مورد استفاده قرار گیرد. تمام پیام‌ها بدون توجه به این که چگونه و توسط چه کسی ارایه می‌شوند، همواره باید حاوی همان اطلاعات کلیدی باشند.

نکته: هنگام طراحی پیام برای برقراری ارتباط مؤثر از هفت «C» زیر پیروی کنید:

۱. جلب توجه - Command attention
۲. به جان و دل سپردن - Cater to the heart & head
۳. شفاف‌سازی پیام - Clarify the message
۴. نفع‌رسانی پیام - Communicate a benefit
۵. ایجاد اعتماد - Create trust
۶. رساندن پیامی مستمر و مداوم - Convey a consistent message
۷. دعوت به اقدام - Call for action

برگه کار ۲-۵. خلاصه پیام مختصر

	۱. حقیقت کلیدی پیام
	۲. وعده پیام
	۳. نکات حمایتی پیام
	۴. چالش‌های رقابتی پیام
	۵. بیانیه تأثیر نهایی و ماندگار پیام در ذهن مخاطبان
	۶. ویژگی‌های مشتری دلخواه
	۷. نکات کلیدی پیام

خلاصه

خلاصه پیام به شما و تیم‌تان کمک می‌کند تا پیام‌هایی متناسب با استراتژی ارتباطی خود، جذاب، به یادماندنی و ترغیب‌کننده طراحی کنید. محتوای خلاصه پیام در ارتباط با اطلاعات جمع‌آوری شده در تحلیل وضعیت موجود، دسته‌بندی مخاطبان، اهداف اختصاصی تغییر رفتار و استراتژی ارتباطی است. اگر توانستید چنین خلاصه پیامی را طراحی کنید شاید تجدید نظر در استراتژی انتخابی ضرورت یابد.

حقایق کلیدی پیام، به عنوان نتیجه خلاصه پیام شما شامل موضوعاتی ضروری است که باید در تمام کانال‌های ارتباطی در نظر گرفته شده و توسط عوامل همکاران استفاده شوند. به محض تکمیل مراحل تدوین خلاصه پیام ارایه شده در گام ۵، آماده شوید که گام ۶ را مطالعه نمایید، یعنی جایی که شما به تحلیل و انتخاب کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی رسیده‌اید که به شما کمک می‌کند تا حقایق اصلی پیام خود را ارایه دهید.

کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی

برای دستیابی به مخاطبان مورد نظر باید از کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی استفاده کنید. این گام به شما نشان می‌دهد که چگونه کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی خود را انتخاب و ادغام نمایید. شما قسمت عمده بودجه ارتباطی خود را صرف تولید رسانه‌های آموزشی و قرار دادن آنها در قالب مناسب‌ترین کانال‌ها می‌کنید. شما باید برای برقراری ارتباط مناسب با مخاطبان خود از بهترین رسانه‌های ارتباطی استفاده کنید. این گام به شما کمک می‌کند تا کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی را انتخاب کنید که بهتر از بقیه به حرکت رو به جلوی استراتژی ارتباطی شما کمک نموده و هزینه اثربخش باشند.

مرحله ۱. انتخاب بهترین کانال‌های ارتباطی برای دسترسی به مخاطبان مورد نظر

قبل از انتخاب رسانه‌های ارتباطی خود، باید ابتدا تصمیم بگیرید که کدام کانال‌های ارتباطی به بهترین شکل به مخاطبان مورد نظر شما دسترسی دارند. برقرارکنندگان ارتباط استراتژیک، کانال‌های ارتباطی را به عنوان مجاری انتقال پیام تعریف می‌کنند که موجب تبادل پیام بین فرستندگان و گیرندگان آن می‌شود.

انواع مختلف کانال‌های ارتباطی عبارتند از:

• **کانال‌های بین فردی** که شامل ارتباط فرد با فرد مانند ارائه‌دهنده خدمت به مراجعه‌کننده، همسر به همسر یا همسال به همسال است.

• **کانال‌های مبتنی بر جامعه** که به یک جامعه می‌رسد (گروهی از مردم در منطقه مشخص که دارای علایق یا خصوصیات مشترک مانند وضعیت قومی یا شغلی خاص هستند). اشکال مختلف ارتباط مبتنی بر جامعه عبارتند از:

- رسانه‌های مبتنی بر جامعه مانند نشریات محلی، ایستگاه‌های رادیویی محلی، تابلوهای اعلانات و پوستر
- فعالیت‌های مبتنی بر جامعه مانند نمایشگاه‌های بهداشتی، نمایش‌های محلی، کنسرت، مسابقات رالی و ...
- بسیج جامعه که فرآیندی مشارکتی برای اقدام اعضای جامعه در مسایل و موضوعات مشترک است.

• **کانال‌های ارتباط جمعی** که در زمانی کوتاه طیف گسترده‌ای از مخاطبان را تحت پوشش قرار می‌دهند و شامل

موارد زیر هستند:

- تلویزیون
- رادیو
- روزنامه‌ها
- مجلات
- تبلیغات شهری
- مکاتبات مستقیم پستی
- اینترنت

در آغاز استفاده استراتژیک از یک کانال ارتباطی، ابتدا فرصت‌های ارسال پیام‌تان در طول یک روز عادی از زندگی مخاطبان خود را تعیین کنید. مثال ۱-۶ به همراه برگه کار ۱-۶، فرصت‌های مختلف برقراری ارتباط از طریق یک کانال ارتباطی را نشان می‌دهد.

برگه کار تکمیل شده ۶-۱ را با برگه کار الف ۳-۱ در گام یک که کانال‌های ارتباطی موجود را لیست نموده، مقایسه کنید. آیا در این جدول، موارد مشابه با لیست کانال‌های ارتباطی موجود وجود دارد؟ اگر بلی، شما باید بر این کانال‌ها تأکید داشته باشید. کانال‌هایی که ممکن است از آن استفاده نمایید را با دایره مشخص نمایید.

جدول ۶-۱ کانال‌های ارتباطی

کانال	مخاطبان تحت پوشش	نقاط قوت (مزایا)	نقاط ضعف
بین فردی			
ارایه‌دهنده خدمت به مراجعه‌کننده، همسر به همسر، همسال به همسال	افراد	- ممکن است معتبرترین کانال ارتباطی باشد - زیرا ارتباط چهره به چهره است. - اغلب مشارکتی است. - به شدت مؤثر است.	- کنترل پیام‌ها مشکل است. - نیازمند آموزش‌های تخصصی از طریق یک برقرارکننده ارتباط ماهر است. - سنجش آن گران است. - زمان زیادی صرف ایجاد دسترسی به تمام مخاطبان می‌شود.
مبتنی بر جامعه			
رسانه‌های محلی (نشریات محلی، رادیوهای محلی)	زنان، مردان، کودکان	- مشارکتی است. - معتبرتر از رسانه‌های ارتباط جمعی است. - زیرا محلی شده است. - هزینه آن پایین است.	- سنجش آن گران است. - دسترسی به مخاطبان کم است. - امکان تکرار آن کم است. - ارتباط یک طرفه است.
رویدادهای محلی (نمایش‌های محلی، جلسات گروهی، مسابقات رالی، بسیج جامعه یا جلب حمایت همه جامعه)	اقشار مختلف مخاطبان محلی	- ممکن است بیش از رسانه‌های ارتباط جمعی یا رسانه‌های مبتنی بر جامعه، اعتبار داشته باشد زیرا مخاطبان را درگیر می‌سازند. - موجب تقویت شبکه‌های ارتباطی محلی می‌شود. - موجب تداوم تلاش‌های ارتباطی می‌شود. - هزینه آن کم است	- سنجش آن گران است. - دسترسی به مخاطبان کم است. - تکرار آن آسان نیست.

جدول ۱۶ کانال‌های ارتباطی

کانال	مخاطبان تحت پوشش	مزایا	معایب
کانال‌های ارتباط جمعی			
تلویزیون	زنان خانه‌دار، اعضای خانواده (مردان، زنان، افراد بالغ، کودکان)	<ul style="list-style-type: none"> - به خانه‌ها می‌آید و بحث فامیلی را شکل می‌دهد. - به درصد بالایی از مخاطبان مورد نظر می‌رسد. - حداکثر نتیجه را ارائه می‌دهد (تصویر، صدا و حرکت). - هزینه اثربخش است. 	<ul style="list-style-type: none"> - هزینه تولید بالا است و بیشتر شهری است تا روستایی. - ممکن است در زمان‌های خاصی از سال، گرانتر باشد. - زمان پخش برنامه ممکن است مناسب نباشد؛ تکرار پخش هم ممکن است در زمان مناسبی نباشد.
راديو	افراد، اعضای خانواده، بالغین	<ul style="list-style-type: none"> - می‌توان آن را در بین مخاطبان توزیع نمود تا دسترسی به آن ایجاد شود. - پیام‌های تلویزیونی را تقویت می‌کند. - می‌تواند کاملاً خلاق باشد. - ارزان‌تر از تلویزیون است. - می‌تواند پیام‌ها را به زبان محلی ارسال کند. 	<ul style="list-style-type: none"> - مخاطب دایم به آن گوش نمی‌دهد. - اگر ایستگاه‌های مختلفی برای پوشش یک منطقه وجود داشته باشد، رسیدن به مخاطب هزینه‌بر می‌شود. - هیچ موقعیت بصری وجود ندارد. - خریدن آن همیشه و در تمام بخش‌های کشور، آسان نیست.
سایت اینترنتی	جوانان، بالغین	<ul style="list-style-type: none"> - بسیار خلاق است. - چندرسانه‌ای است. - تعاملی است. - در هر زمان که مشتری بخواهد، قابل بهره‌برداری است. 	<ul style="list-style-type: none"> - نیازمند سواد دیجیتال است. - قابل کنترل نیست. - امکان استفاده نادرست از اطلاعات شخصی کاربران وجود دارد.
مجلات	زنان، مردان، جوانان	<ul style="list-style-type: none"> - امکان دسته‌بندی مخاطبان مختلف به تفکیک شیوه زندگی، نگرش‌ها و مسایل جمعیتی آنها وجود دارد. - استفاده از آن ایجاد ارزش و تمایز می‌کند و مطالب خواندنی آن دست به دست می‌شود. 	<ul style="list-style-type: none"> - امکان تکرار کم است. - فقط برای افراد با سواد مناسب است. - زمان طولانی برای هدایت مخاطبان مورد نیاز است.
روزنامه‌ها	مردان، زنان تحصیل کرده و سیاست‌گزاران	<ul style="list-style-type: none"> - واسطه‌ای برای سایر رسانه‌ها است. - موجب ارسال به موقع پیام می‌شود. - به تفصیل می‌توان در مورد پیام اطلاع‌رسانی کرد. - تأثیرگذار است و تعداد صفحات و حجم مطالب منعطف است. 	<ul style="list-style-type: none"> - فقط برای افراد با سواد مناسب است. - کیفیت تولید آن در انتقال پیام مؤثر است. - تاریخ مصرف کوتاهی دارد. - ممکن است هزینه - اثر پخش نباشد.
تبلیغ شهری (بیل‌بورد، باس بورد)	زنان و مردان	<ul style="list-style-type: none"> - برای شناسایی موضوعی یا ایجاد آگاهی خوب است و موجب تقویت پیام سایر رسانه‌ها می‌شود و در مناطق با ترافیک سنگین مؤثر است و امکان ارائه پیام‌های بسیار مختصر را فراهم می‌کند. 	<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت در زمان مشاهده مخاطبان وجود دارد. - محدودیت در محتوای پیام وجود دارد. - اثر آن خیلی ماندنی نیست.

برگه کار ۱-۶. یک روز عادی از زندگی مخاطب مورد نظر

دستور کار: این جدول را برای پیگیری برنامه یک روز عادی از زندگی مخاطب مورد نظر، پر کنید. برنامه مذکور باید شامل فعالیت در خانه، محل کار یا اوقات فراغت مخاطب باشد. این اطلاعات باید به راحتی و از طریق تحقیق مشتری محور و صحبت با مخاطبان فراهم شود. مشخص کنید که در کدام یک از این فرصت ها مخاطبان می توانند در معرض پیام کانال های ارتباطی قرار بگیرند.

زمان روز	محل / فعالیت ها	کانال ارتباطی
صبح زود		
بین روز		
اوایل عصر		
اواخر عصر		
اوایل شب		
شام		
اواخر شب		
رویدادهای خاص (روز، هفته یا ماه را لیست کنید)		
فرصت های فصل (زمان برداشت محصول، فصل تعطیلات)		

بررسی بهترین ترکیب کانال ها برای اجرای استراتژی ارتباطی منتخب

اقدام بعدی شما، تصمیم گیری در مورد بهترین ترکیب کانال ها است. برای این کار باید ببینید بهترین راه رسیدن به مخاطب مورد نظر برای تحقق اهداف اختصاصی تعیین شده در گام ۳ چیست؟ آیا باید بر پوشش گسترده، تکرار و یا توسعه حداکثری هر دو مورد تأکید کنیم؟

ایجاد پوشش گسترده

آیا می خواهید هرچه سریع تر بخش بزرگتری از مخاطبان خود را تحت پوشش قرار دهید؟ اگر بلی، استفاده از ترکیبی از کانال ها مفید است البته کانال رهبر انتخابی باید کانالی باشد که در مدت زمانی کوتاه به تعداد بیشتری از مردم دسترسی می یابد.

تلویزیون اغلب به عنوان کانال اصلی در نظر گرفته می شود و در برخی موارد، رادیو این نقش را دارد. پیام های مطرح شده در رویدادهای محلی می توانند تعداد بیشتری از مردم جامعه را تحت پوشش قرار دهند، اما امکان تکرار چنین پیام هایی براساس چارچوب زمانی و تعداد رویدادهای محلی برنامه ریزی شده، متفاوت و اندک است.

تأکید بر تکرار و توالی

اگر استفاده از ترکیبی از کانال ها با هدف تکرار و توالی پیام ها در زمانی طولانی صورت می گیرد باید از رسانه ای استفاده کنید که ممکن است پوشش گسترده ای نداشته باشد، اما پوشش خوبی دارد و می تواند پیام را برای مدت زمانی

طولانی و به طور منظم تکرار نماید. تبلیغ رادیویی تا حدی ارزان بوده و می‌تواند بارها و بارها در طول یک بسیج اطلاع‌رسانی تکرار شود.

نکته مهم: اگر اطلاعات ملی در مورد پوشش کانال‌های ارتباطی کافی نیست، با یک مؤسسه تبلیغاتی مشورت کنید. اگر اطلاعاتی در این زمینه وجود ندارد، با همکاری مراجع ذیربط در این زمینه تحقیق کنید.

تعاریف

این تعاریف ممکن است به خصوص هنگام کار با مؤسسات تبلیغی، مفید و کمک‌کننده باشند:

پوشش: حداقل تعداد یا درصد اعضای مخاطب خاص که در یک بار پخش در معرض پیام قرار گیرند. پوشش بالا، به ایجاد حرکت سریع و جنبش اجتماعی کمک می‌کند.

تکرار و توالی: میانگین دفعاتی که یک فرد در معرض پیامی خاص قرار می‌گیرد. تکرار، به نفوذ و گسترش پیام کمک می‌نماید.

تعیین هزینه اثربخشی هر یک از کانال‌های ارتباطی موجود

در تعیین ترکیب کانال‌های ارتباطی مورد نیاز برای توسعه استراتژی ارتباطی خود، درصد مخاطبان تحت پوشش هر یک از کانال‌ها و نیز هزینه اثربخشی کانال مذکور را بررسی کنید. برای تعیین هزینه اثربخشی هر کانال ارتباطی می‌توانید هزینه تولید و انتشار رسانه ارتباطی خود از کانال مذکور را بر تعداد مخاطبان تحت پوشش آن کانال تقسیم کنید.

برگه کار ۶.۲. ارزیابی کانال‌های ارتباطی

دستور کار: نوع کانال، مخاطب تحت پوشش، هزینه استفاده تخمینی هر یک از کانال‌های مورد نظر برای برقراری ارتباط با مخاطبان خود را در سه ستون اول یادداشت کنید. در ستون چهارم، هزینه اثربخشی (در هزار نفر) هر کانال را تخمین بزنید. در ستون ۵، اعتبار هر کانال را رتبه‌بندی کنید و در ستون ۶ کانال‌هایی را که بالاترین اعتبار و هزینه اثربخشی را دارند، مشخص کنید.

کانال	مخاطب تحت پوشش (به هزار نفر) در یک هفته معمولی	هزینه استفاده از کانال (در یک هفته معمولی) ریال	هزینه اثربخشی (هزینه به ریال تقسیم بر هزار نفر)	رتبه‌بندی فرصت (۵ بسیار معتبر و ۱ کمترین اعتبار)	کانال‌های هزینه اثربخش و معتبر
تلویزیون					
رادیو					
پایگاه اینترنتی					
روزنامه					
بیل بورد					
رسانه‌های محلی					
رویدادهای محلی					
جلسات گروهی					
ارتباط بین فردی					

استفاده هم زمان از چند کانال ارتباطی

تحقیقات نشان می دهد شانس تغییر رفتار در استفاده هم زمان از چند کانال ارتباطی، بیشتر از استفاده از یک کانال ارتباطی است. به علاوه، در استفاده هم زمان از چند کانال ارتباطی، به ویژه کانال های ارتباط جمعی تحقق اهداف اختصاصی سرعت می یابد. شما با استفاده هم زمان از چند کانال ارتباطی به افراد بیشتری در محیط های مختلف و با تکرار و توالی بیشتر دست می یابید. ترکیب هم زمان چند کانال ارتباطی موجب توسعه برنامه ارتباطی شما و تأثیر آن می شود. در این حالت مخاطبان اولیه، ثانویه و افراد کلیدی در معرض پیام های یکسان قرار می گیرند و در چنین حالتی، حمایت از برنامه ارتباطی شما افزایش می یابد.

دسترسی به ترکیبی ایده آل از کانال های ارتباطی

اغلب ترکیب ایده آل و مؤثر کانال های ارتباطی با هدف تقویت پوشش (دسترسی به بیشترین تعداد مخاطبان) و تقویت و استمرار پیام ارتباطی مورد نظر صورت می گیرد.

برای مثال در یک بسیج اطلاع رسانی چند رسانه ای، برای دسترسی به بیشترین تعداد مخاطبان و افزایش تأثیر پیام ارتباطی در یک دوره زمانی کوتاه می توان به طور هم زمان از تلویزیون، رادیو، سایت های اینترنتی، مراکز بهداشتی درمانی و بیلبوردها استفاده کرد که پیام های ارایه شده از طریق همه این کانال های ارتباطی در طول اجرای برنامه باید از مفاهیم کلیدی یکسانی برخوردار باشد، مستمر بوده و یکدیگر را تقویت کنند.

البته طراحان برنامه های ارتباطی باید با تأثیر هر یک از کانال های ارتباطی و انواع رایج ترکیب کانال های ارتباطی در راستای استراتژی انتخابی برنامه های ارتباطی آشنا باشند و واکنش مخاطبان هر یک از کانال های ارتباطی مورد استفاده در برابر پیام مشترکی که در قالب آنها منتشر می شود را ارزیابی کنند.

کانال های ارتباطی حمایتی با استدلال منطقی برای هر یک

شما باید در ترکیب ایده آلی از کانال های ارتباطی که برای برنامه خود برگزیده اید، کانال ارتباطی رهبر و نیز کانال های ارتباطی حمایتی را تعیین کنید و نیز دلایل منطقی این تصمیم را بیان کنید. کانال ارتباطی رهبر درست مانند یک لوکوموتیو است که تمام واگن های قطار را به دنبال خود می کشد. در واقع، کانال ارتباطی رهبر به عنوان «موتور» برنامه ارتباطی محسوب شده و سایر کانال ها را با خود می کشد. برای تکمیل این برگه های به جواب سؤالات زیر فکر کنید:

- پوشش کدام کانال ارتباطی بیشتر است (با توجه به مخاطبان مورد نظر برنامه)؟
- کدام کانال ارتباطی با خلاصه پیام ارتباطی شما، تطابق بیشتری دارد؟ با کدام کانال ارتباطی می توان پیام مورد نظر را به بهترین شکل منتقل نمود؟
- کدام کانال ارتباطی نتایج و تأثیر بهتری را در پی خواهد داشت؟

توجه داشته باشید که کانال ارتباطی رهبر، همیشه پرمخاطب ترین کانال نیست. برای تعیین کانال ارتباطی رهبر و کانال های حمایتی از برگه کار ارایه شده در صفحات بعد استفاده کنید و استدلال منطقی هر یک از آنها را بنویسید.

استدلال منطقی	کانال ارتباطی رهبر
استدلال منطقی	کانال‌های ارتباطی حمایتی

مرحله ۲. تعیین رسانه‌های ارتباطی

تصور کنید می‌خواهید یکی از اقوام خود را در شهری دیگر ببینید. شما راه‌های مختلفی برای رسیدن به شهر مذکور دارید؛ می‌توانید از طریق رودخانه و اجاره یک قایق کوچک یا با قطار و یا از طریق جاده و با تاکسی، اتوبوس یا رانندگی با اتومبیل خودتان به آن‌جا برسید. رودخانه، ریل و جاده، راهی برای رفتن از یک محل به محلی دیگر بوده و به عنوان کانال محسوب می‌شوند.

قایق، قطار، تاکسی، اتوبوس و یا اتومبیل به عنوان ابزارهایی هستند که شما برای حرکت در کانال از آنها استفاده می‌کنید. همین مساله در مورد کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی نیز صادق است.

برای مثال رادیو و تلویزیون، کانال‌های ارتباطی هستند و برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی رسانه اند. کانال‌های ارتباطی شما را قادر می‌سازند تا به مخاطبان خود دست یابید و رسانه‌ها، موادی هستند که شما برای انتقال پیام‌تان در این کانال‌ها، از آنها استفاده می‌کنید.

رسانه‌های ارتباطی، تابع تاکتیک‌های ارسال پیام از طریق کانال‌های ارتباطی هستند؛ تاکتیک‌هایی مانند تبلیغات، آموزشی سرگرمی، جلب حمایت همه جانبه، جلب مشارکت اجتماعی، ظرفیت‌سازی در ارایه‌دهندگان خدمات، استفاده از رویدادها و مناسبت‌های محلی و توسعه همکاری‌های بین بخشی و جلب مشارکت بخش خصوصی.

شما و تیم طراحی استراتژی ارتباطی‌تان، با کیفی از ابزارها (رسانه‌های ارتباطی) یا جعبه ابزارها (تاکتیک‌های ارتباطی) رو به رو هستید که شما را با چالش بزرگی رو به رو می‌سازد: انتخاب بهترین تاکتیک‌ها و رسانه‌های ارتباطی منطبق با استراتژی انتخابی برای تحقق اهداف اختصاصی تغییر رفتار مورد نظرتان.

شما باید با کارکرد و تأثیر هر یک از تاکتیک‌ها و رسانه‌های ارتباطی آشنا شوید تا به موقع و به بهترین شکل از آنها استفاده کنید. برای مثال جلب حمایت همه جانبه می‌تواند به ایجاد محیطی حمایتی برای رفتار دلخواه قبل از برقراری ارتباط با مخاطبان اولیه کمک کند. تبلیغات در رسانه‌های ارتباط جمعی و اجرای بسیج اطلاع رسانی چندرسانه‌ای می‌تواند به جلب حمایت سیاست‌گذاران از تغییر یک سیاست کمک کند.

برای تعیین رسانه‌های ارتباطی مورد نیاز باید جواب پرسش‌های زیر را بیابید:

- چه رسانه‌هایی از استراتژی ارتباطی شما حمایت می‌کنند؟
- نحوه استفاده از آنها چگونه است؟
- چرا باید از این رسانه‌ها استفاده کنید؟
- تطابق این رسانه‌ها با تصویری که از مخاطب خود رسم کرده‌اید چگونه است؟
- تاکتیک ارتباطی شما چیست (چه ترکیب هدفمندی از رسانه‌های ارتباطی مناسب است)؟

سایر سؤالاتی که باید به آنها پاسخ دهید:

- آیا مجریان برنامه شما می‌توانند از این رسانه‌ها استفاده کنند؟
 - آیا منابع کافی برای تولید این رسانه‌ها را دارید؟
- برای مثال اگر تبلیغات، تاکتیک ارتباطی مورد نظر باشد بهترین کار استفاده از مؤسسه‌ای تبلیغاتی برای طراحی و تولید رسانه‌های تبلیغاتی مورد نیاز است.

آشنایی با هشت تاکتیک ارتباطی

در اینجا منظور از تاکتیک ارتباطی، ترکیبی مناسب و هدفمند از رسانه‌های ارتباطی برای القای یک منظور یا هدف خاص در راستای استراتژی انتخابی است.

۱. جلب حمایت همه جانبه: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای ایجاد تغییر در باورها و افکار عمومی و خلق منابع ضروری و بسیج نیروها در حمایت از یک موضوع، سیاست یا نماینده انتخاباتی.
۲. تبلیغات: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای آگاه‌سازی و ترغیب مخاطبان به استفاده از یک خدمت، محصول یا رفتار مشخص.
۳. بازاریابی اجتماعی: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای تقویت انگیزه مخاطبان در مورد یک رفتار دلخواه یا انجام اقدامی واسطه‌ای که منجر به انجام رفتاری خاص می‌شود، مانند توزیع کوپن‌ها، نمونه‌های مجانی، مسابقات، خرید کالا.
۴. ارتباط چهره به چهره: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی که بتواند ارتباط فردی مشتریان و ارایه‌دهندگان خدمت را تقویت نماید مانند مشورت همسالان در خارج از مدارس. در ارتباط چهره به چهره علاوه بر ظرفیت‌سازی در ارایه دهندگان خدمات باید به فضا و مکان برقراری ارتباط بین فردی نیز توجه نمود.
۵. ایجاد و حمایت مالی از رویدادها و مناسبت‌ها: ایجاد و حمایت مالی از رویدادهای محلی و مناسبت‌ها در جلب توجه مخاطبان و ترویج رفتار دلخواه مؤثر است.
۶. بسیج جامعه: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای جلب حمایت فعال جامعه و تسهیل پذیرش رفتاری دلخواه.
۷. انتشار: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی چاپی رایگان برای آگاه‌سازی مخاطبان و اصلاح نگرش آنها.
۸. سرگرمی: استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی جذاب، خلاق و مفرح برای انتقال غیرمستقیم یا هم‌زمان پیام‌های آموزشی.

جدول ۶-۲ هشت تاکتیک ارتباطی: مزایا، معایب و کاربردها

تاکتیک ارتباطی (ترکیبی هدفمند از رسانه‌های ارتباطی)	تعریف	مزایا	معایب	کاربردها
جلب حمایت همه جانبه	استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای ایجاد تغییر در باورها و افکار عمومی و خلق منابع ضروری و بسیج نیروها در حمایت از یک موضوع، سیاست یا نماینده انتخابی	- حمایت سیاستگذاران را جلب می‌کند. - موجب هم‌کاری مردم می‌شود. - محیط حمایتی مثبتی را خلق می‌سازد. - از میزان مخالفت‌ها می‌کاهد.	- دسترسی به گروه هدف محدود است. - کاری تخصصی است. - وابسته به آشنایی با ساختارها و روابط افراد است. - در سوبهدمد، نری نمی‌سد.	- ایجاد یا تغییر قوانین یا سیاست‌ها - تغییر محیط قانونی، اجتماعی یا سیاسی - کاهش مخالفت‌ها

تبلیغات	<p>استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای آگاه‌سازی و ترغیب مخاطبان به استفاده از یک خدمت، محصول یا رفتار مشخص</p>	<p>- قابلیت بالای کنترل محتوای پیام و تولید رسانه - قابلیت بالای انتشار و پخش رسانه‌ها، زمان‌بندی و استمرار پیام</p>	<p>- برنامه‌های ارتباطی ملی - هنگامی که کنترل پیام‌ها برنامه ضروری باشد. - هنگامی که مخاطبان، دسترسی به رسانه‌های ارتباط جمعی داشته باشند.</p>
بازاریابی اجتماعی	<p>استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای تقویت انگیزه مخاطبان در مورد یک رفتار دلخواه یا انجام اقدامی واسطه‌ای که منجر به انجام رفتاری خاص می‌شود مانند توزیع کوپن‌ها و نمونه‌های مجانی</p>	<p>- واکنش مخاطب بالاست. - موجب تحریک و اقدام مخاطب می‌شود.</p>	<p>- اقدام، فوری است اما اغلب کوتاه مدت است. - تداوم و توسعه آن گران است.</p>
ارتباط چهره به چهره	<p>استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی که بتواند ارتباط فردی مشتریان و ارایه‌دهندگان خدمت را تقویت نماید مانند مشورت زوجین و همسالان در خارج از مراکز بهداشت. در ارتباط چهره به چهره علاوه بر ظرفیت‌سازی در ارایه‌دهندگان خدمات باید به فضا و مکان برقراری ارتباط بین فردی نیز توجه نمود.</p>	<p>- در سطح فردی به مخاطب می‌رسد. - ارتباط دوطرفه است. - ارایه‌دهنده خدمت بر تغییر رفتار تأکید داشته و آن را تقویت می‌کند. - ارتباط بین ارایه‌دهنده خدمت یا مشاور و مشتری را تقویت می‌کند. - امکان گرفتن پس‌خوراند وجود دارد.</p>	<p>- اگر وعده ارایه‌دهنده خدمت یا مشاور همسال تحقق نیابد مخاطب بی‌انگیزه می‌شود و دوباره مراجعه نمی‌کند. - مطالب آموزشی باید قابل فهم، جذاب و در دسترس باشد. - دسترسی به مخاطبان محدود و زمان بر است. - در هر موقعیتی، نتایج متفاوتی را به بار می‌آورد.</p>
ایجاد و حمایت مالی از رویدادها و مناسبتهای	<p>ایجاد و حمایت مالی از رویدادهای محلی و مناسبتهای در جلب توجه مخاطبان و ترویج رفتار دلخواه مؤثر است.</p>	<p>- موجب شهرت و افزایش رضایت می‌شود. - متمرکز بر عوامل درگیر در برنامه است.</p>	<p>- کوتاه‌مدت و گاه پرهزینه است. - حامیان مالی باید متقاعد شده، سود برده و با برنامه سازگار باشند.</p>
بسیج جامعه	<p>استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی برای جلب حمایت فعال جامعه و تسهیل پذیرش رفتاری دلخواه</p>	<p>- کل جامعه را درگیر می‌کند. - از تغییر رفتار فردی و جمعی، حمایت می‌کند. - به تغییر هنجارهای اجتماعی کمک می‌کند.</p>	<p>- از نظر زمانی فشرده است. - سنجش آن زمان بر است. - در جوامع غیر همگن مؤثر نیست.</p>
انتشار	<p>استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی چابکی رایگان برای آگاه‌سازی مخاطبان و اصلاح نگرش آنها</p>	<p>- موضوع خاصی را مطرح می‌کند. - منبع معتبری است. - به سرعت آگاهی را ایجاد می‌نماید. - گران نیست و موجب تقویت بسیج‌های آموزشی می‌شود.</p>	<p>- امکان کنترل پیام و جایگزین نمودن رسانه وجود ندارد. - برای تقویت ارتباطات رسانه‌ای، زمان بر است.</p>
سرگرمی	<p>استفاده هدفمند از ترکیبی از رسانه‌های ارتباطی جذاب، خلاق و مفرح برای انتقال غیرمستقیم یا هم‌زمان پیام‌های آموزشی</p>	<p>- پذیرش مخاطبان بالاست. - محتوای برنامه جذاب است. - پیام‌ها می‌تواند تشویقی باشند.</p>	<p>- تولید پرهزینه است. - نیازمند طراحی دقیق است. - همراهی با بسیج‌های تبلیغاتی ملی - تأکید بر یک استراتژی ملی - ترویج ترکیبی از پیام‌های ارتقای سلامت</p>

جدول ۶-۳. ارتباط بین کانال‌ها، تاکتیک‌ها و رسانه‌های ارتباطی

جدول ۶-۳، ارتباط بین کانال‌ها، تاکتیک‌ها و رسانه‌های ارتباطی را نشان می‌دهد. کانال‌های ارتباطی، راهی برای انتقال پیام‌ها به مخاطبان با استفاده از رسانه‌های ارتباطی می‌باشند. رسانه‌های ارتباطی می‌توانند براساس تاکتیک‌های ارتباطی مختلف در یک استراتژی ارتباطی مشخص استفاده شوند. تولید تمامی رسانه‌های قابل انتقال در یک کانال ارتباطی نیازمند برخورداری از مهارت‌های مختلف و نیز مشارکت سازمان‌های مختلف (مؤسسات تبلیغاتی، کمپانی‌های تولید فیلم و...) است.

کانال‌ها	تاکتیک‌ها	رسانه‌ها/ فعالیت‌ها
ارتباط بین فردی	ارتباط چهره به چهره همسالان	همسالان
	مشاوره با ارایه دهنده خدمت	مشاور/ مشتری
	تقویت کمیته راهبردی	پوسترها، پمفلت‌ها، فیلم‌های مورد استفاده توسط مشتری
کانال‌های مبتنی بر جامعه	مشارکت مردمی	جلسات بحث گروهی، فعالیت‌های جلب حمایت همه جانبه، رالی‌ها، بولتن‌های خبری
	رسانه‌های ارتباط جمعی محلی	روزنامه‌های محلی، رادیوی محلی، آگهی دیواری، جارچی‌ها، استفاده از بلندگو
	رویدادهای محلی	نمایش محلی، نمایش‌های خیابانی، نمایشگاه‌های بهداشتی
کانال‌های ارتباط جمعی (رادیو، تلویزیون، سایت‌های اینترنتی، روزنامه‌ها، مجلات، بیل بورد و باس بورد)	تبلیغات	تبلیغات چاپی، نمایش‌های کوتاه تلویزیونی و رادیویی، پوسترهای محیطی و کارت‌های تبلیغاتی
کانال‌های ارتباط جمعی (رادیو، تلویزیون، سایت‌های اینترنتی، روزنامه‌ها، مجلات، بیل بورد و باس بورد)	انتشار	اخبار رسانه‌ها، فیلم‌های ویدیویی، مقالات، اخبار رادیویی، کنفرانس‌های خبری، اطلاعیه‌های عمومی، آموزش خبرنگاران
کانال‌های ارتباط جمعی، ارتباط مبتنی بر جامعه، ارتباط بین فردی	جلب حمایت همه جانبه	بسته‌های آموزشی شامل حقایق و داستان‌های مرتبط با جمع‌آوری حمایت برای یک سیاست و خط مشی، ارسال مطالب با پست
کانال‌های ارتباط جمعی، مبتنی بر جامعه، ارتباط بین فردی	بازاریابی اجتماعی	کوپن‌ها، نمونه‌های مجانی، مسابقات، برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی، فعالیت‌های مبتنی بر جامعه در سطح فروشگاه‌ها
کانال‌های ارتباط جمعی، ارتباط مبتنی بر جامعه	ایجاد و حمایت مالی از رویدادهای محلی	کنفرانس‌های خبری، جشن‌ها، افتتاحیه‌ها، رژه و نمایش، کنسرت‌ها، مراسم توزیع جوایز، ارایه نتایج تحقیقات و مقالات، رویدادهای ورزشی
کانال‌های ارتباط جمعی، ارتباط مبتنی بر جامعه	سرگرمی	برنامه‌های تلویزیونی، برنامه‌های رادیویی، نمایش‌های محلی، آوازها، بازی‌های محلی

با توجه به این جدول برگه کار ۶-۴ پر کنید.

برگه کار ۶-۴. خلاصه تاکتیک‌های ارتباطی منتخب

تاکتیک‌های ارتباطی منتخب	استدلال منطقی

مرحله ۳. ادغام پیام‌ها، کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی

یکی از مزایای برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت آن است که در فرآیند برنامه‌ریزی شما می‌توانید برای تقویت تلاش‌های ارتباطی‌تان، به تصویری کلی از نحوه استفاده از پیام‌ها، کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی برسید.

خلاصه

در این مرحله به تدوین یک برنامه اجرایی، نزدیک‌تر شدید. تا اینجای کار استراتژی ارتباطی، حقایق کلیدی پیام و نحوه ترکیب کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی شما مشخص شده است. مرحله بعدی مدیریت استراتژی ارتباطی منتخب است. یعنی باید تعیین کنید چه کسی / سازمانی استراتژی ارتباطی منتخب را اجرا کند؟ همکاران در اجرای استراتژی منتخب چه کسی / کسانی باشند؟ علاوه بر این، نحوه هماهنگی شرکای اجرای برنامه، چارچوب زمانی و بودجه مورد نیاز را نیز باید تعیین کنید.

تدابیر مدیریتی

رزیابی تمام تلاش‌های ارتباطی و مهم‌تر از همه، تلاش‌های همکاران و شرکای شما ضروری است. این گام به شما نشان می‌دهد که چگونه تدابیر مدیریتی‌تان را بسط داده و تکمیل نمایید. مدیریت موفق مستلزم رهبری خوب، تعیین واضح نقش‌ها و مسئولیت‌ها، همکاری نزدیک، کار تیمی قوی بین تمام شرکا و پیروی از یک محدوده زمانی مشخص و بودجه معین است. این گام، ملاحظات استراتژیک در هر یک از این عناصر را مورد توجه قرار داده و به بحث در مورد نحوه مدیریت برنامه ارتباطی می‌پردازد.

مرحله ۱. شناسایی سازمان رهبر و شرکای همکار

برای تمایز سازمان رهبر از شرکای همکار، نقش‌ها و مهارت‌های کلیدی مورد نیاز برای اجرای استراتژی ارتباطی خود را تعیین کنید. به‌طور معمول، این نقش‌ها شامل مدیریت و هماهنگی، سیاست‌گذاری، تحقیق، تبلیغ، طراحی و تولید رسانه، فعالیت‌های مبتنی بر جامعه، آموزش و ظرفیت‌سازی و پایش و ارزشیابی هستند. شاید تمامی این نقش‌ها در استراتژی ارتباطی منتخب شما به کار نرود و یا اجرای آن نیازمند نقش‌های دیگری باشد. شما باید فقط برای نقش‌هایی برنامه‌ریزی کنید که با وضعیت و موقعیت استراتژی منتخب شما سازگار باشد.

سازمان رهبر

گروه منتخب به عنوان سازمان رهبر، اغلب مسئول هماهنگی کلی طراحی و اجرای استراتژی منتخب برنامه است. مدیر سازمان رهبر رابط رسمی تمامی شرکاست، تمام اطلاعات باید از طریق او جریان یافته و این فرد همواره باید مطمئن

شود که تمام فعالیت‌ها بر اساس استراتژی منتخب، در قالب بودجه و طبق برنامه پیش‌بینی شده بوده و متوجه باشد که تمام شرکا در آن درگیر و به روز باشند. سازمان رهبر مسئول تدوین برنامه مدیریتی، هماهنگی با سایر شرکا برای اجرای برنامه مطابق با زمان و بودجه پیش‌بینی شده است و باید مراقب انحراف از برنامه مدیریتی تدوین شده باشد. سازمان رهبر اغلب مسئول کسب تمام تأییدیه‌های لازم برای انجام فعالیت‌ها بوده و نقشی کلیدی در اعلام گزارش‌ها و مشکلات به سایر شرکا دارد. این سازمان باید همیشه «تصویری بزرگ» و شفاف از دلیل انجام فعالیت‌های مختلف و ارتباط آنها با هم داشته باشد. سازمان رهبر باید در کار تیمی با سایر شرکا، محدوده زمانی هر یک از فعالیت‌های پروژه را مشخص نموده و به تأیید تصمیم‌گیران برساند. اغلب ظرفیت‌سازی در شرکا هم زمان با اجرای استراتژی ارتباطی، یکی دیگر از وظایف سازمان رهبر است.

شرکای بالقوه

۱. در سیاست‌گذاری: تسهیل اجرای استراتژی ارتباطی مطابق با برنامه ممکن است مستلزم تغییر سیاست‌های ملی یا محلی باشد برای مثال شاید دولت، تاکنون حاضر به آموزش پیشگیری از خشونت جنسی در تلویزیون نشده باشد و یا شاید مایل به اطلاع‌رسانی در مورد خودکشی نباشد. رفع چنین مشکلاتی ممکن است مستلزم استفاده از تاکتیک‌های ارتباطی مختلف نظیر جلب حمایت همه جانبه در بالاترین سطوح دولت یا شورای سیاست‌گذاری کانال‌های ارتباط جمعی باشد. با استفاده از چنین تاکتیکی امکان کاهش مخالفت یا جلب مشارکت افراد کلیدی برای تغییر سیاست‌های موجود فراهم می‌شود.

۲. در تحقیق، پایش و ارزشیابی: در تحقیقات مورد نیاز برای اجرای استراتژی ارتباطی و پایش و ارزشیابی آن شرکای متعددی درگیر هستند. با وجود صلاحیت‌های تحقیقاتی سازمان رهبر، ممکن است سازمان مذکور به دلیل سایر مسئولیت‌ها فرصت انجام چنین خدماتی را نداشته باشد. گام ۸ شامل پیشنهادات مختلف برای تعریف زمینه‌های تحقیق و ارایه اطلاعات بیشتر در این زمینه است. مطمئن شوید که با انتخاب تیم تحقیق مناسب، تمام اطلاعات پایه مورد نیاز فراهم شده و فرصت پایش اقدامات تمامی شرکا فراهم شود.

۳. در تبلیغات: اکثر ارایه‌دهندگان خدمات، تنها در چارچوب مراکز خود خدمت می‌کنند و از توان و مهارت کافی برای طراحی و اجرای برنامه‌های تبلیغاتی و تولید رسانه‌های تبلیغاتی خلاق بی‌بهره‌اند. تجربه نشان داده است که دقت در انتخاب و انعقاد قرارداد با یک مؤسسه تبلیغاتی توانمند موجب تقویت سازمان رهبر می‌شود.

۴. در کار با رسانه‌های ارتباط جمعی: اغلب برنامه تولید شده توسط مؤسسه‌های تبلیغاتی باید منطبق با موازین پخش و انتشار رسانه‌های ارتباط جمعی باشد. گاه مؤسسات تبلیغاتی، خود هماهنگی با رسانه‌های ارتباط جمعی را انجام می‌دهند. اگر مؤسسه تبلیغاتی قادر به ارایه چنین خدماتی نباشد، ممکن است مجبور شوید از همکاری فرد یا شرکتی که در خرید زمان پخش از کانال‌های ارتباط جمعی تخصص دارد، استفاده کنید.

۵. در فعالیت‌های مبتنی بر جامعه: تمامی استراتژی‌های ارتباطی نیازمند کار با گروه‌های مبتنی بر جامعه نیست اما گاهی درگیر نمودن مردم در استراتژی‌های ارتباطی، در انتشار پیام به مخاطب مورد نظر مفید است. با فعالیت‌های مبتنی بر جامعه امکان حمایت گروه‌های زنان، گروه‌های بهداشتی یا رهبران عقیدتی محلی از استراتژی ارتباطی شما فراهم می‌شود. فعالیت‌های مبتنی بر جامعه کلیدی مورد نیاز برای اجرای استراتژی ارتباطی خود را مشخص نموده و سپس در مورد شرکای بالقوه اجرای چنین خدماتی تصمیم بگیرید. اجرای چنین فعالیت‌هایی با همکاری چندین مؤسسه، موجب تقویت فعالیت‌های مبتنی بر جامعه می‌شود.

۶. در آموزش و ظرفیت‌سازی: شکاف صلاحیت‌ها و مهارت‌های تیم کاری شما در اجرای استراتژی ارتباطی منتخب را شناسایی کنید. برای مثال اگر استراتژی ارتباطی منتخب شما اجرای یک بسیج آموزشی برای ترویج استفاده از مراکز

بهداشتی باشد، ممکن است شروع برنامه نیازمند آموزش کارکنان مراکز مذکور و ایجاد مهارت مشاوره در آنها باشد. در مورد نیازهای آموزشی حیاتی و روش تأمین هزینه ظرفیت سازی در قالب بودجه کلی برنامه تصمیم گیری کنید.

مرحله ۲. تعیین نقش‌ها و مسئولیت‌های هر یک از شرکا

مرحله بعدی پس از تعیین سازمان رهبر و شرکای همکار، تعیین نقش‌ها و وظایف مورد انتظار شرکا برای اطمینان از اجرای موفق برنامه ارتباطی است. در تعیین این نقش‌ها سعی کنید تا وظایفی را مشخص سازید که شرکا از آن نفع برده و از استراتژی ارتباطی شما حمایت کنند. برای مثال گروهی از شورایاران یک محله ممکن است مایل به مشارکت در جلب حمایت شهردار از استراتژی ارتباطی شما باشند زیرا چنین کاری آنها را با شهردار آشنا می‌سازد. سازمان‌های همکار باید از مشارکت در استراتژی ارتباطی منتخب سود ببرند، در غیر این صورت احتمال همکاری آنها کاهش می‌یابد.

برگه کار ۱-۷. تعیین نقش‌های کلیدی و مهارت‌های مورد نیاز

نقش کلیدی	مهارت مورد نیاز	چه کسی / سازمانی چنین مهارتی دارد؟

مرحله ۳. تعیین شرح وظایف روزانه شرکا و نحوه هماهنگی فعالیت‌ها

خلاصه شرح وظایف روزانه شرکا را بنویسید. به طور خلاصه بیان کنید که مجریان چه کسانی هستند، چه وظایفی دارند و چگونه فعالیت‌های شان را هماهنگ می‌کنند. برای شروع، به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- آیا جلسات شورای مشورتی شرکای همکار تشکیل می‌شود؟
- آیا جلسات شورای مشورتی به طور منظم تشکیل می‌شود؟
- نحوه و سطح تصمیم‌گیری در شورای مذکور چگونه است؟
- آیا سازمان رهبر، فعالیت‌های روزانه را هماهنگ می‌کند؟ شواهد اجرای برنامه‌های مربوطه را جمع‌آوری می‌کند؟ گزارش اقدامات انجام شده را برای شرکا ارسال می‌کند؟

ابزارها و روش‌های مختلفی برای مدیریت و هماهنگی شرکای برنامه ارتباطی وجود دارد. برای مثال، اگر شرکا در یک منطقه شهر نباشند، ممکن است از مکالمات تلفنی و گزارش مکتوب به جای جلسات حضوری استفاده شود. اصول راهنمای مدیریت را به طور ساده نوشته، دایم آنها را بازبینی نموده و ببینید که آیا نیاز به تغییر دارند.

مرحله ۴. تعیین چارچوب زمانی اجرای استراتژی منتخب

اگر استراتژی ارتباطی منتخب شما باید در مراحل مختلف اجرا شود، چارچوب زمانی برنامه‌تان باید فعالیت‌های اصلی هر یک از مراحل استراتژی منتخب را نشان دهد. با توجه به این که اکثر تلاش‌های ارتباطی نیازمند آموزش و ظرفیت‌سازی در ارائه‌دهندگان خدمات است، توجه به این مسایل و روابط آنها با سایر خدمات در تهیه جدول زمان‌بندی برنامه ضروری است.

نرم افزارهای تجاری متنوعی برای کمک به تصمیمات مدیریت پروژه طراحی شده و در دسترس است. البته ممکن است برای تهیه جدول زمان بندی برنامه از جدول گانت استفاده شود. جدول گانت راهنمای خوبی برای اطمینان از اجرای به موقع فعالیت ها در مسیر مورد نظر است. در موارد انحراف از چارچوب زمانی تعیین شده، انجام اقدامات اصلاحی ضروری است. نتایج حاصل از بررسی اجرای برنامه ارتباطی مطابق جدول زمان بندی باید برای شرکای برنامه ارسال گردد. برگه کار ۷-۲ را تکمیل کنید.

برگه کار ۷-۲. جدول زمان بندی برنامه

وظیفه	مسئول	زمان

مرحله ۵. تعیین بودجه مورد نیاز

با تعیین بودجه مورد نیاز می توانید از تأمین منابع مالی مورد نیاز برای اجرای فعالیت های مختلف استراتژی ارتباطی منتخب تان اطمینان حاصل کنید. تیم طراحی استراتژی ارتباطی ممکن است از متدهای مختلف و متعددی برای تکمیل جدول بودجه برنامه استفاده کند اما در همه شرایط، توجه به این دو مورد ضروری است:

- در اکثر موارد بودجه در اختیار محدود و مشخص است بنابراین گاه نیازمند بازنگری در فعالیت های پیش بینی شده برای استفاده بهینه از منابع در اختیار تان هستید.
- در مواردی ممکن است تیم طراحی استراتژی ارتباطی پس از تحلیل وضعیت موجود، تعیین مخاطبان مورد نظر و تعیین اهداف اختصاصی تغییر رفتار سراغ سازمان های سرمایه گذار و حامیان مالی رود تا منابع مالی برنامه را مشخص سازد. در این موارد باید به تمامی فرصت های خلق و توسعه منابع توجه شود.
- در بسیاری از موارد برای تعیین هزینه واقعی هر یک از فعالیت ها باید قیمت خدمات مشابه در منطقه فعالیت شما و نظر پیمانکاران محلی را جویا شوید. برگه کار ۷-۳ را تکمیل نمایید.

برگه کار ۷-۳. جدول بودجه برنامه

هزینه های مستقیم و نیروی کار	هزینه تخمینی به ریال
مسائل اداری و مدیریتی:	
حق الزحمه مدیر	
حق الزحمه کارشناسان	
حق الزحمه پرسنل پشتیبان	
پشتیبانی جلسات شورای مشورتی (ایاب و ذهاب و پذیرایی)	
هزینه تماس های تلفنی	
هزینه های پستی	
هزینه اقلام مصرفی جلسه	
تحقیق و ارزشیابی:	
پایش (کمی و کیفی)	
ارزیابی (کمی)	
تبلیغات:	

	طراحی و تولید (رسانه‌های ارتباط جمعی و سایر رسانه‌ها)
	هماهنگی پخش و انتشار رسانه‌ها
	فعالیت‌های مبتنی بر جامعه:
	فعالیت‌های آموزشی سرگرمی، رویدادهای محلی
	آموزش:
	کارگاه‌های آموزشی
	تورهای مطالعاتی
	کل هزینه تخمینی

مرحله ۶. طراحی نظام پایش فعالیت‌ها

پایش، بخش مهمی از هر استراتژی ارتباطی است که اغلب نادیده گرفته می‌شود. یکی از خصوصیات برجسته یک طرح مدیریتی خوب، برخورداری از نظام پایش مشخص و متناسب با فعالیت‌های اجرایی است.

چنین نظامی، نحوه آگاهی شما از اجرای به موقع و مناسب هر یک از فعالیت‌های برنامه ارتباطی تان را مشخص می‌سازد. برای مثال با اجرای چنین نظامی شما متوجه می‌شوید که:

- رسانه‌های ارتباطی کوچک در مراکز ارائه خدمات موجود است؟ کافی است؟ به درستی بین مخاطبان مورد نظر توزیع می‌شود؟

- از رویدادهای محلی مطابق برنامه طراحی شده استفاده می‌شود یا خیر؟ افراد مسئول مطابق برنامه اقدام می‌کنند یا نه؟

- چه کسی مسئول تبلیغات است؟ مسئول تبلیغات کارش را به درستی انجام می‌دهد؟ آیا رسانه‌های ارتباطی تولید شده به درستی منتشر می‌شوند؟

- چه کسی مسئول اطمینان از تأمین وسایل و ملزومات بسیج اطلاع‌رسانی است؟ چه کسی آمار خدمات ارائه شده به مشتری را جمع‌آوری می‌کند؟

نظام پایش مناسب شما را قادر می‌سازد تا دچار مشکل چاپ تعداد زیادی پوستر و ذخیره طولانی مدت آن در یک انبار بدون اطلاع‌رسانی در مورد ضرورت و نحوه توزیع آن به مراکز نیازمند پوستر مذکور نشوید.

شما و تیم‌تان باید برای پایش چنین فعالیت‌هایی برنامه‌ریزی نموده و تصمیم بگیرید که کدام یک از شرکا مسئول چه فعالیتی است. برای مثال مؤسسه تبلیغاتی همکار با شما، مسئول تولید و انتشار رسانه‌ها است یا نه؟

اجرای پایش از وظایف سازمان رهبر است که ممکن است این کار را با استفاده از همکاری یک یا گروهی از شرکا انجام دهد.

خلاصه

یک طرح مدیریتی خوب شامل توصیف روشن نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکا، جدول زمان‌بندی مبتنی بر واقعیت، جدول بودجه مورد نیاز و یک نظام پایش شفاف است. مدیریت مناسب برنامه‌های ارتباطی نیازمند برخورداری از رهبری قوی، مهارت‌های تشکیلاتی و سازمانی و هماهنگی مناسب برای کار تیمی است که موجب تقویت ظرفیت‌های محلی و اجرای مناسب استراتژی ارتباطی شود.

در طراحی برنامه مدیریت استراتژی ارتباطی منتخب‌تان، موارد زیر را به خاطر بسپارید:

- وظایف مدیر را پیچیده نکنید. از تناسب تدابیر مدیریتی اتخاذ شده با اهداف اختصاصی تغییر رفتار استراتژی منتخب تان اطمینان حاصل کنید. از امور حاشیه‌ای پرهیزید و به دنبال اجرای اقداماتی باشید که به تحقق اهداف برنامه کمک کرده و نتایج مشخصی را در پی دارند.
 - رهبری صحیح شما و ظرفیت‌سازی مناسب در عوامل اجرای برنامه ارتباطی شما موجب توانمندسازی بهتر مردم می‌شود. برای کمک به عوامل اجرای برنامه ارتباطی تان در انجام بهتر وظایف‌شان، ابزارها و حمایت‌های فنی مقتضی را در اختیارشان قرار دهید.
 - قبل از آغاز هرگونه برنامه ارتباطی، با اصلاحات ساختاری و سیستمی و نیز ظرفیت‌سازی مناسب و تقویت تعهد عوامل اجرایی سازمان نسبت به تعالی سازمان، فضای سازمانی مناسب برای برقراری ارتباط استراتژیک با مردم را فراهم سازید.
 - پیشرفت استراتژی ارتباطی خود را پایش نموده، انحراف از برنامه عملیاتی تان را شناسایی و تغییرات مقتضی را انجام داده و پس خوراند مناسب را به شرکای برنامه ارایه دهید.
- برای بیان خلاصه سازمان رهبر، شرکا، نقش هر یک از شرکا، جدول زمان‌بندی، میزان بودجه مورد نیاز و نظام پایش استراتژی ارتباطی منتخب‌تان، از برگه کار ۴-۷ استفاده کنید. سپس گام ۸ را مطالعه کنید تا با روش طراحی نظام پایش برنامه ارتباطی آشنا شوید.

برگه کار ۴-۷. خلاصه تدابیر مدیریتی

پاسخ‌ها		سؤالات
		۱. سازمان رهبر
		وظایف سازمان رهبر
		۲. شرکا
		وظایف شرکا
مرحله ۱:		۳. زمان و مراحل استراتژی منتخب
ریال	دوره زمانی	۴. کل هزینه تخمینی برای هر دوره زمانی
		۵. نظام پایش فعالیت‌ها

طرح ارزیابی

مرحله ارزیابی بخش مهمی از استراتژی ارتباطی شماست زیرا بدون آن نمی‌توان در مورد استفاده از خدمات برنامه و یا تأثیر آن قضاوت نمود. برنامه‌ریزی برای ارزیابی استراتژی ارتباطی باید از همان ابتدای کار مد نظر باشد و بهتر است که با مشارکت تمامی ذینفعان برنامه و نیز متخصصان تحقیقاتی صورت گیرد.

یک متخصص ارتباطات ممکن است با روش‌های تحقیقاتی آشنا نباشد ولی برای پایش برنامه ارتباطی‌اش و نیز ارزیابی تحقق اهداف اختصاصی آن نیازمند انجام تحقیقات مختلفی است.

مرحله ۱. تعیین چشم‌انداز و نوع ارزیابی

تعیین چشم‌انداز صحیح و انتخاب نوع مناسب ارزیابی برای استراتژی ارتباطی منتخب ضروری است. ارزیابی برنامه ارتباطی باید از ابتدای کار با توجه به موارد زیر صورت گیرد:

- ارزیابی فرآیند یا پایش برنامه: تعیین اجرای مناسب فعالیت‌های اجرایی پیش‌بینی شده طبق برنامه
 - ارزیابی تأثیر برنامه: تعیین تحقق اهداف اختصاصی استراتژی ارتباطی منتخب (به گام ۳ مراجعه شود).
- در آغاز هر پروژه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت، تعیین نظام پایش و ارزشیابی آن ضروری است. اهداف اختصاصی تعیین شده برای استراتژی منتخب، در تعیین طرح ارزشیابی شما مؤثر است. برای مثال اگر هدف اختصاصی منتخب، تغییر یک رفتار خاص باشد، باید رفتار مخاطب را در طول زمان ارزیابی کنید و اگر هدف اختصاصی شما تغییر یک سیاست باشد باید به دنبال ارزیابی میزان موفقیت در تصویب سیاست دلخواه باشید و یا برای هدف اختصاصی ترغیب افکار عمومی به یک اقدام سالم، باید افکار عمومی را در طول زمان ارزیابی کنید.
- طرح ارزشیابی شما باید به خصوصیات SMART اهداف اختصاصی حساس باشد، بنابراین بهتر است که تیم ارزشیابی در تعیین اهداف اختصاصی SMART مشارکت کنند تا امکان ارزیابی مناسب تحقق آن اهداف (ارزشیابی) و فرآیند دستیابی به آنها (پایش) فراهم شود.

نکات کلیدی طرح ارزشیابی

۱. ارزشیابی باید از شروع برنامه مورد توجه قرار گیرد و براساس اهداف اختصاصی برنامه‌ریزی شود. ارزشیابی نمی‌تواند در دقیقه آخر به برنامه اضافه شود. برای سنجش تغییر حاصل از برنامه، داشتن داده‌های پایه قبل از انجام هر مداخله و نیز داده‌های بعد از انجام مداخله، ضروری است.
۲. مشارکت تیم ارزشیابی برنامه در تنظیم اهداف اختصاصی SMART مرتبط با تئوری‌های تغییر رفتار و متدولوژی تحقیق مناسب مؤثر است.
۳. تعیین تأثیر یک مداخله ارتباطی در تغییر رفتاری خاص، نیازمند جمع‌آوری انواع داده‌ها و تحلیل مؤثر آنهاست.

ارزشیابی کلی استراتژی ارتباطی منتخب، در موارد زیر مؤثر است:

- ارزیابی کفایت استراتژی ارتباطی منتخب
- تعیین بیشترین و کمترین حیطه‌های تأثیر استراتژی ارتباطی منتخب
- شناسایی عوامل مؤثر در تغییر رفتار فردی و جمعی علاوه بر اندازه‌گیری شاخص‌های دموگرافیک و اجتماعی مانند میزان تولد، مرگ و میر، سطح آموزش و حضور مردم در تصمیم‌گیری‌ها
- تأکید بر اندازه‌گیری روش‌های ارتقای کیفیت برنامه

• سنجش میزان هزینه - اثربخشی به ازای هر هزار نفر جمعیت تحت پوشش و میزان تغییر رفتار سیاست‌گذاران، طراحان برنامه، تأمین‌کنندگان بودجه و شرکت‌کنندگان بدون انجام یک ارزشیابی متکی بر شواهد نمی‌دانند که چه چیزی، چرا، چه موقع و یا با چه تأثیری اتفاق افتاده است. امکان سنجش تأثیر برنامه‌ای که ارزشیابی نشده باشد، وجود نخواهد داشت.

جدول زیر، انواع ارزشیابی مورد نیاز در برنامه‌های بهداشتی را به صورت خلاصه نشان می‌دهد.

انواع ارزشیابی در برنامه‌های بهداشتی به تفکیک هدف	
چشم‌انداز و اهداف برنامه	
- ارزیابی نیازها، علایق و وضعیت اقتصادی و اجتماعی مردم	
- تعیین عوامل بازدارنده و تقویت‌کننده خدمت/رفتار/محصول	
- تعیین نحوه توصیف و سنجش فعالیت‌ها و آثار برنامه	
تغییر رفتار ناشی از برنامه	
- اصلاح و بازنگری طرح‌های معرفی خدمت/رفتار/محصولی جدید	
- تعیین میزان پیشرفت طرح‌های مداخله‌ای	
- بهبود محتوای مطالب و رسانه‌های آموزشی	
- تقویت تطابق رسانه‌ها با شرایط فرهنگی مخاطبان	
- توجه به رعایت حقوق مخاطبان	
- تعیین اولویت‌های آموزش کارکنان	
- مدیریت تقاضای مخاطبان	
- میزان اعتبار و شفافیت پیام‌های ارتباطی	
- تعیین میزان بهبود رضایت مشتری	
- تعیین میزان حمایت جامعه از برنامه	
ارزیابی آثار برنامه	
- سنجش مهارت‌های ایجاد شده در شرکا	
- سنجش میزان تغییر رفتار ارایه‌دهندگان خدمت در طول زمان	
- سنجش هزینه اثربخشی برنامه	
- تعیین کیفیت ارایه خدمت هر یک از شرکا	
- تعیین اولویت‌های جدید سرمایه‌گذاری	
- تعیین میزان موفقیت در تحقق اهداف برنامه	
- تعیین میزان تأمین نیازهای پایه برای تغییر رفتار	
- تحلیل همزمان نتایج ارزشیابی‌های مختلف برای مقایسه آثار مداخلات مشابه	
- جمع‌آوری تجارب موفق برنامه	
تحلیل تأثیر برنامه بر شرکا	
- ارتقای کیفیت پیام‌های مداخله	
- افزایش انگیزه شرکا برای تعامل با یکدیگر به منظور ارتقای سلامت مخاطبان‌شان	
- ایجاد اجماع در بین شرکا با توجه به اهداف برنامه	
- آشنایی شرکا با مهارت‌های ارزشیابی	
- حمایت از تغییر و توسعه سازمانی	

مرحله ۲. طراحی نظام پایش و ارزشیابی برنامه

به محض تعیین اهداف اختصاصی، طراحی نظام پایش و ارزشیابی برنامه ضروری است. در واقع ابتدا باید طرح پایش فعالیت‌ها و محصول اولیه برنامه تهیه شود و سپس طرح ارزشیابی برنامه و نتایج آن تدوین شود. هر یک از این ارزیابی‌ها مستلزم اقدام‌ها و مهارت‌های مختلف است.

پایش

پایش برنامه مستلزم توجه به فرآیند، اجرا و محصول آنی برنامه است:

۱. پایش فرآیند: در این جا تیم ارزیابی باید ببینند آیا فعالیت‌ها طبق برنامه اجرا می‌شود؟ در زمان و مکان پیش‌بینی شده ارایه می‌شود؟ پیام‌ها در اختیار مخاطبان برنامه قرار می‌گیرد؟ بهتر است پایش فرآیند از آغاز برنامه انجام شده و در طول آن ادامه یابد. ارزیابی‌های گذشته نگر برای پایش فرآیند برنامه مناسب نیست.

۲. پایش اجرا: کیفیت، کمیت و محصول اولیه برنامه ارتباطی باید به دقت ارزیابی شود. برای مثال آیا تعداد مورد انتظار پوستر چاپ و در نقاط تعیین شده، توزیع شده‌اند؟ آیا تعداد افراد ارایه‌دهنده خدمت مورد انتظار یا بقیه افراد، در خصوص استفاده از وسایل ارتباطی، آموزش دیده‌اند؟ آیا تمام اعضای تیم مدیریت برقراری ارتباط، وظایف‌شان را به نحوی که برنامه‌ریزی شده انجام داده‌اند؟

آیا کیفیت و حجم محصولات (پوسترها، نمایش‌های تلویزیونی یا رویدادهای محلی) در سطح مورد انتظار و دلخواه بوده‌اند؟ تیم مدیریت به چه صورت، توقعات مورد نظر و موارد مورد انتظار را تحقق بخشیده است؟ پایش فرآیند و اجرای برنامه باید تا حد امکان، خاص و کمی باشد تا طبق برنامه تنظیم شده، میزان پیشرفت برنامه ارتباطی را مشخص کند.

۳. پایش محصول اولیه: در این قسمت، تغییرات اولیه ناشی از فعالیت‌ها و اقدامات برنامه مورد توجه قرار می‌گیرد. برای مثال آثار اولیه اهداف اختصاصی نظیر افزایش استفاده از کمر بند ایمنی، کاهش میزان سقوط کودکان نوپا، افزایش استفاده از صندلی ایمنی کودک تا چه حد رخ داده‌اند؟ شاید در خلال پایش محصول اولیه برنامه امکان انجام بررسی‌های گسترده وجود نداشته باشد، اما می‌توان از مشاهده‌های مجریان و مصاحبه‌های انجام شده با مشتریان استفاده کرد.

با مشاهده آثار متفاوت با آثار مورد انتظار یا غیردلخواه، دقت و توجه فوری و ارایه پس‌خوراند به موقع به مدیران برنامه و در صورت نیاز، ایجاد تغییراتی در اجرای برنامه یا استراتژی ارتباطی منتخب ضروری است. در کل می‌توان گفت، پایش برنامه موجب اطمینان از اجرا و پیشرفت فعالیت‌ها طبق برنامه تنظیم شده، رسیدن به آثار اولیه مورد انتظار و پیشگیری از وقوع نتایج غیرمنتظره می‌شود.

ارزشیابی

مشکل تر از همه اما ضروری برای هرگونه استراتژی ارتباطی، ارزشیابی یعنی ارزیابی تأثیر برنامه است. ارزشیابی در جستجوی پاسخ به این سؤال است: آیا اهداف اختصاصی استراتژی ارتباطی منتخب به وقوع پیوسته است؟ ارزشیابی، تفاوت ناشی از اجرای استراتژی ارتباطی منتخب در موقعیت اجرای برنامه را می‌سنجد.

شاخص‌ها

همان‌گونه که در گام سوم بحث شد، اولین گام در ارزشیابی برنامه، تعیین شاخص‌هایی مناسب برای ارزیابی میزان تحقق اهداف اختصاصی برنامه است. برخی از شاخص‌های تغییر رفتار در سطح فردی شامل موارد زیر هستند:

- درصد مخاطبان با نگرش مثبت یا منفی نسبت به یک محصول، خدمت یا رفتار
- درصد مخاطبان پذیرای یک محصول، خدمت یا رفتار
- درصد مخاطبان دارای قصد استفاده از یک محصول یا خدمت و یا انجام رفتاری
- درصد مخاطبان استفاده کننده از یک محصول، خدمت یا رفتار

شاخص‌های تغییر اجتماعی

شاخص‌های زیر در سطحی وسیع‌تر می‌توانند برای سنجش تغییرات اجتماعی به کار روند. برخی از این شاخص‌ها کیفی و برخی کمی هستند.

- رهبری
 - میزان مشارکت و کیفیت مشارکت
 - توزیع عادلانه اطلاعات
 - خودکارآمدی جمعی
 - احساس تعلق و مالکیت
 - همبستگی اجتماعی
 - هنجارهای اجتماعی
- موضوع کلیدی در ارزشیابی، طرح تحقیق یا برنامه ارزشیابی است که باید در ابتدای پروژه تعیین شود. به‌طور سنتی و به‌خصوص در تحقیقات زیست پزشکی، اغلب ارزشیابی با طرحی تجربی که در آن افراد یا جوامع به‌طور اتفاقی برای درگیر شدن یا نشدن در یک مداخله خاص انتخاب می‌شوند، صورت می‌گیرد. پس از اتمام مداخله، تفاوت بین کسانی که در مداخله درگیر بوده و کسانی که درگیر نبوده‌اند، تعیین کننده تأثیر پروژه است.

طرح تجربی

استفاده از یک طرح تجربی برای ارزیابی تأثیر بسیاری از برنامه‌های ارتباطی، ممکن نیست و به‌ویژه برای ارزشیابی آن دسته از پروژه‌های ارتباطی که در سطحی وسیع اجرا می‌شوند، مناسب نیست. مشکلات اصلی در استفاده از طرح تجربی برای ارزیابی استراتژی ارتباطی، به شرح زیر است:

- گروه کنترل و گروه شاهد باید از نظر تمام خصوصیات کلیدی مؤثر بر محصول و تأثیر برنامه یکسان باشند.
 - هیچ رویداد یا فعالیت متفاوتی جدا از فعالیت‌های پروژه، نباید در بین گروه کنترل یا شاهد اتفاق افتد.
 - انجام فعالیت‌های مشترک یا تبادل اطلاعات بین گروه کنترل و شاهد ممنوع است.
- رعایت شرایط اجرای طرح‌های تجربی در برنامه‌های ارتباطی گسترده ممکن نیست چون در پروژه‌های ارتباطی، ممانعت از انتقال مطالب از یک مخاطب به مخاطب دیگر ممکن نیست و هدف هر پروژه مؤثر ارتباطی، انتشار اطلاعات بین مخاطبان است و اغلب اطلاعات مذکور در ورای مرزهای اصلی خود توزیع و پخش می‌شود. تنها در برخی از استراتژی‌های ارتباطی که برای همسالان اجرا می‌شود می‌توان از طرح‌های تجربی استفاده کرد اما در کل، اغلب طرح‌های تجربی برای ارزیابی مداخلات استراتژیک ارتباطی مناسب نیست.

طرح‌های نیمه تجربی

برای ارزیابی برخی از پروژه‌های ارتباطی، از طرح‌های نیمه تجربی استفاده می‌شود که در آن، به جای انتخاب اتفاقی گروه‌های کنترل و مداخله، رویدادهای مثبت و منفی قابل قیاس در برخی از حیطه‌های خاص بررسی می‌شود.

حتی در چنین طرح‌های نیمه تجربی نیز مشکل تفاوت‌ها بین مخاطبان و غیرمخاطبان، تغییر رویدادها در حیطه‌های مختلف و بالاتر از همه، انتقال اطلاعات بین دو گروه رخ می‌دهد.

در اغلب برنامه‌های ارتباطی میزان پوشش و عرضه رسانه‌ها، عنصری کلیدی است که نه فقط توسط ارایه‌دهنده خدمت بلکه بیشتر در تعامل مخاطبان با یکدیگر تعیین می‌شود. به خاطر داشته باشید حتی در بهترین طرح‌های نیمه تجربی، ممکن است سنجش قبل و بعد از مداخله قانع‌کننده نباشد.

ایجاد رابطه علیتی

در تمام برنامه‌های ارتباطی استراتژیک و شاید در تمام ارزیابی‌های مربوطه، میزان تأثیر ارتباط در تغییر رفتار زیر سؤال است. برای تقویت رابطه علیتی برقراری ارتباط با تغییر رفتار در مخاطبان، توجه به هشت نکته کلیدی ضروری است و این شواهد ۸ گانه باید از ابتدای اجرای برنامه ارتباطی جمع‌آوری شود:

- **شواهد تغییر رفتار دلخواه از زمان ۱ تا زمان ۲:** چنین شواهدی تصویری از تغییر رفتار دلخواه پس از اجرای یک برنامه آموزشی را نشان می‌دهد.

- **شواهد وقوع تغییر رفتار در طول یا پس از انجام مداخله:** چنین شواهدی مشخص می‌سازد که تغییر رفتار به طور واضح در طول مداخله یا پس از اتمام آن صورت گرفته است. موضوع اصلی در ارزیابی تغییر رفتار به دنبال مداخله ارتباطی، شرایط مخاطب است. آیا کسانی که مطالب را به یاد می‌آورند، از قبل با آن آشنا بودند؟ یا از قبل، مستعد و آماده کسب چنین اطلاعاتی بوده‌اند یا برای کسب چنین اطلاعاتی انتخاب شده بودند؟

چنین مسائلی را نمی‌توان تنها در قالب یک بررسی سنجید؛ زیرا فقط داده‌های مقطعی را ارایه می‌دهد. با این وجود، بررسی‌های طولانی مدت که گروه همسان یا بسیار مشابهی را در طول زمان تحلیل نموده و در مورد رفتار اخیرشان سؤال می‌کند، می‌تواند آثاری نظیر کسب دانش، اصلاح نگرش، قصد یا انجام یک رفتار را به وضوح مشخص سازد.

- **شواهدی که نشان می‌دهد بیشترین تغییر در بین افراد تحت پوشش برنامه رخ می‌دهد تا کسانی که در معرض آن نیستند:** در هر برنامه برقراری ارتباط استراتژیک باید از همان ابتدا شواهد بخش‌هایی از جمعیت که در معرض مداخله ارتباطی قرار دارند جمع‌آوری شود تا تفاوت معنی‌دار تغییر رفتارشان در مقایسه با کسانی که در معرض آن قرار نداشتند، آشکار شود.

مخاطبان تحت پوشش برنامه ممکن است به طور مستقیم با دیدن، شنیدن یا شرکت در یک مداخله ارتباطی، هدایت و راهنمایی شوند و یا به طور غیرمستقیم و از طریق بحث با سایر افراد تحت پوشش برنامه ارتباطی در معرض پیام‌های ارتباطی قرار گیرند. داده‌های پوشش غیرمستقیم مخاطبان از طریق تعامل بین افراد تحت پوشش با افرادی که تحت پوشش مستقیم نبوده‌اند نیز باید جمع‌آوری شوند.

برای مثال، آمارها نشان‌دهنده تفاوت در استفاده از کمربند ایمنی بین کسانی که به طور مستقیم در معرض یک برنامه رادیویی قرار گرفته‌اند، کسانی که پیام‌های رادیویی را از همسالان شنیده‌اند، و کسانی که پیام‌ها را از نه رادیو و نه از همسالان خود شنیده‌اند، است.

- **شواهد کیفیت و اعتبار تئوری ارتباطی برنامه:** برای تقویت این ادعا که برنامه برقراری ارتباط استراتژیک، موجب تغییر رفتار می‌شود، برخورداری از مبانی تئوریک صحیح تغییر رفتار ضروری است بنابراین به جای توجه صرف به نتیجه نهایی برنامه ارتباطی باید به علل و عوامل و شرایط مستعدکننده یا بازدارنده رفتار مخاطبان نیز توجه نمود. برای مثال اگر در یک ارزیابی، دانش و پذیرش یک رفتار خاص کاهش یافته باشد و همزمان با این کاهش، وقوع رفتار افزایش یافته باشد، اعتبار آن زیر سؤال است.

آمارها نشان می‌دهد که نحوه جمع‌آوری داده‌ها براساس شاخص‌های واسطه‌ای و براساس تئوری‌های تغییر رفتار ناشی از دانش تا پذیرش رفتار موجب افزایش اعتبار ارزیابی برنامه ارتباطی می‌شود.

• **شواهد متغیرهای مغشوش‌کننده:** برای اطمینان از این که هرگونه تغییر رفتار مشاهده شده، نتیجه مداخله ارتباطی باشد و نه نتیجه برخی از رویدادهای خارجی مانند افتتاح یا بستن مراکز ارائه خدمات و سایر عوامل کاهنده یا افزایش‌دهنده رفتار مثل تغییرات آب و هوایی، اختلالات محیطی، تغییرات سیاسی و سایر عوامل مخدوش‌کننده، کنترل چنین متغیرهایی ضروری است. کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده به معنی شناسایی آنها در آغاز برنامه ارتباطی، جمع‌آوری داده‌های آنها در طول اجرای برنامه ارتباطی و تا حد امکان، وزن دادن به موقع و تحلیل نهایی آنها است.

• **شواهد میزان پاسخ مخاطبان:** سنجش میزان‌های بهداشتی موجب تقویت نتیجه علیتی برنامه ارتباطی با تغییر رفتار و تعیین میزان پاسخ مخاطبان به برنامه ارتباطی می‌شود. پیش فرض این کار این است که قرار گرفتن در معرض پیام‌های ارتباطی برنامه احتمال تغییر رفتار را افزایش می‌دهد. در این حالت، تنها دانستن میزان پوشش برنامه ارتباطی کافی نیست، بلکه باید تکرار و توالی آن را نیز بررسی نمود.

• **شواهد دامنه و حجم تغییرات:** هرچه تغییر رفتار در جهت دلخواه بیشتر باشد، می‌توان گفت که تأثیر مداخله ارتباطی بیشتر بوده است.

• **شواهد اعتبار و روایی برنامه:** مهم‌ترین مزیت مطالعات تجربی، توانایی تکرار نتایج حاصله توسط سایر محققان و یا در سایر پروژه‌هاست. البته شاید این مساله همیشه در مداخلات ارتباطی مصداق نداشته باشد اما به هر حال، جمع‌آوری شواهد معتبر هر یک از فعالیت‌های برنامه ارتباطی در تکرار مداخلات مشابه مؤثر است.

افزایش مطالعات به عمل آمده در زمینه یک استراتژی ارتباطی، مؤید آن است که استراتژی مذکور نه فقط در یک جا و مکان بلکه در سایر موقعیت‌های مشابه نیز مؤثر بوده است. افزایش شواهد اعتبار یک استراتژی ارتباطی در تعیین روابط علیتی برنامه ارتباطی با تغییر رفتار دلخواه مؤثر است.

به طور خلاصه، اغلب تحلیل تأثیر یک برنامه ارتباطی چالش برانگیز است و ممکن است توسط طراحان برنامه زیر سؤال رود. به همین دلیل ارزیابی برنامه‌های برقراری ارتباط استراتژیک به دنبال جمع‌آوری شواهد تأثیر و تقویت رابطه علیتی آن با تغییر رفتار دلخواه است.

مرحله ۳. تعیین طرح ارزشیابی و منابع داده‌ها

طراحی برنامه ارزشیابی فعالیت‌های ارتباطی و تعیین منابع و داده‌های مورد نیاز برای اجرای آن نیازمند برخورداری از یک چارچوب ذهنی مناسب است.

برخورداری از چنین چارچوبی در ارزشیابی برنامه‌های ارتباطی برای انواع رفتارهای بهداشتی مفید است. متغیرهای مطرح در این چارچوب ذهنی را می‌توان به روش‌های مختلف تحلیل نمود و تغییرات را می‌توان در سطح مخاطبان، برنامه و نتیجه نهایی یک برنامه ارتباطی سنجید. میزان آسیب‌ها و منافع فردی مخاطبان در پذیرش یک رفتار و درک مخاطبان از تأثیر هنجارهای اجتماعی در تصمیم فردی آنها برای پذیرش یک رفتار مهم و اساسی است.

سطوح ارزشیابی

ارزشیابی برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت با سطوح مختلف جمع‌آوری داده‌ها و اهداف اختصاصی برنامه مرتبط است.

دو سطح عمده داده‌های ارزشیابی یک برنامه ارتباطی، عبارتند از:

- مبتنی بر مخاطبان (مردم محور)
- مبتنی بر برنامه (برنامه محور)

ارزشیابی مبتنی بر مخاطبان (مردم محور) در پیگیری نتایج اولیه، میانی و طولانی مدت برنامه ارتباطی مفید است. برای مثال ارزیابی مبتنی بر مخاطبان می تواند شامل ارزیابی مخاطبان از نظر قرار گرفتن در معرض پیام‌ها؛ دانش، نگرش، عواطف و سایر عوامل بیانگر تغییر رفتار اولیه باشد.

ارزیابی مبتنی بر مخاطبان می تواند تغییرات رفتار را در طول یک پروژه دنبال نماید مثل نتایج میان مدت یک پروژه ارتباطی. این نتایج میان مدت به نوبه خود، بر نتایج طولانی مدت مانند میزان‌های مرگ و میر و بیماری تأثیر می گذارند. ارزشیابی مبتنی بر برنامه براساس جمع آوری آمار خدمات، داده‌های فروش، مصاحبه با مراجعین هنگام خروج از سیستم، مصاحبه‌ها یا مشاهدات در مراکز ارائه خدمات و مرور عوامل سازمانی و مدیریتی مرتبط با اجرای برنامه صورت می گیرد.

انواع داده‌های مورد نیاز

در ارزیابی برنامه‌های ارتباطی، نکته مهم، جمع آوری انواع مختلف داده‌هاست. با توجه به این که ارتباط بر افراد، گروه‌ها و جوامع تأثیر می گذارد بنابراین جمع آوری اطلاعات کمی و کیفی و نیز اطلاعات مناسب و مرتبط با واحد مناسبی که باید تحلیل شود، مهم است.

ارزشیابی کمی

این داده‌ها می توانند از بررسی‌ها، آمار خدمات یا داده‌های فروش به دست آمده و معیارهای کمی و قابل سنجشی را برای جمع آوری اطلاعات از افراد، جوامع، مراکز بهداشتی و موقعیت‌های مختلف برای تحلیل بیشتر ارائه دهند. البته جمع آوری هیچ یک از این اطلاعات بدون مشکل نخواهد بود.

بررسی: رایج ترین شکل جمع آوری داده‌های کمی در برنامه‌های برقراری ارتباط استراتژیک، بررسی نظرات پاسخ دهندگانی است که به صورت اتفاقی انتخاب شده‌اند. بررسی‌ها شکلی تخصصی و پیچیده از تحقیق کاربردی است که انجام آن، مستلزم مشورت با متخصصان انجام چنین پژوهش‌هایی است.

آمار خدمات: ممکن است جمع آوری آمار خدمات کار آسانی محسوب شود که با بازدید از مراکز ارائه خدمات بهداشتی صورت می گیرد اما در عمل، کارایی آمار خدمات بهداشتی کمتر از نتایج بررسی‌های انجام شده توسط متخصصان با تجربه است. مشکلات استفاده از آمار ارائه خدمات بهداشتی شامل موارد زیر است:

۱. دقت اندک در جمع آوری داده‌ها و تکمیل فرم‌های مربوطه
۲. تعاریف مختلف از واژه‌هایی مانند شروع و تداوم استفاده از یک محصول یا تغییر در رفتار در مراکز مختلف ارائه خدمات بهداشتی
۳. نقص یا خطا در ثبت آمار جمع آوری شده
۴. عدم دسترسی به موارد ثبت شده
۵. نبود بسیاری از اطلاعات ضروری

توسعه سیستم مدیریت اطلاعات برای بهبود جمع آوری آمار خدمات، هدف مهمی است که تحقق آن، ارزیابی برنامه‌های ارتباطی استراتژیک را تسهیل می کند اما در اغلب کشورها به عنوان یک آرزو باقی می ماند.

در هنگام برنامه‌ریزی برای انجام یک بررسی، به سؤالات زیر توجه کنید:

۱. محدوده جغرافیایی بررسی چگونه است؟ محدوده مذکور اغلب توسط سیاست‌گذاران، اهداکنندگان و مدیران پروژه تعیین می‌شود.
۲. چه بخشی از خصوصیات جمعیتی و یا سایر خصوصیات بررسی می‌شود؟ شاخص‌های مورد بررسی تحت تأثیر مخاطب و اهداف انتخابی برنامه انتخاب می‌شوند.
۳. حجم نمونه مورد بررسی برای رسیدن به نتایج معنی‌دار چقدر باید باشد؟ حجم نمونه با توجه به ملاحظات آکادمیک برای صحت و اعتبار نتایج بررسی و منابع مالی و پرسنلی موجود و زمان در اختیار، تعیین می‌شود.
۴. انتخاب اتفاقی جمعیت نمونه چگونه انجام می‌شود؟ برای انتخاب اتفاقی از چه تکنیک‌هایی استفاده می‌شود؟ انتخاب اتفاقی جمعیت نمونه مهمتر از حجم نمونه بوده و اجرای آن مستلزم راهنمایی متخصصان است.
۵. سؤال اصلی بررسی چیست و طول مدت بررسی چقدر است؟ پاسخگویی به این سؤال نیازمند توجه به داده‌های مورد نیاز و تنگناهای موجود در زمینه وقت فرد مصاحبه‌شونده و منابع مالی در اختیار برای اجرای بررسی است.
۶. تعداد و زمان‌بندی بررسی‌ها چگونه است؟ آیا بررسی‌ها در شروع و یا در پایان پروژه یا در فواصل خاص در طول پروژه صورت می‌گیرند؟ پاسخگویی به این سؤال رابطه‌ای نزدیک با بودجه برنامه و طول برنامه دارد.
۷. تحلیل نتایج بررسی چگونه انجام می‌شود؟ در این جا مهارت‌های متخصصان مطرح می‌شود.

داده‌های فروش: جمع‌آوری داده‌های فروش می‌تواند عنصری مهم، به‌خصوص در ارزشیابی برنامه‌های بازاریابی اجتماعی باشد. برخی از سؤالاتی که باید پرسیده شوند عبارتند از:

۱. داده‌ها در چه مقطعی (عمده‌فروشی، توزیع‌کننده، خرده‌فروشی) جمع‌آوری می‌شوند؟
۲. تفاوت قیمت تمام‌شده محصول و بسته‌بندی آن چگونه ثبت می‌شود؟
۳. چگونه وسایل مجانی ترویجی از مواد و وسایل فروشی، تمیز داده می‌شوند؟
۴. هنگامی که محصول با قیمتی پایین‌تر، جای محصول گران‌تر را می‌گیرد، تأثیر تفاوت قیمت‌ها چگونه بررسی می‌شود؟

ارزشیابی کیفی

تحقیق کیفی در آغاز پروژه ارتباطی برای درک مشکل، تحلیل مخاطب و نیز تحلیل وضعیت موجود؛ در طول پروژه برای ارزشیابی تأثیر اولیه و در پایان پروژه برای تعیین نتیجه آن مفید است. نقش‌های عمده تحقیق کیفی در ارزشیابی برنامه شامل موارد زیر است:

- ارزیابی کیفیت خدمات، محصولات و فعالیت‌ها در حین اجرای برنامه
- توضیح نحوه و علت دستیابی به نتیجه نهایی برنامه

روش‌های کیفی که می‌توانند برای ارزشیابی به کار روند، عبارتند از:

۱. **بحث گروهی متمرکز:** بحث گروهی متمرکز توسط یک تسهیل‌گر ماهر در بین افراد همسان هدایت می‌شود تا نظر مخاطبان در مورد ارزش‌های فردی و اجتماعی، قضاوت‌ها، نگرش‌ها، عواطف، حساسیت‌ها، چالش‌ها و ادبیات روزمره آنها تعیین شود.

۲. **مصاحبه‌ها:** مصاحبه‌ها می‌توانند دانش و نگرش افراد کلیدی یا مخاطبان معمولی مورد مصاحبه را تعیین کنند. سؤالات باز، پیگیری پاسخ‌ها و واکنش‌ها و پیگیری عمیق موضوعات مهمی که در طول مصاحبه‌ها مطرح می‌گردند، می‌تواند اطلاعات کیفی و با ارزشی را ارائه دهد.

۳. **مشاهده:** مشاهده مستقیم یا از طریق ویدیو یا حتی شنیدن نوارهای صوتی می‌تواند شناختی فوری از واکنش مخاطب یا مراجعه‌کننده به انواع ارتباط خاص محصولات و رفتارهای توصیه شده را ارائه دهد. با مشاهده مستقیم کسانی که در رویدادهای محلی شرکت می‌کنند یا در اجرای آنها دخیل هستند، پس خوراندن با ارزشی فراهم می‌شود.

ارزشیابی ترکیبی (کمی و کیفی)

ارزشیابی همزمان میزان تغییرات و دلایل آن یا عوامل مؤثر بر آن نیازمند استفاده از روش‌های کمی و کیفی است. ارزشیابی کمی می‌تواند تعیین کند که چقدر تغییر صورت پذیرفته و یا حتی چقدر تغییر می‌تواند به صورت خاص در مداخلات ارتباطی مختلف صورت پذیرد.

گاه تعیین قالب و چارچوب مناسب زبانی و فرهنگی سؤالات کمی به نحوی که مخاطب، آنچه را که از او پرسیده می‌شود درک نماید و نیز تعیین عواطف و اطمینان مخاطبان از برخی از پاسخ‌هایی که به سؤالات کمی می‌دهند، نیازمند ارزشیابی کیفی است. علاوه بر این ارزشیابی کیفی در جستجوی کشف چرایی و چگونگی انجام تغییر و ارائه دیدگاه‌هایی است که بتواند در اصلاح و بهبود مداخلات آینده مفید باشد. از سوی دیگر، ارزشیابی کمی بر مقدار تغییر انجام شده تأکید دارد.

مرحله ۴. طراحی ارزشیابی‌های خاص

گاه در ارزشیابی استراتژی‌های ارتباطی خاص و یا برخی از وضعیت‌های خاص، برنامه ارزشیابی باید منعکس‌کننده مدل تغییر رفتاری که در طراحی برنامه به کار گرفته شده باشد. برای مثال بر مخاطب مورد نظر برای برنامه خاص تأکید داشته، میزان در معرض کانال‌های مختلف و رسانه‌های متنوع بودن (رادیو، تلویزیون، کانال‌های مبتنی بر جامعه، ارتباط بین فردی و مشاوره یا سایر کانال‌های ارتباطی) را سنجیده و یافته‌ها را با اهداف اختصاصی، استقرار رفتار جایگزین و اجرای برنامه مرتبط سازد.

در عمل، طرح ارزشیابی با چشم‌انداز برنامه و میزان منابع انسانی، مالی و فیزیکی در اختیار برای اجرای برنامه مرتبط است. یک بسیج ملی چند رسانه‌ای که شکل عملی بسیاری از برنامه‌های برقراری ارتباط استراتژیک است، مستلزم بررسی‌های ملی، جمع‌آوری آمار ارائه خدمات و ترکیبی از معیارهای کمی و کیفی مناسب در حیطه‌های مختلف است. در یک مداخله کوچک محلی ممکن است از یک طرح تجربی کنترل‌موردی استفاده شود. به‌طور کلی، طرح ارزشیابی تابع منابع برنامه است. هزینه‌های ارزشیابی می‌تواند از ۱۰ درصد کل بودجه برنامه ارتباطی تا دو تا سه برابر آن تغییر کند. یک قانون عمومی این است که ارزشیابی باید ۲۰ درصد کل هزینه پروژه را به خود اختصاص دهد. بسیاری از پروژه‌های کوچک ارتباطی ممکن است ارزشیابی نشوند، زیرا منابع کافی مهیا نیستند. در پروژه‌های بزرگ ارتباطی، منابع بیشتری برای ارزشیابی فراهم است چون پس‌خوراند جامع‌تری مورد نیاز است.

مرحله ۵. انتخاب مجری ارزشیابی

در کل ارزشیابی می‌تواند داخلی و خارجی باشد. ارزشیابی داخلی توسط تیم طراحی و اجرای برنامه ارتباطی صورت می‌گیرد، اما ارزشیابی خارجی توسط تیم مجزایی که هیچ نفعی در اجرای برنامه ارتباطی ندارند، صورت می‌گیرد. البته

صحت و اعتبار ارزشیابی خارجی، نیازمند آشنایی کامل تیم ارزشیابی خارجی با اهداف اختصاصی برنامه ارتباطی، مجریان و محیط اجرای برنامه است. تیم ارزشیابی خارجی نیازمند ارتباط تنگاتنگ با مجریان و مخاطبان برنامه ارتباطی هستند تا امکان اصلاح به موقع فرآیندها فراهم شود. بنابراین استفاده از یک تیم ارزشیابی خارجی ماهر و مستقل که قادر باشد ارتباط مناسبی با برنامه ریزان و مدیران برنامه ارتباطی برقرار کنند، مفید است.

در اغلب کشورها، کار ارزشیابی خارجی برنامه ارتباطی به محققان محلی یا مؤسسات مطالعاتی منطقه واگذار می‌شود. چنین مؤسساتی باید صحت و اعتبار داده‌ها را تشخیص داده، مقید به حفاظت از حریم خصوصی مخاطبان بوده و در تحلیل مسایل مستقل باشند. بهترین ترکیب برای ارزشیابی، همکاری بین افراد مجری یک برنامه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت و محققان مستقل است.

مرحله ۶. برنامه‌ریزی برای مستندسازی و انتشار نتایج ارزشیابی

مرحله پایانی هر ارزشیابی، مستندسازی کامل و گزارش نتایج آن است. مسئولیت تیم ارزشیابی تنها با نوشتن گزارش کار و انتشار نتایج ارزشیابی تمام می‌شود. نتایج ارزشیابی برنامه ارتباطی علاوه بر داده‌ها و جداول باید شامل دیدگاه‌ها و درس‌های آموخته شده نیز باشد.

نتایج مستندسازی نشده ارزشیابی، به زودی و پس از مدت کوتاهی از ذهن مجریان آن پاک می‌شود، بنابراین مستندسازی هر چه سریع‌تر نتایج بسیار ضروری است. یک ارزشیابی خوب باید به صورت شفاف، دقیق و معتبر حداقل به سه سطح از مخاطبان گزارش شود:

۱. برای شرکا و عموم مردم: می‌توان داده‌های اولیه ارزشیابی را با رهبران محلی، شرکای برنامه و با عموم مردم در میان گذاشت. می‌توان نتایج ارزشیابی را در رسانه‌های محلی منتشر نمود. علاوه بر این می‌توان خلاصه نتایج ارزشیابی را برای تمام شرکا و در صورت امکان برای تمام کسانی که در مداخله سهیم بوده‌اند، ارسال نمود.

۲. سرمایه‌گذاران و حامیان مالی: تأمین‌کنندگان منابع چه رهبران دولتی، مؤسسات بین‌المللی یا خصوصی، مستحق برخورداری از گزارشی جامع و صادقانه در مورد نتایج پروژه‌ای هستند که منابع مالی آن را تأمین نموده‌اند. با مصاحبه‌های مطبوعاتی و رادیویی و تلویزیونی، جلسات حضوری، بسته‌های مطبوعاتی ویژه خبرنگاران و رویدادهای محلی می‌توان تأمین‌کنندگان منابع برنامه ارتباطی را با نتایج ارزشیابی آشنا نمود. چنین گزارشی باید دقیق و روشن بوده و علاوه بر نتایج، فرآیند طراحی و اجرای برنامه ارتباطی را نیز بیان نماید.

۳. به افراد متخصص و حرفه‌ای: برای گزارش نتایج ارزشیابی برنامه ارتباطی به متخصصان مربوطه، می‌توان از نشست‌های تخصصی، انتشار مقالات تخصصی، چاپ نتایج به صورت کتاب یا در گاه‌نامه‌های تخصصی استفاده کرد. در ارایه نتایج ارزشیابی به متخصصان، علاوه بر فرآیند مداخلات منتخب، متدولوژی جمع‌آوری و تحلیل داده‌های ارزشیابی نیز بیان می‌شود. به ویژه در شرایطی که استراتژی ارتباطی منتخب به دنبال اصلاح رفتاری ناپسند و جایگزینی رفتاری جدید است، توجه کافی به فرآیند مداخلات ضروری است. با ارایه گزارش صحیح و متکی بر شواهد به متخصصان، امکان تکرار تجارب مثبت شما برای آنها فراهم می‌شود.

برقراری ارتباط استراتژیک، نیازمند ارزشیابی استراتژیک است که باید از مراحل اولیه طراحی استراتژی ارتباطی منتخب مورد توجه قرار گیرد و علاوه بر جمع‌آوری شواهد کافی و کامل از فرآیند استراتژی ارتباطی منتخب، میزان تحقق اهداف، محصول اولیه و نتایج نهایی و هزینه اثربخشی مداخلات حاوی دستورعمل‌ها، راهنمایی‌ها و توصیه‌های لازم برای پیشرفت در برنامه‌های مشابه آتی باشد.

خلاصه

تا این جای کار، مراحل مهم طراحی یک استراتژی ارتباطی برای ارتقای سلامت توضیح داده شد. شما:

- یاد گرفتید که چگونه وضعیت موجود، مخاطبان و محیط ارتباطی مشکل منتخب را تحلیل و بیان کنید.
- آموختید که چگونه مخاطبان بالقوه تان را دسته‌بندی نمایید، به نحوی که بتوانید فعالیت‌های ارتباطی مؤثر برای تغییر رفتار آنها را طراحی کنید.

- با اهمیت تعیین اهداف اختصاصی SMART آشنا شدید.
- با روش تعیین استراتژی ارتباطی مناسب برای تحقق اهداف اختصاصی تان آشنا شدید.
- با نحوه طراحی خلاصه پیام ارتباطی مناسب برای کمک به متخصصان ارتباطات در طراحی و تولید پیام‌های خلاق ارتباطی مؤثر در تغییر رفتار مخاطبان و اهداف اختصاصی برنامه ارتباطی خود آشنا شدید.
- یاد گرفتید چگونه مهم‌ترین کانال‌ها، تاکتیک‌ها و رسانه‌های ارتباطی را مشخص نمایید.
- با نحوه طراحی برنامه مدیریت استراتژی ارتباطی منتخب به گونه‌ای که موجب هماهنگی تمامی شرکای اجرای برنامه شود، آشنا شدید.

- با نحوه برنامه‌ریزی برای ارزیابی استراتژی ارتباطی منتخب (پایش و ارزشیابی) و جمع‌آوری شواهد آن برای تکرار تجارب مثبت در برنامه‌های ارتباطی آتی آشنا شدید.

اما آنچه که تاکنون انجام داده‌اید، پایان فرآیند برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت نیست و فقط، شروع آن است؛ تعیین استراتژی ارتباطی، دومین مرحله از فرآیند P است. مراحل بعدی شامل تهیه مطالب و رسانه‌های آموزشی، اجرای استراتژی منتخب در همکاری با مؤسسات تخصصی و ارزیابی تلاش‌های ارتباطی است. البته ممکن است در عمل و به فراخور شرایط واقعی، تمام فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه تفصیلی اجرا نشود و ایده‌های جدیدی مطرح شود اما تمام فعالیت‌ها و رسانه‌های ارتباطی باید منبعث از استراتژی ارتباطی منتخب باشند. این همان پایبندی به استراتژی ارتباطی منتخب است.

پایبندی به استراتژی ارتباطی منتخب به معنی حمایت تمامی اجزای برنامه ارتباطی در حال اجرا از استراتژی ارتباطی منتخب است. یعنی هر فعالیت پیش‌بینی شده در برنامه تفصیلی یا هر ایده جدیدی که در حین اجرای برنامه ارتباطی به اجرا در می‌آید باید موجب درگیری مخاطبان بالقوه، تحقق اهداف اختصاصی و تأمین منافع کلیدی مخاطبان و شرکای برنامه شود.

شما به عنوان مدیر یک برنامه ارتباطی در هنگام اجرای برنامه ارتباطی با ایده‌های متعددی رو به رو می‌شوید که ممکن است هر یک از آنها، مزایایی نیز داشته باشند. در این جا باید از بین تمام ایده‌های متصور، ایده‌ای را برگزینید که با استراتژی ارتباطی منتخب شما بیشترین سازگاری را داشته باشد. برای این کار می‌توانید از آزمون ایده استفاده کنید.

ایده آل آن است که ایده جدید هیچ جواب نه‌ای نگیرد البته در عمل چنین چیزی شایع نیست. اگر به یک یا چند سؤال آزمون ایده پاسخ نه داده شود، شاید بتوانید برای اصلاح ایده جدید با هدف تطابق کامل آن با استراتژی ارتباطی منتخب تان اقدام کنید. حالا وقت آن است که از خودتان سؤال کنید: چرا؟

چرا سؤال کنیم: چرا؟

یک برنامه ارتباطی خوب، فقط نشان‌دهنده این نیست که چه کاری، برای چه کسی و چگونه انجام می‌شود بلکه علت هر یک از انتخاب‌های ما را نیز نشان می‌دهد. تمام انتخاب‌های ما در هر مرحله از تدوین یک برنامه ارتباطی باید استدلال

منطقی و روشنی داشته باشند، بنابراین مهم‌ترین سؤالی که یک استراتژیست هنگام اجرا یا مرور یک برنامه استراتژیک ارتباطی می‌تواند پرسد این است که: چرا؟

- چرا مشکل منتخب مهم‌ترین مشکل است؟
- چرا مردان شهری ۱۸ تا ۲۴ سال، مخاطب اولیه برنامه ما هستند؟
- چرا توقع داریم ۲۵ درصد افراد بالغ را متقاعد کنیم که رفتار سالم مورد نظرمان را انجام دهند؟
- چرا نشان برنامه را طراحی می‌کنیم تا تمام شرکای برنامه از آن استفاده کنند؟
- چرا بر همکاری و همراهی شرکا و مجریان برنامه تأکید می‌کنیم؟
- چرا از تلویزیون استفاده می‌کنیم در حالی که ۷۰ درصد خانوارهای مخاطب برنامه ما وقت کافی برای تماشای تلویزیون ندارند؟
- چرا تبلیغات روزنامه‌ای می‌کنیم در حالی که ۷۰ درصد مخاطبان ما روزنامه نمی‌خوانند؟
- چرا به پوستر نیاز داریم؟
- چرا در برنامه بر بسیج جامعه تأکید می‌کنیم؟
- چرا تمام زنان را ارزشیابی می‌کنیم در حالی که مخاطبان اولیه ما زنان حاشیه نشین ۲۰ تا ۴۹ سال هستند؟
- چرا؟

شما باید در هر مرحله از طراحی برنامه ارتباطی استراتژیک خود و در هر سطح از اجرای آن، به دنبال پرسش «چرا»ها باشید. پرسیدن «چرا» شما را مطمئن می‌سازد که همه و همه چیز در راستای استراتژی ارتباطی منتخب‌تان قرار گیرد.

تهیه خلاصه استراتژی ارتباطی منتخب

مرحله نهایی در طراحی یک برنامه برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت، تهیه تصویری خلاصه و جامع از برنامه‌ای است که با همکاری تیم‌تان طراحی کرده‌اید.

شما این تصویر را از طریق تکمیل برگه کار ۹-۱ یعنی خلاصه استراتژی ارتباطی منتخب به دست می‌آورید. برای این کار، برگه‌های کاری را که در پایان هر گام از این راهنما آماده نموده‌اید، تکمیل کنید. این تمرین به شما، به روشی منطقی، هدفمند و مرحله به مرحله کمک می‌کند تا ببیند چگونه استراتژی ارتباطی منتخب شما موجب حل مشکل بهداشتی مورد نظر می‌شود.

برگه کار ۹-۱: طرح خلاصه استراتژی ارتباطی منتخب

	۱. تحلیل وضعیت موجود
	الف. هدف (مشکل بهداشتی که برنامه درصدد حل آن است)
	ب. موضوعات کلیدی بهداشتی (رفتار یا تغییر بهداشتی دلخواه برای بهبود وضعیت بهداشتی)
	پ. محتوا (SWOT که بر وضعیت بهداشتی تأثیر می‌گذارد)
	ت. شکاف‌های اطلاعاتی موجود
	ث. تحقیق پایه
	۲. راهکار ارتباطی
	الف. مخاطبان (اولیه، ثانویه و افراد کلیدی)
	ب. اهداف اختصاصی
	پ. هویت طولانی مدت رفتار و استقرار رفتار جایگزین
	ت. استراتژی ارتباطی منتخب
	ث. نکات کلیدی پیام
	ج. کانال‌ها و رسانه‌های ارتباطی
	۳. تدابیر مدیریتی
	الف. نقش‌ها و مسئولیت‌ها
	ب. محدوده زمانی
	پ. بودجه
	۴. ارزیابی: پایش و ارزشیابی

بررسی تطابق استراتژی ارتباطی منتخب با برنامه بهداشتی مربوطه

با تکمیل جدول صفحه بعد، می‌توانید مطمئن شوید که استراتژی ارتباطی منتخب شما در راستای برنامه بهداشتی مربوطه است. اگر یادتان باشد قرار بود استراتژی ارتباطی منتخب شما فرمان اتومبیل برنامه بهداشتی تان باشد و آن را به سرمنزل مقصود هدایت کند. با استفاده از این جدول می‌توانید میزان موفقیت فعالیت‌های ارتباطی تان را تعیین کنید. هرچه امتیاز استراتژی ارتباطی تان بالاتر باشد، اجرای آن ساده‌تر و تأثیر آن بیشتر خواهد بود.

در صورتی که نمره شما متوسط باشد باید قبل از اجرای برنامه، در بخش‌هایی از برنامه ارتباطی تان بازنگری کنید و یا با حمایت بیشتر شرکا و مخاطبان خود نقاط ضعف برنامه تان را پوشش دهید. در کل، این شما و تیم تان هستید که براساس نمره این جدول باید تصمیم بگیرید که چه چیزی را قبل از اجرای برنامه تان اصلاح کنید.

جدول ۳-۲. بررسی تطابق استراتژی ارتباطی منتخب با برنامه بهداشتی مربوطه

موضوع ادغام	میزان تطابق	نمره (پایین‌ترین، ۱۰ بالاترین)
اهداف اختصاصی	اهداف اختصاصی برنامه ارتباطی با اهداف اختصاصی برنامه بهداشتی	
ساختار	فعالیت‌های برنامه ارتباطی با ساختار ارائه خدمات، پشتیبانی، سیاست گذاری، ظرفیت سازی برنامه بهداشتی	
پیام	پیام‌های ارتباطی برنامه ارتباطی با میزان فراهم بودن، دسترسی و هزینه (مالی یا روان‌شناختی) خدمات برنامه بهداشتی	
کانال‌ها و رسانه‌ها	کانال‌ها و رسانه‌های برنامه ارتباطی با خدمات برنامه بهداشتی و استمرار آنها	
محتوای پیام	طرح پیام ارتباطی با استقرار محصول، خدمت یا رفتار برنامه بهداشتی	
مدیریت	سازمان رهبر و شرکا و جریان مدیریت برنامه ارتباطی با مدیریت برنامه بهداشتی	
منابع مالی	بودجه و اثربخشی برنامه ارتباطی با منابع مالی برنامه بهداشتی	
میزان ادغام: کل (حداکثر امتیاز ممکن: ۷۰)		

جدول زمان سنجی خدمت کارشناس خودمراقبتی، همیاری و مشارکت مردمی دفتر آموزش و ارتقای سلامت

نوع خدمت	تناوب در جمعیت تحت پوشش	روش ارزیابی خدمت
آموزش سفیر سلامت (در هر خانواده یک نفر سفیر سلامت خواهد شد) یا سفیر سلامت افتخاری یا رابطان سلامت (سفیر سلامت افتخاری عضو فامیل خانواده ای است که عضو تعلیم پذیر ندارد و رابط سلامت فرد داوطلبی است که چند خانواده بدون عضو تعلیم پذیر را پوشش می دهد)	یک نفر در هر خانواده (۳۰۰۰ نفر)، تعداد کلاس: ۱۵۰ کلاس آموزشی متوسط زمان در سال: ۱۲۰۰ ساعت در سال اول	برگزاری کلاس آموزشی برای ۲۰ نفر به مدت ۸ ساعت و یکبار در سال
ارائه خدمات مشورتی خودمراقبتی پیشگیرانه	یک نفر در هر خانواده (۳۰۰۰ نفر) متوسط زمان در سال برای هر نفر ۲ ساعت تقریباً ۶۰۰۰ ساعت در سال	مشاوره فردی و در صورت نیاز مشورت گروهی / خانوادگی
آموزش اثر بخش بیماران برای خودمراقبتی	۱۵۰۰ نفر که حداقل یک بیماری مزمن دارند. متوسط زمان در سال برای هر نفر ۳ ساعت تقریباً ۹۰۰۰ ساعت در سال	آموزش ماهانه به بیماران به صورت چهره به چهره، مشورت گروهی و خانوادگی
توانمندسازی گروه های خودیار و همیار	۲۰ گروه خودیار برای حداقل ۲۰ بیماری بلند مدت شایع، تشکیل خواهد شد. برای هر گروه خودیار یک ساعت آموزش در ماه متوسط زمان در سال: ۲۴۰ ساعت	آموزش گروهی

روش ارائه خدمت	تناوب در جمعیت تحت پوشش	نوع خدمت
بازدید از مدرسه، بحث گروهی، آموزش کلاسی، ایفای نقش، بازی، آموزش مبتنی بر جامعه	برای هر مقطع تحصیلی (پیش دبستان، دبستان، متوسطه) متوسط زمان در سال: ۲ ساعت بازدید هفتگی از هر مقطع در سال به اضافه یک ساعت آموزش هفتگی در هر مقطع در سال یعنی ۴۳۲ ساعت در سال	ارتقای سلامت در مدارس
مشورت گروهی، گفتگو با تیم ارتقای سلامت در واحد، آموزش گروهی کارکنان	۱۰ واحد (موقعیت محلی) با ۲ ساعت بازدید و ۲ ساعت آموزش ماهانه متوسط زمان در سال: ۴۸۰ ساعت در سال	ارتقای سلامت در محل کار، مسجد، فرهنگسرا، ورزشگاه، پارک
نیازسنجی، برنامه ریزی آموزشی، تولید محتوای آموزشی، پیش آزمون محتوای آموزشی، تولید محتوای آموزشی نهایی، انتشار و توزیع، اجرای مداخله آموزشی، پایش و ارزشیابی، اصلاح مداخله آموزشی؛ برگزاری نمایشگاه، انتشار نشریه، راه اندازی سایت، فراخوان محلی، بسیج اطلاع رسانی محلی	رسانه های ارتباطی کوچک: پفلت، پوستر، لیفلت، بروشور ۲ ساعت در هفته در طول سال رسانه های ارتباطی مبتنی بر جامعه: نشریات محلی، نمایشگاه ۲ ساعت در هفته در طول سال متوسط زمان در سال: ۱۹۲ ساعت در سال	تولید و توزیع رسانه های ارتباطی، رسانه های کوچک و مبتنی بر جامعه
کارگاه آموزشی برنامه ریزی، اجرا، ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت جامعه و جلسات بحث گروهی و بازدید از فیلد	یک شورای شهر/روستا به اضافه ۴ تشکل مردمی یا سازمان غیردولتی متوسط زمان در سال: ۵ کارگاه آموزشی ۱۶ ساعته برای هر تشکل در سال به اضافه جلسات ماهانه ۲ ساعته با هر تشکل ۲۰۰ ساعت در سال	توانمندسازی شوراهای برای ارتقای سلامت جامعه

شاخص‌های ارزشیابی برنامه

ردیف	عنوان شاخص	منابع استخراج داده‌های شاخص	فرمول محاسبه شاخص	ابزار جمع آوری	محل جمع آوری	توالی جمع آوری	سطح محاسبه شاخص
۱	سواد سلامت	خانه‌های بهداشت / پایگاه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد افراد با سواد سلامت کافی به کل جمعیت طی یکسال	پرسشنامه	دانشگاه‌های تابعه	هر دو سال	معاونت بهداشت دانشگاه
۲	رضایت از خدمات	خانه‌های بهداشت / پایگاه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد افراد رضایتمند از برنامه به کل جمعیت تحت پوشش طی یکسال	فرم طراحی شده	دانشگاه‌های تابعه	سالانه	معاونت بهداشت دانشگاه
۳	مشارکت مردمی	مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد برنامه‌های اجرا شده با مشارکت مردم به کل برنامه‌های اجرا شده	فرم طراحی شده	دانشگاه‌های تابعه	سالانه	معاونت بهداشت دانشگاه
۴	مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد	مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد برنامه‌های اجرا شده با مشارکت سمن به کل برنامه‌های اجرا شده	فرم طراحی شده	دانشگاه‌های تابعه	سالانه	معاونت بهداشت دانشگاه
۵	مشارکت شوراهای محلی	مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد برنامه‌های اجرا شده با مشارکت شوراهای محلی به کل برنامه‌های اجرا شده	فرم طراحی شده	دانشگاه‌های تابعه	سالانه	معاونت بهداشت دانشگاه
۶	سازمان‌های حامی سلامت	مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد سازمان‌های حامی سلامت * به کل سازمان‌های تحت پوشش * دارای کمیته ارتقای سلامت در سازمان	فرم طراحی شده	دانشگاه‌های تابعه	سالانه	معاونت بهداشت دانشگاه
۷	تغییر / اصلاحیه سیاست‌ها	مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد موارد تغییر / اصلاحیه سیاست‌های مغایر با سلامت در منطقه	فرم طراحی شده	دانشگاه‌های تابعه	سالانه	معاونت بهداشت دانشگاه

شاخص های پایش برنامه

ردیف	عنوان شاخص	منابع استخراج داده های شاخص	فرمول محاسبه شاخص	ابزار جمع آوری	محل جمع آوری	توالی جمع آوری	سطح محاسبه شاخص
۱	تعداد کارشناسان خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی	تعداد کارشناسان استخدام شده	تعداد	فرم های ثبتی	مرکز بهداشت شهرستان	سالانه	مرکز بهداشت استان
۲	تعداد سفیران/ابطان سلامت تربیت شده	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	سالانه	مرکز بهداشت شهرستان
۳	تعداد خانوارهای دریافت کننده بسته خودمراقبتی (خانه سلامت)	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	ماهانه	مرکز بهداشت شهرستان
۴	تعداد گروه خودیار حامی سلامت آموزش دیده	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	ماهانه	مرکز بهداشت شهرستان
۵	تعداد کارکنان سفیر سلامت تربیت شده	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	ماهانه	مرکز بهداشت شهرستان
۶	تعداد مراکز راه اندازی شده برای تماس مستقیم سلامت به تفکیک دانشگاه ها	دانشگاه های تابعه	تعداد	فرم های ثبتی	دانشگاه های تابعه	سالانه	دانشگاه های تابعه
۷	تعداد مدارس حامی سلامت	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	هفتگی	مرکز بهداشت شهرستان
۸	تعداد دانش آموز سفیر سلامت تربیت شده	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	هفتگی	مرکز بهداشت شهرستان
۹	تعداد دانشجویان سفیر سلامت تربیت شده	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	هفتگی	مرکز بهداشت شهرستان
۱۰	تعداد بسته های استاندارد	مراکز بهداشتی درمانی شهری	تعداد	فرم های ثبتی	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و	هفتگی	مرکز بهداشت

شهرستان		خانه بهداشت			روستایی	خودمراقبتی در بیماری توزیع شده در بین خانوارهای دارای بیمار	
مرکز بهداشت شهرستان	ماهانه	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	فرم های ثبتی	تعداد	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد محل های کار/ مساجد/ فرهنگسرا/ ورزشگاه/ پارک های حامی سلامت	۱۱
دانشگاه های تابعه	ماهانه	دانشگاه های تابعه	فرم های ثبتی	تعداد	دانشگاه های تابعه	تعداد پزشکان تربیت شده	۱۲
مرکز بهداشت شهرستان	ماهانه	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	فرم های ثبتی	تعداد	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد رسانه های ارتباط جمعی کوچک / مبتنی بر جامعه	۱۳
مرکز بهداشت شهرستان	سالانه	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	فرم های ثبتی	تعداد	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد شوراهای شهر/روستای آموزش دیده	۱۴
مرکز بهداشت شهرستان	ماهانه	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی، پایگاه و خانه بهداشت	فرم های ثبتی	تعداد	مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی	تعداد تشکل های مردمی/ سازمان های غیر دولتی آموزش دیده	۱۵

مهارت های کلیدی و صلاحیت های مرتبط کارشناسان خودمراقبتی، همیاری و مشارکت مردمی

مهارت کلیدی ۱: ارزیابی نیازها، منابع و ظرفیت های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع
صلاحیت ۱.۱ فرآیند ارزیابی را طراحی کند:
۱.۱.۱ منابع موجود و مورد نیاز برای اجرای ارزیابی را شناسایی کند.
۱.۱.۲ ذینفعان را برای مشارکت در فرآیند ارزیابی شناسایی کند.
۱.۱.۳ از مدل ها و تئوری های آموزش و ارتقای سلامت برای توسعه استراتژی های ارزیابی استفاده کند.
۱.۱.۴ برنامه ای را برای جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها طراحی کند.
۱.۱.۵ مشارکت ذینفعان را برای همکاری در فرآیند ارزیابی جلب کند.
۱.۱.۶ از طرح ها، روش ها و ابزارهای پژوهشی در برنامه ارزیابی استفاده کند.
صلاحیت ۱.۲ داده ها و اطلاعات موجود در زمینه سلامت را ارزیابی کند.
۱.۲.۱ منابع داده های مرتبط با سلامت را شناسایی کند.
۱.۲.۲ منابع اطلاعات سلامت را با استفاده از تئوری ها و شواهد مبتنی بر تحقیقات بررسی و نقد کند.
۱.۲.۳ منابع اطلاعات معتبر در زمینه سلامت را انتخاب کند.
۱.۲.۴ شکاف در داده ها را با استفاده از تئوری ها و مدل های ارزیابی شناسایی کند.
۱.۲.۵ روابط کاری مشترک و تفاهم نامه هایی برای تسهیل دسترسی به اطلاعات ایجاد کند.
۱.۲.۶ برای دستیابی به داده های خاص مرتبط با سلامت، پایگاه های داده موجود را جستجو کند.
صلاحیت ۱.۳ داده های کمی و یا کیفی مرتبط با سلامت را جمع آوری کند.
۱.۳.۱ داده های اولیه و / یا ثانویه را جمع آوری کند.
۱.۳.۲ داده های اولیه را با داده های ثانویه ادغام کند.
۱.۳.۳ روش ها و ابزارهای جمع آوری داده ها را شناسایی کند.
۱.۳.۴ ابزارها و روش های جمع آوری داده ها را طراحی و تدوین کند.
۱.۳.۵ پرسنل و ذینفعان را در زمینه جمع آوری داده ها آموزش دهد.
۱.۳.۶ از روش ها و ابزارهای جمع آوری داده ها استفاده کند.
۱.۳.۷ از استانداردهای اخلاقی در هنگام جمع آوری داده ها رعایت کند.

<p>صلاحیت ۱.۴ روابط موجود میان عوامل رفتاری، محیطی و ژنتیکی که سلامت را ارتقاء و یا کاهش می دهند، مورد بررسی قرار دهد.</p>
<p>۱.۴.۱ عوامل مؤثر بر رفتارهای مرتبط با سلامت را شناسایی کند.</p>
<p>۱.۴.۲ عوامل مؤثر بر رفتارهای مرتبط با سلامت را تحلیل کند.</p>
<p>۱.۴.۳ عواملی که سلامت را ارتقاء یا کاهش می دهند، شناسایی کند.</p>
<p>۱.۴.۴ عواملی که سلامت را ارتقاء یا کاهش می دهند، تحلیل کند.</p>
<p>صلاحیت ۱.۵ عوامل مؤثر بر فرآیند یادگیری را بررسی کند.</p>
<p>۱.۵.۱ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده فرآیند یادگیری را شناسایی کند.</p>
<p>۱.۵.۲ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده فرآیند یادگیری را تحلیل کند.</p>
<p>۱.۵.۳ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده نگرش ها و اعتقادات را شناسایی کند.</p>
<p>۱.۵.۴ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده نگرش ها و اعتقادات را تحلیل کند.</p>
<p>۱.۵.۵ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده ایجاد مهارت را شناسایی کند.</p>
<p>۱.۵.۶ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده ایجاد مهارت را تحلیل کند.</p>
<p>صلاحیت ۱.۶ عوامل تسهیل کننده و یا بازدارنده فرآیند آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را بررسی کند.</p>
<p>۱.۶.۱ وسعت و یا اندازه فعلی برنامه ها، مداخلات و سیاست های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را تعیین کند.</p>
<p>۱.۶.۲ کیفیت فعلی برنامه ها، مداخلات و سیاست های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را ارزیابی کند.</p>
<p>۱.۶.۳ شرکای موجود و بالقوه برای ارائه خدمات آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را شناسایی کند.</p>
<p>۱.۶.۴ شرایط اجتماعی، محیطی و سیاسی مؤثر بر آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را ارزیابی کند.</p>
<p>۱.۶.۵ ظرفیت توسعه و تدوین برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع مورد نیاز را تحلیل کند.</p>
<p>۱.۶.۶ منابع مورد نیاز برای توسعه خدمات آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را ارزیابی کند.</p>
<p>صلاحیت ۱.۷ نیازهای آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع مبتنی بر ارزیابی یافته ها را تحلیل کند.</p>
<p>۱.۷.۱ یافته ها و نتایج ارزیابی را تحلیل کند.</p>

۱.۷.۲ نیازهای آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را اولویت بندی کند.
۱.۷.۳ نیاز های نوظهور آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را شناسایی کند.
۱.۷.۴ یافته ها و نتایج ارزیابی را گزارش دهد.
مهارت کلیدی ۲: طراحی و برنامه ریزی آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع
صلاحیت ۲.۱: جمعیت های هدف و سایر ذینفعان را در فرآیند برنامه ریزی مشارکت دهد.
۲.۱.۱ ائتلافی از گروه های اجتماعی ذینفع تشکیل دهد.
۲.۱.۲ جمعیت های هدف دارای اولویت و سایر ذینفعان را شناسایی کند.
۲.۱.۳ نیازهای آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را با جمعیت های هدف و سایر ذینفعان در میان بگذارد.
۲.۱.۴ تلاش ها و فعالیت های مشارکتی در میان جمعیت های هدف و سایر ذینفعان را ایجاد و گسترش دهد.
۲.۱.۵ ورودی ها و یا بازخوردهای جمعیت های هدف و سایر ذینفعان را استخراج کند.
۲.۱.۶ اعتماد و تعهد جمعیت های هدف و سایر ذینفعان را جلب و به دست آورد.
صلاحیت ۲.۲: اهداف کلی و اهداف اختصاصی را تدوین کند.
۲.۲.۱ از نتایج ارزیابی در فرآیند برنامه ریزی استفاده کند.
۲.۲.۲ نتایج و پیامدهای دلخواه و مورد نظر را با استفاده از یافته های ارزیابی نیازها شناسایی کند.
۲.۲.۳ مدل و یا مدل های برنامه ریزی را برای آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع انتخاب کند.
۲.۲.۴ اهداف کلی را بیان کند.
۲.۲.۵ اهداف اختصاصی را بر اساس خصوصیات از قبیل واضح بودن، قابل اندازه گیری بودن، دست یافتنی، واقعی و مبتنی بر زمان بودن، تدوین کند.
۲.۲.۶ منابع مورد نیاز برای دسترسی به اهداف اختصاصی را ارزیابی کند.
صلاحیت ۲.۳: استراتژی ها و مداخلات آموزش و ارتقای را انتخاب و یا طراحی کند.
۲.۳.۱ کارایی استراتژی های گوناگون را برای اطمینان از سازگاری آنها با اهداف اختصاصی ارزیابی کند.
۲.۳.۲ برای دستیابی به اهداف اختصاصی تدوین شده، استراتژی ها و مداخلات مبتنی بر تئوری ها و مدل های آموزش و ارتقای سلامت طراحی کند.

۲.۳.۳ استراتژی ها و مداخلات گوناگون برای تحقق و دست یابی به اهداف اختصاصی تدوین شده را انتخاب کند.
۲.۳.۴ از اصول قانونی و اخلاقی در طراحی استراتژی ها و مداخلات آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع پیروی کند.
۲.۳.۵ از اصول و قواعد فرهنگی در انتخاب و طراحی استراتژی ها و مداخلات استفاده کند.
۲.۳.۶ استراتژی ها و مداخلات را به صورت آزمایشی، آزمون کند.
صلاحیت ۲.۴ : دامنه و توالی ارابه برنامه های آموزش و ارتقای سلامت را توسعه دهد.
۲.۴.۱ دامنه فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع مورد نیاز برای تحقق اهداف کلی و اختصاصی را تعیین کند.
۲.۴.۲ منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را انتخاب کند.
۲.۴.۳ جهت هدایت فرآیند برنامه ریزی از یک مدل منطقی استفاده کند.
۲.۴.۴ برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را در یک تسلسل و توالی منطقی سازمان دهی کند.
۲.۴.۵ برای ارابه برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع جدول زمانی تدوین کند.
۲.۴.۶ فرصت و موقعیت ادغام برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع در سایر برنامه ها را تحلیل کند.
۲.۴.۷ فرآیند ادغام برنامه ها و فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع در سایر برنامه ها را تدوین و ایجاد کند.
صلاحیت ۲.۵ : عوامل مؤثر بر اجرای برنامه ها و فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت را شناسایی کند.
۲.۵.۱ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده عملیات اجرایی را شناسایی کند.
۲.۵.۲ عوامل افزایش دهنده و یا بازدارنده عملیات اجرایی را تحلیل کند.
۲.۵.۳ از یافته های پیش آزمون و آزمون ها بر حسب نیاز برای اصلاح و پالایش طرح های اجرایی استفاده کند.
۲.۵.۴ محیط حمایت کننده و تشویق کننده یادگیری را ایجاد کند.
مهارت کلیدی ۳ : اجرای برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع

<p>صلاحیت ۳.۱: برنامه عملیاتی آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را اجرا کند.</p>
<p>۳.۱.۱ میزان آمادگی برای اجرا را ارزیابی کند.</p>
<p>۳.۱.۲ داده های پایه را جمع آوری کند.</p>
<p>۳.۱.۳ از استراتژی های مبتنی بر فرهنگ جامعه در اجرای برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع استفاده کند.</p>
<p>۳.۱.۴ از استراتژی های متنوع برای ارایه طرح های عملیاتی استفاده کند.</p>
<p>۳.۱.۵ برنامه عملیاتی آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را توسعه دهد.</p>
<p>۳.۱.۶ از تئوری ها و مدل های اجرایی آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع استفاده کند.</p>
<p>۳.۱.۷ برنامه عملیاتی را آغاز و اجرا کند.</p>
<p>صلاحیت ۳.۲: اجرای برنامه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را پایش کند.</p>
<p>۳.۲.۱ مطابق با جدول زمانی بر پیشرفت برنامه نظارت کند.</p>
<p>۳.۲.۲ پیشرفت حاصله جهت دست یابی به اهداف اختصاصی را ارزیابی کند.</p>
<p>۳.۲.۳ برنامه عملیاتی را بر حسب نیاز اصلاح کند.</p>
<p>۳.۲.۴ بر استفاده از منابع نظارت داشته باشد.</p>
<p>۳.۲.۵ انطباق برنامه با اصول قانونی و اخلاقی را پایش کند.</p>
<p>صلاحیت ۳.۳: افراد درگیر در اجرای برنامه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را آموزش دهد.</p>
<p>۳.۳.۱ افراد مورد نیاز برای اجرای برنامه را برای آموزش و مهارت آموزی انتخاب کند.</p>
<p>۳.۳.۲ نیازهای آموزشی را شناسایی کند.</p>
<p>۳.۳.۳ اهداف آموزشی را تدوین کند.</p>
<p>۳.۳.۴ بهترین شیوه ها را برای آموزش و مهارت آموزی ایجاد کند.</p>
<p>۳.۳.۵ طیف وسیعی از استراتژی های آموزشی و مهارت آموزی را ارایه دهد.</p>
<p>۳.۳.۶ برنامه های آموزش و مهارت آموزی را اجرا کند.</p>
<p>۳.۳.۷ برنامه آموزشی و مهارت آموزی را ارزشیابی کند.</p>
<p>۳.۳.۸ از نتایج ارزشیابی برای برنامه ریزی آموزشی و مهارت آموزی آتی استفاده کند.</p>

مهارت کلیدی ۴: مدیریت ارزشیابی و تحقیق های مرتبط با آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع
صلاحیت ۴.۱: طرح ارزشیابی / تحقیقاتی را تدوین کند.
۴.۱.۱ هدف ارزشیابی / تحقیق را بیان کند.
۴.۱.۲ سوالات ارزشیابی / تحقیق را تدوین کند.
۴.۱.۳ امکان عملی اجرای ارزشیابی / تحقیق را ارزیابی کند.
۴.۱.۴ شیوه های ارزشیابی و تحقیق و نیز نتایج ارائه شده در متون ارزشیابی و تحقیقات مرتبط را بررسی و نقد کند.
۴.۱.۵ اطلاعات استخراج شده از متون مختلف را ترکیب کند.
۴.۱.۶ اهمیت و ارزش و همچنین محدودیت های داده های کمی و کیفی جمع آوری شده برای ارزشیابی را ارزیابی کند.
۴.۱.۷ اهمیت و ارزش و همچنین محدودیت های داده های کمی و کیفی جمع آوری شده برای تحقیق را ارزیابی کند.
۴.۱.۸ ابزارهای موجود برای جمع آوری داده ها را شناسایی کند.
۴.۱.۹ ابزارهای موجود برای جمع آوری داده ها به منظور ارزشیابی را بررسی و نقد کند.
۴.۱.۱۰ ابزارهای موجود برای جمع آوری داده ها به منظور تحقیق را بررسی و نقد کند.
۴.۱.۱۱ از یک مدل منطقی برای هدایت فرآیند ارزشیابی استفاده کند.
۴.۱.۱۲ برنامه تجزیه و تحلیل داده های ارزشیابی را تدوین کند.
۴.۱.۱۳ برنامه تجزیه و تحلیل داده های تحقیق را تدوین کند.
۴.۱.۱۴ استانداردهای اخلاقی در تدوین برنامه ارزشیابی/تحقیقاتی را رعایت و اجرا کند.
صلاحیت ۴.۲: ابزارهای لازم و مناسب برای جمع آوری داده های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را طراحی کند.
۴.۲.۱ سوالات مورد استفاده در ابزارهای فعلی و موجود را شناسایی کند.
۴.۲.۲ موارد و یا آیتم های جدیدی بنویسد که در جمع آوری داده ها برای ارزشیابی استفاده می شود.
۴.۲.۳ موارد و یا آیتم های جدیدی بنویسد که در جمع آوری داده ها برای تحقیق استفاده می شود.
۴.۲.۴ اعتبار یا روایی ابزارهای جمع آوری داده ها را تعیین کند.
۴.۲.۵ اعتماد یا پایایی ابزارهای جمع آوری داده ها را تعیین کند.

صلاحیت ۴.۳: داده های ارزشیابی / تحقیق را جمع آوری و تحلیل کند.
۴.۳.۱ داده ها را بر اساس برنامه ارزشیابی / تحقیق جمع آوری کند.
۴.۳.۲ بر روی مدیریت و جمع آوری داده ها نظارت داشته باشد.
۴.۳.۳ داده ها را با استفاده از آمار توصیفی تحلیل کند.
۴.۳.۴ داده ها را با استفاده از آمار تحلیلی و یا دیگر روش های آماری پیشرفته تحلیل کند.
۴.۳.۵ داده ها را با استفاده از روش های کیفی تحلیل کند.
۴.۳.۶ استانداردهای اخلاقی را در جمع آوری و تحلیل داده ها رعایت کند.
صلاحیت ۴.۴: نتایج و یافته های ارزشیابی / تحقیق را تفسیر کند.
۴.۴.۱ نتایج را با سوالات ارزشیابی / تحقیق مقایسه کند.
۴.۴.۲ نتایج را با یافته های دیگر مقایسه کند.
۴.۴.۳ توضیحات احتمالی یافته ها را پیشنهاد دهد.
۴.۴.۴ محدودیت های احتمالی نتایج و یافته ها را شناسایی کند.
۴.۴.۵ توصیه های لازم را بر اساس نتایج تدوین کند.
صلاحیت ۴.۵: از نتایج و یافته های ارزشیابی / تحقیق را استفاده کند.
۴.۵.۱ نتایج را به ذینفعان اطلاع دهد و منتقل کند.
۴.۵.۲ امکان عملیاتی نمودن توصیه های برنامه ارزشیابی را ارزیابی کند.
۴.۵.۳ از نتایج ارزشیابی در تجزیه و تحلیل خط مشی ها و توسعه برنامه استفاده کند.
۴.۵.۴ نتایج و یافته های تحقیق را از طریق کنفرانس خبری ارائه دهد.
مهارت کلیدی ۵: مدیریت برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع
صلاحیت ۵.۱: منابع مالی را مدیریت کند.
۵.۱.۱ منابع مالی و سایر منابع را شناسایی کند.
۵.۱.۲ درخواست ها / پیشنهاداتی را برای تامین منابع مالی آماده کند.
۵.۱.۳ برای حمایت و پشتیبانی از برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع بودجه برنامه را تدوین کند.
۵.۱.۴ بودجه های برنامه را مدیریت کند.
۵.۱.۵ در مدیریت منابع مالی اخلاقی عمل کند.
صلاحیت ۵.۲: برای برنامه های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع جلب حمایت کند.

۵.۲.۱ از استراتژی های ارتباطی برای جلب حمایت از برنامه ها استفاده کند.
۵.۲.۲ همکاری در میان ذینفعان مسئول برنامه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را تسهیل کند.
۵.۲.۳ برای جلب یا حفظ حمایت همه جانبه از برنامه، ابعاد و جوانب برنامه را گزارش دهد.
۵.۲.۴ داده ها را بر اساس اهداف گزارش دهی ترکیب کند.
۵.۲.۵ از افرادی که فرصت های توسعه حرفه اش را فراهم می کنند، پشتیبانی و حمایت کند.
۵.۲.۶ نحوه انطباق اهداف برنامه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع با ساختار سازمانی، رسالت و اهداف کلی خود را توضیح دهد.
صلاحیت ۵.۳: هنر رهبری را نشان دهد.
۵.۳.۱ برنامه ریزی استراتژیک را انجام دهد.
۵.۳.۲ فرهنگ سازمان را در رابطه با اهداف آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع تجزیه و تحلیل کند.
۵.۳.۳ همکاری و هماهنگی در میان ذینفعان را ترویج دهد.
۵.۳.۴ استراتژی های مشخص برای تقویت مجدد و یا تغییر فرهنگ سازمانی با هدف دستیابی به اهداف آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را تدوین کند.
۵.۳.۵ با قوانین و مقررات موجود تطابق یابد.
۵.۳.۶ به استانداردهای اخلاق حرفه ای پایبند باشد.
۵.۳.۷ تلاش هایی را که در جهت تحقق رسالت سازمانی اش است، تسهیل کند.
۵.۳.۸ نیاز به تغییر رویکرد سیستم ها را تجزیه و تحلیل کند.
۵.۳.۹ تغییرات مورد نیاز در فرهنگ سازمانی را تسهیل کند.
صلاحیت ۵.۴: منابع انسانی را مدیریت کند.
۵.۴.۱ فرصت های لازم برای داوطلبین را ایجاد کند.
۵.۴.۲ مهارت های رهبری در مدیریت منابع انسانی را از خود نشان دهد.
۵.۴.۳ سیاست های منابع انسانی را هماهنگ و منطبق با قوانین و مقررات پیاده کند.
۵.۴.۴ صلاحیت های پرسنل و داوطلبین مورد نیاز برای برنامه ها را ارزشیابی کند.
۵.۴.۵ پرسنل و داوطلبین را به خدمت بگیرد.
۵.۴.۶ استراتژی های حل تضاد و تنش را به کار بندد.
۵.۴.۷ برای توسعه تیم از روش های مناسب استفاده کند.
۵.۴.۸ اقدامات حرفه ای و رفتار اخلاقی را مدل سازی / الگوسازی کند.

۵.۴.۹ استراتژی مناسب برای ارتقاء کارکنان و توسعه حرفه ای داوطلبان را تدوین کند.
۵.۴.۱۰ استراتژی تدوین شده برای ارتقاء کارکنان و توسعه حرفه ای داوطلبان را اجرا کند.
۵.۴.۱۱ عملکرد پرسنل و داوطلبین را ارزشیابی کند.
صلاحیت ۵.۵: مشارکت در حمایت از آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را تسهیل کند.
۵.۵.۱ شریک و یا شرکای بالقوه را شناسایی کند.
۵.۵.۲ برای تحقق اهداف برنامه ها ظرفیت و توان شرکا را ارزیابی کند.
۵.۵.۳ روابط ما بین شرکا را تسهیل کند.
۵.۵.۴ از شرکای برنامه بازخورد بگیرد.
۵.۵.۵ امکان استمرار و ادامه مشارکت در برنامه را ارزشیابی کند.
مهارت کلیدی ۶: رایحه خدمت به عنوان یک فرد مرجع در آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع
صلاحیت ۶.۱: اطلاعات بهداشتی را به دست آورد و منتشر کند.
۶.۱.۱ نیازهای اطلاعاتی را ارزیابی کند.
۶.۱.۲ منابع اطلاعاتی معتبر را شناسایی کند.
۶.۱.۳ مواد و منابع را از لحاظ دقت، تناسب و به موقع بودن، بررسی و نقد کند.
۶.۱.۴ اطلاعات مرتبط با سلامت را به جمعیت های هدف منتقل کند.
۶.۱.۵ اطلاعات مرتبط با سلامت را به ذینفعان کلیدی منتقل کند.
صلاحیت ۶.۲: خدمات آموزش و مهارت آموزی موردنیاز را رایحه دهد.
۶.۲.۱ درخواست های آموزش و مهارت آموزی را تجزیه و تحلیل کند.
۶.۲.۲ درخواست های آموزش و مهارت آموزی را اولویت بندی کند.
۶.۲.۳ جمعیت های هدف را اولویت بندی کند.
۶.۲.۴ نیازهای آموزش و مهارت آموزی مخاطبان را ارزیابی کند.
۶.۲.۵ منابع موجود که به برآورده شدن نیازهای آموزشی کمک می کنند را شناسایی کند.
۶.۲.۶ از تئوری های آموزشی برای تدوین و یا اصلاح برنامه های آموزشی استفاده کند.
۶.۲.۷ برنامه های آموزشی و مهارت آموزی را تدوین کند.
۶.۲.۸ جلسات آموزشی و برنامه های آموزشی را اجرا کند.
۶.۲.۹ از منابع و استراتژی های مختلف آموزشی استفاده کند.
۶.۲.۱۰ تأثیر برنامه های آموزشی را ارزشیابی کند.

<p>صلاحیت ۶.۳: به عنوان مشاور آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع عمل کند.</p>
<p>۶.۳.۱ نیازهای کمک و مشاوره را ارزیابی کند.</p>
<p>۶.۳.۲ درخواست های کمک را اولویت بندی کند.</p>
<p>۶.۳.۳ پارامترهای روابط مشاوره ای مؤثر را تعریف کند.</p>
<p>۶.۳.۴ روابط مشاوره ای را ایجاد و راه اندازی کند.</p>
<p>۶.۳.۵ کمک های تخصصی را ارائه کند.</p>
<p>۶.۳.۶ تلاش های مشترک برای دستیابی به اهداف آموزشی را تسهیل کند.</p>
<p>۶.۳.۷ اثربخشی کمک های تخصصی ارائه شده را ارزشیابی کند.</p>
<p>۶.۳.۸ اصول اخلاقی را در روابط مشاوره ای پیاده کند.</p>
<p>مهارت کلیدی ۷: برقراری ارتباط استراتژیک برای آموزش و ارتقای سلامت به منظور توانمندسازی مردم و جوامع</p>
<p>صلاحیت ۷.۱: اطلاعات سلامت و نیازهای جلب حمایت همه جانبه را ارزیابی و اولویت بندی کند.</p>
<p>۷.۱.۱ مسائل موجود و در حال ظهور را که ممکن است بهداشت و سلامت را تحت تأثیر قرار دهد، شناسایی کند.</p>
<p>۷.۱.۲ به منابع صحیح و دقیق مرتبط با مسائل شناسایی شده، دست یابد.</p>
<p>۷.۱.۳ تأثیر سیاست های کنونی و پیشنهادی را بر سلامت تحلیل کند.</p>
<p>۷.۱.۴ عوامل مؤثر بر تصمیم گیرندگان را تحلیل کند.</p>
<p>صلاحیت ۷.۲: مجموعه استراتژی ها، روش ها و تکنیک های ارتباطی را شناسایی کند و توسعه دهد.</p>
<p>۷.۲.۱ پیام ها را با استفاده از تئوری ها و مدل های ارتباطات، طراحی کند.</p>
<p>۷.۲.۲ پیام های متناسب با جمعیت های هدف را طراحی کند.</p>
<p>۷.۲.۳ به منظور افزایش تأثیرگذاری پیام، پیام را با تصاویر ترکیب کند.</p>
<p>۷.۲.۴ روش ها و کانال های مؤثر برای برقراری ارتباط با جمعیت های هدف را انتخاب کند.</p>
<p>۷.۲.۵ پیام ها و روش های ارائه را در جمعیت های هدف پیش آزمون کند.</p>
<p>۷.۲.۶ بر اساس بازخوردهای پیش آزمون، در پیام ها بازنگری کند.</p>
<p>صلاحیت ۷.۳: از استراتژی ها، روش ها و تکنیک های گوناگون برای ارائه پیام های آموزشی استفاده کند.</p>

۷.۳.۱ از تکنیک هایی استفاده کند که افراد و جوامع را برای بهبود سلامت خود توانمند می سازد.
۷.۳.۲ از ترکیبی متنوع از تکنولوژی های ارتباطی برای انتقال پیام های سلامت به جمعیت ها و گروه های هدف استفاده کند.
۷.۳.۳ ارایه استراتژی های ارتباطی ، روش ها و تکنیک ها را ارزشیابی کند
۷.۴: در جلب حمایت همه جانبه با رویکرد آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع مشارکت فعال داشته باشد.
۷.۴.۱ حمایت و مشارکت ذینفعان را برای اجرای برنامه های جلب حمایت همه جانبه فراهم کند.
۷.۴.۲ برنامه جلب حمایت همه جانبه را منطبق بر سیاست های ملی، استانی و شهرستانی طراحی و تدوین کند.
۷.۴.۳ سیاست های سازمانی مرتبط با مشارکت در جلب حمایت همه جانبه خود را رعایت کند.
۷.۴.۴ اهمیت توسعه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را برای مردم، سازمان ها و جوامع بیان کند.
۷.۴.۵ از داده ها برای پشتیبانی از پیام های جلب حمایت همه جانبه استفاده کند.
۷.۴.۶ طرح های جلب حمایت همه جانبه را اجرا کند.
۷.۴.۷ رسانه ها و فناوری های نوین ارتباطی را در برنامه جلب حمایت همه جانبه به کار گیرد.
۷.۴.۸ در طرح ها و ابتکارات جلب حمایت همه جانبه شرکت کند.
۷.۴.۹ طرح ها و ابتکارات جلب حمایت همه جانبه را هدایت و رهبری کند.
۷.۴.۱۰ فعالیت های جلب حمایت همه جانبه را ارزشیابی کند.
۷.۵: بر سیاست ها برای ارتقای سلامت تأثیر بگذارد.
۷.۵.۱ از نتایج و یافته های ارزشیابی و تحقیق در تجزیه و تحلیل سیاست ها بیان کند.
۷.۵.۲ اهمیت و مفاهیم سیاست های حامی سلامت افراد، گروه ها و جوامع شناسایی کند.
۷.۵.۳ برای سیاست ها، قوانین و مقررات مرتبط با سلامت، جلب حمایت همه جانبه کند.
۷.۵.۴ برای تدوین و توسعه سیاست های ارتقاء دهنده سلامت از تحقیقات مبتنی بر شواهد استفاده کند.
۷.۵.۵ از تکنیک های جلب حمایت همه جانبه و چانه زنی سیاسی و رسانه ای برای تأثیر بر تصمیم گیران استفاده کند.
۷.۶: حرفه و تخصص آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را توسعه دهد.

۷.۶.۱ برنامه ای شخصی برای رشد حرفه ای و خدمتی خود تدوین کند.
۷.۶.۲ فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را مبتنی بر فرهنگ و هنر جامعه طراحی کند.
۷.۶.۳ مسوولیت های عمده متخصص و کارشناس آموزش و ارتقای سلامت در فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را توضیح دهد.
۷.۶.۴ نقش انجمن های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع در پیشبرد حرفه اش را توضیح دهد.
۷.۶.۵ فواید و مزایای مشارکت در سازمان های حرفه ای را توضیح دهد.
۷.۶.۶ رشد حرفه ای خود و دیگران را تسهیل کند.
۷.۶.۷ تاریخچه حرفه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع و پیامدهای حال حاضر و آینده فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع توضیح دهد.
۷.۶.۸ نقش اعتباربخشی را در ارتقای حرفه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع را توضیح دهد.
۷.۶.۹ در فعالیت های توسعه حرفه ای مشارکت کند.
۷.۶.۱۰ برای دیگران به عنوان یک مربی خدمت کند.
۷.۶.۱۱ در تهیه و تدوین مواد آموزشی و متون حرفه ای مشارکت کند.
۷.۶.۱۲ جهت پیشبرد و ارتقای حرفه آموزش و ارتقای سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع در این خدمت مشارکت فعال داشته باشد.

شرح وظایف کارکنان در برنامه پزشک خانواده

عنوان خدمت	زیر مجموعه خدمت	کاردان/ کارشناس	پزشک	کارشناس تغذیه	روانشناس	کارشناس خودمراقبتی	آدرس پروتکل
خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی	۱. توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی	- همکاری در ارائه آموزش های خودمراقبتی به مردم و مراجعان فردی و گروهی	- حمایت، پشتیبانی و نظارت بر اجرای وظایف کارشناس خودمراقبتی در تمامی شرح وظایف پیش بینی شده - ارجاع افراد (سالم/بیمار) نیازمند خدمات مشورتی خود مراقبتی به کارشناس خودمراقبتی و نظارت بر خدمات خودمراقبتی ارائه شده بر آنها - تسهیل ارتباطات کارشناس خودمراقبتی با مردم و مراجعان فردی و گروهی	- همکاری در ارائه آموزش های خودمراقبتی به مردم و مراجعان فردی و گروهی	- همکاری در ارائه آموزش های خودمراقبتی به مردم و مراجعان فردی و گروهی	- توزیع راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش (خودآموزی برای توانمندسازی مردم در رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی های جزئی شامل ابزارهای خودارزیابی، برنامه ریزی فردی برای تغییر رفتار، اجرای برنامه و ارزیابی مجدد وضعیت سلامت به علاوه معرفی منابع معتبر اطلاعاتی، حمایتی و خدماتی مناسب در منطقه مربوطه و راهنمای حقوق بهداشتی و نحوه پیگیری آن). - آموزش استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده به خانوارهای تحت پوشش: ✓ حداقل تربیت یک سفیر سلامت در هر خانوار ✓ سفیر سلامت حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد- در محل آموزش، محل کار، مرکز بهداشتی درمانی یا مسجد محل به صورت حضوری یا از طریق پورتال ملی خودمراقبتی به صورت آنلاین، یک دوره آموزشی ۸ ساعته را برای آشنایی با نحوه استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده برای مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده را طی می کند. ✓ تربیت سفیران افتخاری سلامت در میان اقوام یا همسایگان خانواده های بی سواد یا سالمند بدون سرپرست ✓ تربیت رابطان سلامت برای حمایت از خانواده هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری هم نیستند. - برگزاری جلسه های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار) - کمک به تشکیل گروه های خودیار و همیار محلی حامی سلامت و حمایت طلبی برای توسعه فعالیت آنها برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار) - ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیکی) - ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص های مربوطه و تهیه گزارش های تحلیلی از عملکرد فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه های زمانی خواسته شده. - بررسی نتایج خودارزیابی مراجع (سالم یا بیمار)، تعیین رفتارهای نیازمند تغییر وی و بازخورد به پزشک خانواده (اعضای تیم سلامت با نظر پزشک خانواده، رفتار نیازمند تغییر یا تقویت یا بیمار نیازمند	بسته خدمت خودمراقبتی

						<p>آموزش خودمراقبتی خاص را به کارشناس خودمراقبتی، همیای و مشارکت جمعی ارجاع می دهند).</p> <p>- تسهیل تدوین برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مراجع (سالم یا بیمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه.</p> <p>- ارائه خدمات آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی یا گروهی برای بهبود سلامت مراجع (سالم یا بیمار) برپایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده در جهت تقویت خودکارآمدی و مسوولیت پذیری مراجع (سالم یا بیمار) برای خودمراقبتی.</p> <p>- ترغیب، تسهیل و هدایت مراجع (سالم یا بیمار) به عضویت در گروه های حمایتی (خودیار/همیار) مربوطه برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی خودمراقبتی.</p> <p>- هدایت مراجع (سالم یا بیمار) برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد در خصوص خودمراقبتی از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده یا بسته های استاندارد آموزش بیمار برای خودمراقبتی و یا سایر منابع اطلاعاتی معتبر و گروه های مرجع و خودیار.</p> <p>- کمک به مراجع (سالم یا بیمار) پس از رفع مشکل یا بهبود بیماری برای خودارزیابی مجدد وضعیت سلامت خویش و تکمیل پرونده خودمراقبتی.</p> <p>- جلب حمایت خانواده، گروه های همسان، گروه های خودیار، شوراها برای مراجع (سالم یا بیمار) و سازمان های تحصیل و کار در صورت نیاز.</p> <p>- ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیکی).</p>
۲. برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت	- همکاری در برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت	- حمایت، پشتیبانی و نظارت بر اجرای وظایف کارشناس خودمراقبتی در تمامی شرح وظایف پیش بینی شده - تسهیل ارتباطات کارشناس خودمراقبتی در برنامه های ارتباطات جمعی و محلی	- همکاری در برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت	- همکاری در برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت	- نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مشارکتی ارتباطات برای سلامت به منظور آموزش سلامت همگانی، آموزش سبک زندگی سالم، آموزش خودمراقبتی و آموزش بیمار از طریق رسانه های ارتباط جمعی، رسانه های محلی و رسانه های کوچک	
۳. برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای	- همکاری در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	- حمایت، پشتیبانی و نظارت بر اجرای وظایف کارشناس خودمراقبتی در تمامی شرح وظایف	- همکاری در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز	- همکاری در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت	- جلب حمایت، آموزش و توانمندسازی اعضای سازمان های دولتی و غیردولتی، تشکل های مردمی و شوراهای محلی برای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برنامه های ارتقای سلامت مدرسه، محل کار، سازمان، محله، روستا و شهر <p>- شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات</p>	

	اجتماعی حامی سلامت	در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع	آموزشی، محل های کار و جوامع	پیش بینی شده - تسهیل ارتباطات کارشناس خودمراقبتی با برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع	برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع	سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع	
--	--------------------	---	--------------------------------	---	---	--	--

چک لیست نظارتی برنامه خودمراقبتی

گزینه ها		متن پرسش	ردیف
خیر	بلی		
الف - توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی			
		۱. دلایل رفتاری و غیر رفتاری مشکل تعیین شده است؟	
		۲. رفتارهایی که مراجع باید برای پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی انجام دهد، لیست شده است؟	
		۳. رفتارها بر اساس اهمیت‌شان طبقه‌بندی شده است؟	
		۴. هر رفتار بر اساس تغییرپذیری‌اش طبقه‌بندی شده است؟	
		۵. رفتارها بر مبنای اهمیت و تغییرپذیری آنها اولویت‌بندی شده است؟	
		۶. مواردی ضروری برای یادگیری مراجع تعیین شده است؟	
		۷. اولویت‌های یادگیری تعیین شده است؟	
		۸. روش‌های ارزیابی موفقیت مراجع تعیین شده است؟	
		۹. توان یادگیری مراجع تعیین شده است؟	
		۱۰. عوامل تسریع یا توقف مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی، تعیین شده است؟	
		۱۱. اولویت‌های خودمراقبتی مراجع، تعیین شده است؟	
		۱۲. راهکارهای متناسب با اهداف خودمراقبتی مراجع، تعیین شده است؟	
		۱۳. زمان برای دستیابی به اهداف خودمراقبتی با توجه به شرایط مراجع، تعیین شده است؟	
		۱۴. مسئولیت‌پذیری مراجع بررسی شده است؟	
		۱۵. منابع مراجع تجهیز شده است؟	
		۱۶. فعالیت‌های خودمراقبتی در اجرای برنامه توانمندسازی، براساس اولویت مراجع تعیین شده است؟	
		۱۷. میزان دستیابی به اهداف برای مراجع تعیین شده است؟	
		۱۸. دلایل عدم موفقیت مراجع برای دستیابی به اهداف شناسایی شده است؟	
		۱۹. اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتار مشخص تعیین شده است؟	
		۲۰. عوامل فردی، اجتماعی، محیطی، درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع تعیین شده است؟	

		عوامل تسریع کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه تعیین شده است؟	۲۱.
		عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد، تعیین شده است؟	۲۲.
		اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه تعیین شده است؟	۲۳.
		برنامه از نظر بازنگری و اصلاح بررسی شده است؟	۲۴.
		راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش توزیع شده است؟	۲۵.
		در هر خانوار یک سفیر سلامت تربیت شده است؟	۲۶.
		برای خانواده های بی سواد یا سالمند بدون سرپرست، سفیران افتخاری سلامت تربیت شده است؟	۲۷.
		برای حمایت از خانواده هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری نیستند، رابطان سلامت تربیت شده است؟	۲۸.
		بسته استاندارد آموزش بیمار در بین تمام خانوارهای دارای بیمار مزمن توزیع شده است	۲۹.
		جلسات آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم و بیمار) برگزار شده است؟	۳۰.
		گروه های خودیار و همیار محلی حامی سلامت شناسایی شده است؟	۳۱.
		افراد (سالم و بیمار) نیازمند خودمراقبتی به گروه های خودیار و همیار محلی حامی سلامت معرفی شده اند؟	۳۲.
		کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک) ثبت شده است؟	۳۳.
		ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص های مربوطه و تهیه گزارش های تحلیلی از عملکرد فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه های زمانی خواسته شده انجام شده است؟	۳۴.
		بازخورد بررسی نتایج خودارزیابی مراجع (سالم یا بیمار) به پزشک خانواده داده می‌شود؟	۳۵.
		با مشارکت مراجع (سالم یا بیمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه، برنامه خودمراقبتی فردی تدوین شده است؟	۳۶.
		خدمات آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی یا گروهی برای بهبود سلامت مراجع (سالم یا بیمار) برپایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده انجام شده است؟	۳۷.
		به مراجع (سالم یا بیمار) پس از رفع مشکل یا بهبود بیماری برای خودارزیابی مجدد وضعیت سلامت خویش و تکمیل پرونده خودمراقبتی کمک شده است؟	۳۸.
		جلب حمایت خانواده، گروه های همسان، گروه های خودیار، شوراها برای مراجع (سالم یا بیمار) و سازمان های تحصیل و کار در صورت نیاز انجام شده است؟	۳۹.

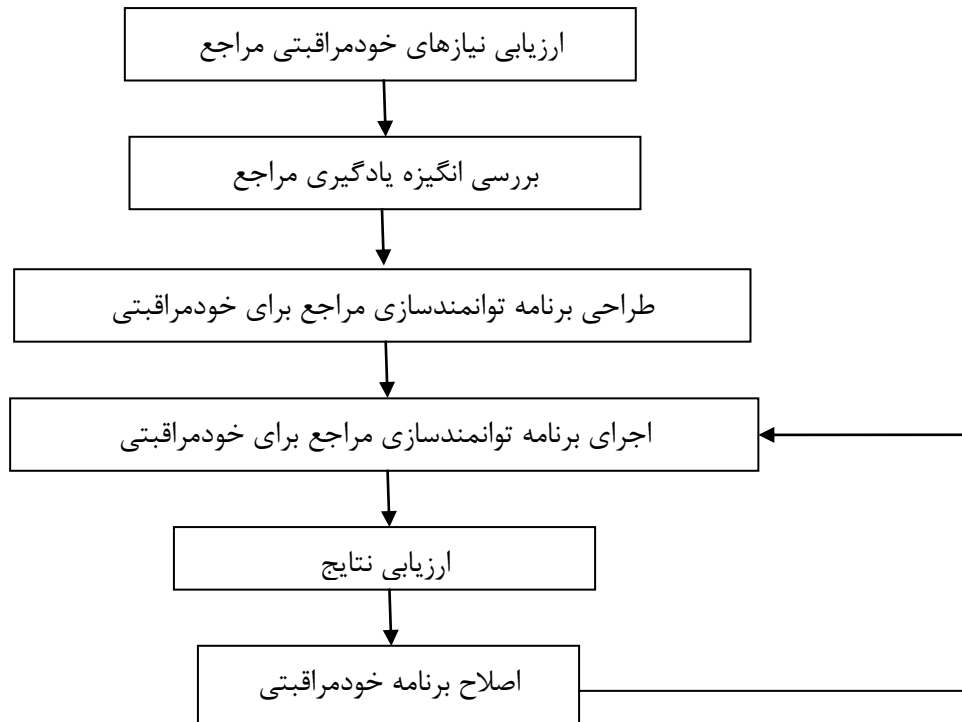
گزینه ها		متن پرسش	ردیف
خیر	بلی		
		ب- برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع	
		مراکز آموزشی تحت پوشش شناسایی شده است؟	۱.
		محل های کار دولتی و غیردولتی تحت پوشش شناسایی شده است؟	۲.
		شوراها و تشکل های مردمی تحت پوشش شناسایی شده است؟	۳.
		در هر موقعیتی، شوراهای ارتقای سلامت با مشارکت ذینفعان طراحی شده است؟	۴.
		اصول برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در شوراهای ارتقای سلامت در هر موقعیت، تدریس شده است؟	۵.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، مرحله پیش برنامه ریزی انجام شده است؟	۶.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، ارزیابی وضعیت موجود انجام شده است؟	۷.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی انجام شده است؟	۸.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، تعیین راهکارها، فعالیت ها و منابع انجام شده است؟	۹.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، توسعه شاخص ها انجام شده است؟	۱۰.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، توسعه شاخص ها انجام شده است؟	۱۱.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، مروری بر برنامه عملیاتی طراحی شده انجام شده است؟	۱۲.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، برنامه اجرا شده است؟	۱۳.
		در برنامه ریزی مشارکتی برای ارتقای سلامت در هر موقعیت، ارزیابی نتایج/ تأثیر برنامه انجام شده است؟	۱۴.

گزینه ها		متن پرسش	ردیف
خیر	بلی		
		ج- برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت	
		مشکل بهداشتی کلیدی که باید مرتفع شود، تعیین شده است؟	۱.
		مخاطبان اولیه برنامه تعیین شده است؟	۲.
		ویژگی های مخاطبان اولیه برنامه مشخص شده است؟	۳.
		مخاطبان کلیدی موثر بر مخاطبان اولیه شناسایی شده است؟	۴.
		ویژگی های مخاطبان کلیدی موثر بر مخاطبان اولیه مشخص شده است؟	۵.
		جدول تحلیل فرد تأثیرگذار تکمیل شده است؟	۶.
		مخاطبان برنامه اولویت بندی شده اند؟	۷.
		مخاطبان در اولویت رتبه بندی شده اند؟	۸.
		خدمات یا محصولات مورد نیاز برای پذیرش رفتار دلخواه، در محیط کار و زندگی مخاطب از نظر فراهم بودن بررسی شده است؟	۹.
		خدمات یا محصولات مورد نیاز برای پذیرش رفتار دلخواه، در محیط کار و زندگی مخاطب از نظر دسترسی بررسی شده است؟	۱۰.
		خدمات یا محصولات مورد نیاز برای پذیرش رفتار دلخواه، در محیط کار و زندگی مخاطب از نظر امکان خرید بررسی شده است؟	۱۱.
		خدمات یا محصولات مورد نیاز برای اتخاذ رفتار دلخواه، در محیط کار و زندگی مخاطب از نظر پذیرش اجتماعی بررسی شده است؟	۱۲.
		منابع ارتباطی موجود برای برنامه شناسایی شده است؟	۱۳.
		بهترین کانال های ارتباطی با مخاطبان برنامه مورد نظر انتخاب شده است؟	۱۴.
		کانال های ارتباطی منتخب از نظر مخاطب تحت پوشش بررسی شده است؟	۱۵.
		کانال های ارتباطی منتخب از نظر هزینه اثربخشی بررسی شده است؟	۱۶.
		کانال های ارتباطی منتخب از نظر اعتبار بررسی شده است؟	۱۷.
		دلایل منطقی کانال های ارتباطی منتخب مشخص شده است؟	۱۸.
		فضای ارتباطی موجود تعیین شده است؟	۱۹.
		همکاران / سازمان های برقراری ارتباط استراتژیک تعیین شده است؟	۲۰.
		میزان حمایت از خدمت یا محصول بهداشتی تعیین شده است؟	۲۱.

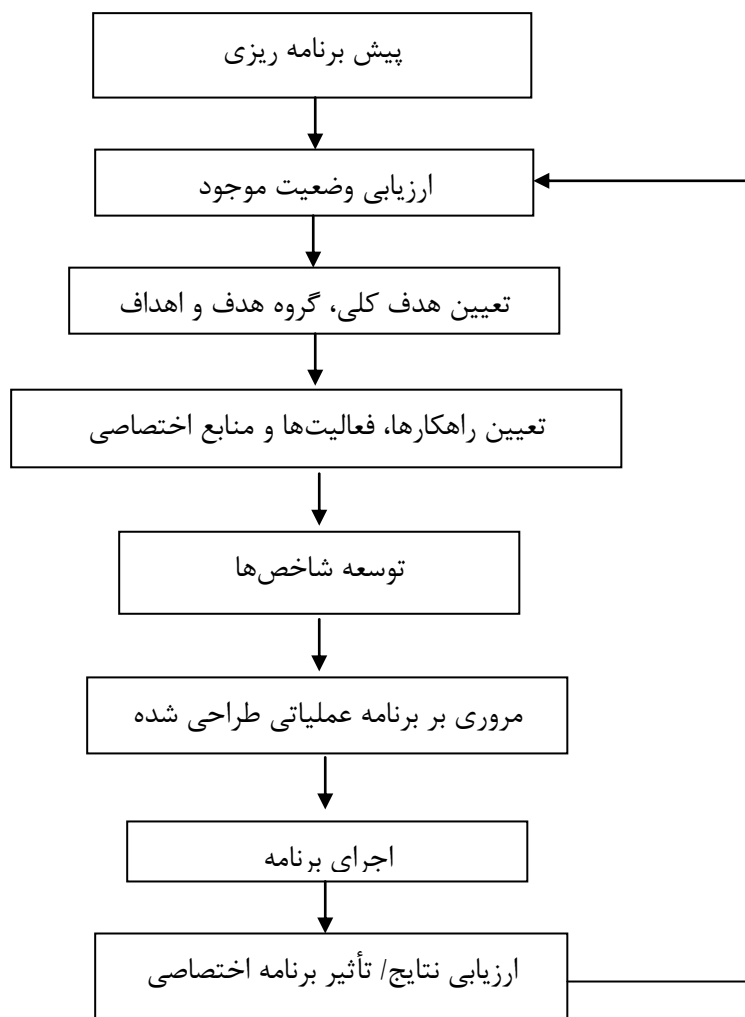
		شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی منطقه اجرای برنامه تعیین شده است؟	۲۲.
		نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای برنامه ارتباطی تعیین شده است؟	۲۳.
		مرحله‌بندی استراتژی ارتباطی با مخاطبان بالقوه تعیین شده است؟	۲۴.
		تاکتیک‌های ارتباطی منتخب مشخص شده است؟	۲۵.
		دلایل منطقی تاکتیک‌های ارتباطی منتخب مشخص شده است؟	۲۶.
		تغییر رفتار مورد نظر در هر گروه از مخاطبان مشخص شده است؟	۲۷.
		میزان تغییر رفتار مورد نظر مشخص شده است؟	۲۸.
		چارچوب زمانی تغییر رفتار مورد نظر تعیین شده است؟	۲۹.
		ارتباط اهداف اختصاصی تغییر رفتار با اهداف برنامه تعیین شده است؟	۳۰.
		شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه ارتباطی تعیین شده است؟	۳۱.
		بیانیه استقرار محصول، خدمت یا رفتار جایگزین مورد نظر تدوین شده است؟	۳۲.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر مخاطبان بررسی شده است؟	۳۳.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر تامین اهداف اختصاصی بررسی شده است؟	۳۴.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر مراحل تغییر رفتار بررسی شده است؟	۳۵.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر زمان پیش‌بینی شده برای تغییر رفتار بررسی شده است؟	۳۶.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر منطقه پوشش بررسی شده است؟	۳۷.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر هزینه اثربخشی بررسی شده است؟	۳۸.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر هویت طولانی مدت بررسی شده است؟	۳۹.
		وضعیت رفتار/ خدمت/ محصول جایگزین منتخب از نظر تطابق با استراتژی ارتباطی بررسی شده است؟	۴۰.
		دلایل منطقی استراتژی ارتباطی منتخب مشخص شده است؟	۴۱.
		حقایق کلیدی پیام تعیین شده است؟	۴۲.
		وعده پیام از نظر منافع آتی حاصل از به کار بستن پیام مورد نظر بررسی شده است؟	۴۳.
		دلایل باور پیام توسط مخاطبان مشخص شده است؟	۴۴.
		چالش‌های رقابتی پیام تعیین شده است؟	۴۵.

		تأثیر نهایی بیانیه و ماندگاری پیام در ذهن مخاطبان بررسی شده است؟	۴۶.
		نکات کلیدی پیام مشخص شده است؟	۴۷.
		نقش‌ها و مسئولیت‌های هر یک از شرکا در استراتژی ارتباطی برنامه مشخص شده است؟	۴۸.
		شرح وظایف روزانه شرکا و نحوه هماهنگی فعالیت‌ها در استراتژی ارتباطی برنامه تعیین شده است؟	۴۹.
		چارچوب زمانی اجرای استراتژی ارتباطی برنامه تعیین شده است؟	۵۰.
		بودجه مورد نیاز برای اجرای استراتژی ارتباطی برنامه تعیین شده است؟	۵۱.
		نظام پایش فعالیت‌های برنامه ارتباطی، طراحی شده است؟	۵۲.
		نظام ارزشیابی فعالیت‌های برنامه ارتباطی، طراحی شده است؟	۵۳.
		تطابق استراتژی ارتباطی منتخب با برنامه بهداشتی مربوطه بررسی شده است؟	۵۴.

چرخه ارائه خدمت توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی



چرخه ارائه خدمت برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی،
محل‌های کار و جوامع



چرخه ارائه خدمت برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت

