



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر آموزش و ارتقای سلامت

به نام خدا

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی

RISK COMMUNICATION AND COMMUNITY ENGAGEMENT



مرداد ۱۴۰۲

Contents

۳
۴	پیش گفتار.....
۶	مقدمه.....
۹	موضوعات کلیدی در بحران.....
۱۰	حیطه های تمرکز در بحران.....
۱۱	تأثیر عوامل رفتاری-اجتماعی در شکل گیری، ماندگاری و کنترل بحران.....
۱۴	اهداف.....
۱۷	چالش های مهم.....
۱۹	گروه های آسیب پذیر.....
۲۱	ساختار اجرایی.....
۲۵	مبادی مرزی.....
۳۰	مدیریت اینفودمی و شایعات.....
۳۴	راهکارهای مدیریت اینفودمی.....
۴۳	طراحی پیام.....
۵۲	سخنگوی بحران.....
۵۵	کانال های ارتباطی.....
۵۸	سوکو (SOCO).....
۶۰	چارچوب تغییر رفتار.....
۶۲	شاخص های RCCE.....
۷۱	چک لیست.....

نویسندگان:

دکتر فرشید رضایی، دکتر آتوسا سلیمانیان، دکتر افروزه
کاظمی، دکتر امیر نصیری

و اعضای کمیته کشوری ارتباطات خطر و مشارکت
اجتماعی، انجمن جامعه شناسی ایران، انجمن مطالعات
فرهنگی و ارتباطات

زیر نظر

دکتر حسین فرشیدی

به روز رسانی ها در نسخه ۰۳ :

- طراحی پیام
- SOCO
- مبادی مرزی
- مدیریت اینفودمی
- کانال های ارتباطی

پیش‌گفتار

بعد از طاعون ترسناک‌ترین نامی که در بیماری‌های عفونی شنیده شده است «ابولا» است و بعد از پاندمی کووید-۱۹ مهم‌ترین واقعه بهداشتی واگیر در ابتدای قرن ۲۱ محسوب می‌شود. هر چند در بیماری ایدز به عنوان یک استثنا، از استراتژی‌های ارتقای سلامت استفاده شده است اما تا قبل از همه‌گیری ابولا، مسوولان مدیریت بیماری‌های واگیر در جهان در برنامه‌های خود از رویکردهای ارتقای سلامت بهره‌نمی‌گرفتند و از سوی دیگر در دیدگاه‌های تخصصی ارتقای سلامت نیز تمرکز اصلی بر روی بیماری‌های غیرواگیر بود. همه‌گیری بزرگ ابولا در غرب آفریقا برگ‌جدیدی در کتاب‌های مدیریت بحران‌های زیستی اضافه نمود و آن نقش پررنگ و کلیدی برنامه مشارکت اجتماعی در کنترل همه‌گیری‌ها بود. تا قبل از این بحران معمولاً با اقدامات بهداشت محیطی و واکسیناسیون امکان کنترل شرایط اضطراری و همه‌گیری میسر می‌گردید اما درس‌آموخته‌های بی‌شمار ابولا و ایدز به همگان ثابت نمود که در مدیریت پاندمی‌ها و بحران‌های زیستی، موضوع «مشارکت اجتماعی» موضوعی لاینفک از برنامه‌های بهداشت است و ظرفیتی حیاتی برای یک کشور محسوب می‌شود. پس از پاندمی سارس در سال ۲۰۰۳ و تدوین مقررات بین‌المللی IHR مقرر گردید کشورهای جهان ظرفیت‌های کلیدی برای آمادگی و پاسخ به بحران‌های بهداشتی ایجاد نمایند و اساس این ظرفیت‌سازی‌ها همکاری‌های بین‌بخشی و برنامه‌های دارای پشتوانه قانونی و اعتبارات متناسب بود. هر چند یکی از ظرفیت‌های کلیدی مقررات بین‌المللی بهداشت، ظرفیت ارتباطات خطر (Risk Communication) بود اما در آن سند بین‌المللی نیز به طور واضح از برنامه‌های مشارکت اجتماعی نام برده نشده بود. پس از ابولا، نقش مشارکت اجتماعی و مشارکت مردمی به عنوان ابزاری برای تسهیل مسیر دستیابی به اهداف سایر برنامه‌های تخصصی و تقویت‌کننده برنامه ارتباطات خطر، توسط کارشناسان جهانی مشاهده شد و ارتباطات خطر که ابزاری برای توانمندسازی جامعه و تقویت برنامه مشارکت اجتماعی محسوب می‌شد بطور لاینفکی به برنامه مشارکت اجتماعی متصل شد، به گونه‌ای که از آنها در بسیاری اسناد جهان به عنوان یک برنامه دوقلو مهم بهداشتی نام برده می‌شود.

اشاره مختصر به همه‌گیری ابولا و آنچه در غرب آفریقا در مبارزه با این بیماری به شدت مرگبار و خوفناک رخ داد می‌تواند به روشن شدن جایگاه «مشارکت اجتماعی» و نقش حیاتی آن در برنامه‌های کنترلی بهداشت و جلوگیری از فروپاشی کامل کشورهای درگیر کمک کند. مرور تجربه‌های تیم‌های بهداشتی در مدیریت ابولا بهترین مثال برای چگونگی ادغام ارتباطات خطر در بحران به مشارکت اجتماعی است.

در آغاز همه‌گیری ابولا که بسیاری از مردم غرب آفریقا این همه‌گیری را انکار می‌کردند و در مورد ماهیت مرگبار آن و راه‌های انتقال آن اطلاعاتی نداشتند و وضعیت به شدت بحرانی بود، برنامه‌های ارتباطات خطر در بحران آغاز شد (Crisis communication)

در آن زمان تجربه‌های قبلی از ابولا تنها داشته‌های مسوولان بهداشت بود، بیماری با ۹۰٪ کشندگی. پیام‌های ارسالی در قبال بی‌تفاوتی جامعه چنین بود: ابولا می‌کشد! درمان ندارد! از راه گوشت شکار و خفاش منتقل می‌شود. ابزار و کانال‌های انتشار پیام در فاز اول این پاسخ، رسانه‌های جمعی مانند رادیو و تلویزیون و پوسترها بودند. نتیجه تلاش‌ها نیز چیزی جز انکار بیشتر مردم و عدم اعتقاد به حضور ابولای مرگبار نبود. مردم اعتقاد داشتند که در خانه می‌مانیم و دیگر نه ابولایی خواهد بود و نه درمانی لازم است و نه مرگی رخ خواهد داد چون ابولا بیماری مناطق روستایی و دور دست است و حتی ترجیح می‌دادند اگر می‌میرند در خانه خود بمیرند. درک خطر به شدت پایین بود و فرهنگ منطقه اجازه نمی‌داد جز به طرح توطئه سپیدپوستان و شایعه‌سازی به موضوع دیگری باور داشته باشند.

در فاز دوم، کمپین‌ها شکل گرفت. هر چند تقاضا برای دانستن بیش از پاسخ‌های رسانه‌ای بود. هدف، افزایش آگاهی و بسیج اجتماعی بود و به تدریج ابولا در شهرهای بزرگ گسترش می‌یافت. رفتارهای پرخطری مانند تدفین غیربهداشتی و عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی منجر به شعله‌ور شدن بیشتر بیماری شده بود و اجساد در خیابان‌ها رها می‌شدند. پیام‌کمپین‌ها تغییر کرده بود، در مورد علائم و نشانه‌های بیماری می‌نوشتند و هدف افزایش آگاهی بود. "ابولا یک واقعیت است!" معرفی خطوط تلفن برای ارتباط با مردم و پاسخگویی فعال شد. علاوه بر رسانه‌های جمعی، از ماشین‌های بلندگو دار و انواع رسانه‌های چاپی

و دیوار نویسی، طراحی بر روی ماشین ها و نیروهای داوطلب مردمی برای اطلاع رسانی و افزایش ارتباط و بسیج اجتماعی بهره گرفته می شد. نتیجه همچنان عدم اعتماد به پیام ها و تیم های پاسخ دهنده و هر کس که با آنها همکاری می کرد، بود. با شکست نسبی اغلب راه های کلاسیک اطلاع رسانی و بسیج اجتماعی، متخصصان بهداشت راهکار آخر را پیش پای مسوولان کشورهای درگیر گذاشتند: "استفاده از خود جامعه به عنوان راه حل"، "بازسازی اعتماد از دست رفته".

در فاز سوم پاسخ به ابولا از برنامه «مشارکت اجتماعی» به عنوان ابزاری جهت اعتمادسازی و تقویت پاسخ در کنترل مرگبار ترین بیماری قرن کمک گرفته شد. پیام های جدیدی طراحی شد و از عدم تماس با اجساد به عنوان یکی از مهمترین راه های پیشگیری صحبت شد. از ارزش درمان به هنگام به عنوان راهی برای افزایش شانس زنده ماندن صحبت شد. به یکی از مهمترین ریشه های رفتاری-اجتماعی تداوم طغیان ابولا یعنی "انگ به افراد زنده مانده" اشاره شد و پیام هایی برای رفع انگ طراحی گردید. راه انتقال پیام به برنامه های آموزش و توانمندسازی جامعه، ارتباطات فرد به فرد و بهره گیری از آموزش همسان تغییر یافت. آموزش در نشست های اجتماعی آغاز شد و از سرشناسان و افراد تاثیر گذار مذهبی و مورد اعتماد بهره گرفته شد. نتیجه جالب توجه بود. استقبال سرشناسان مذهبی و اجتماعی با همراهی بیشتر مردم و افزایش اعتماد به برنامه های بهداشتی و مناسب برای گروه های در معرض خطر، به شکل کاملاً منطقه ای و محله محور انجام می شد.

به این تربیت تیم های بهداشتی با تقویت برنامه های ارتباطات خطر و افزایش درک خطر جامعه به کمک برنامه های مشارکت اجتماعی به اهداف خود در نجات جامعه دست پیدا نمودند و افزایش اعتماد و انجام رفتارهای بهداشتی به کنترل همه گیری مرگبار منجر گردید.

دکتر فرشید رضایی

سرپرست دفتر آموزش و ارتقای سلامت

مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت ارتباطات خطر به تبادل اطلاعات، نظرات و تصمیمات اثربخش در زمان درست بین مردم و کارشناسان و مدیران است که یکی از اجزای مهم مدیریت بحران است و در مراحل کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی یک فوریت سلامت عمومی برای دعوت به تصمیم‌گیری آگاهانه، تغییر رفتار مثبت و حفظ اعتماد به کار می‌رود. در مدل ادغام یافته ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت نقش ارتباطات خطر شامل ۵ گام اساسی مشتمل بر سیستم ارتباطات خطر، هماهنگی داخلی و بین‌سازمانی، ارتباطات عمومی، مشارکت اجتماعی جامعه تحت تاثیر و رصد پویا و مدیریت شایعات است.

از سوی دیگر می‌توان ارتباطات خطر را فرایندی پیچیده، چندبعدی و بلندمدت دانست که با فزاینده‌ی مناسب مبتنی بر چرخه بحران می‌تواند نقش بسیار مهم و حیاتی در کاهش خطر و آمادگی سازمانی و فرا سازمانی داشته باشد. همچنین در ارتباطات خطر پاسخ مناسب، مبتنی بر نیاز، بدون هدر رفت منابع و موازی کاری ایجاد شده و منجر به بهبود فرایندهای بازتوانی و از همه مهم‌تر تاب‌آوری سیستم سلامت در تمام مراحل مدیریت سلامت در فوریتها می‌شود.

با توجه به ساختار نظام سلامت کشور و وقوع بحران‌ها در سطوح محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی، ارتباطات خطر تحت تاثیر عوامل مختلفی است. با توجه به عواملی همچون فرهنگ و اعتقادات مردم، نظام رسانه‌ای، زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات، تعدد سازمان‌ها و واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت، استقرار شبکه چند مرحله‌ای و چندلایه‌ای ارتباطات خطر سلامت و ارزیابی آن در رده‌ها و فازهای مختلف امری الزامی است. این استقرار و ارزیابی متناوب منجر به ارتباطات، انتقال اطلاعات دقیق و صحیح مطابق با نیازها و مأموریت ذینفعان و ایجاد نظم اطلاعاتی و ارتباطی و در نهایت مدیریت صحیح، علمی و اثربخش فوریت‌ها بالاخص همه‌گیری‌ها، خواهد شد.

یکی از مهمترین اهداف ارتباطات خطر آگاهی بخشی است، این فرایند منجر به ارتقا سطح شناخت از خطرها و عملکرد مناسب برای کاهش مواجهه با مخاطره‌ها می‌شود. فعالیت‌های آگاهی بخشی عمومی شامل اطلاعات عمومی، انتشار، آموزش، اطلاع‌رسانی دوسویه و تعاملی از طریق همه رسانه‌ها و شبکه‌های اطلاع‌رسانی کشور اعم از رادیو و تلویزیون، رسانه‌های چاپی، روزنامه‌های کثیرالانتشار، نشریات خبری، خبرگزاری‌ها، رسانه‌های دیجیتال و دیگر فناوری‌های نوین ارتباطی و اطلاع‌رسانی و همچنین ایجاد مراکز و شبکه‌های اطلاعاتی و فعالیت‌های اجتماعی و مشارکتی است.

یکی از اقدامات اثربخش در راستای ارتباطات خطر، استفاده از شیوه ارتباطات جمعی است. ارتباطات جمعی فرآیندی ارتباطی است که طی آن یک سازمان، پیام‌های عمومی حوزه سلامت را تولید و در بین مخاطبان بسیار، ناهمگن و پراکنده منتشر می‌نماید. در این نوع ارتباط از تمامی رسانه‌های صوتی، تصویری، الکترونیکی و چاپی به‌عنوان کانال اطلاع‌رسانی و واسطه استفاده می‌شود.

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

همچنین مدیران سازمانی باید با مدیریت موثر ارتباطات برای برقراری ارتباط روشن، دوسویه، پایدار و به موقع برای مدیریت اقدامات و فوریت‌های اضطراری و مدیریت افکار عمومی و جلوگیری از بروز شایعات و اخبار نادرست آشنا شده و در تمامی فرایندهای ارتباطی آن را مد نظر قرار دهند.

در زمان وقوع فوریت‌ها با توجه به تقاضای بسیار زیاد برای اطلاعات از سوی افکار عمومی، سایر سازمان‌ها و نهادهای ذینفع، مدیران و سیاست‌گذاران و همچنین مسئولین کشوری و از طرف دیگر به دلیل وجود چارچوب زمانی بسیار فوری، نیاز به انتشار سریع و موثر اطلاعات است که باید مورد توجه قرار گیرد. در همین چارچوب زمانی فوری اطلاعات غلط، شایعات و تناقض اخبار نیز فرایند ارتباطات خطر رو دچار خدشه خواهد کرد، لذا باید به تمام این عوامل برای استقرار صحیح فرایند ارتباطات خطر در زمان فوریت‌ها و همه‌گیری‌ها توجه کرد.

در واقع در ارتباطات خطر باید با استفاده از استراتژی‌های تعاملی، تاکتیک‌های مختلف ارتباطی، ارتباطات رسانه‌ای، رسانه‌های اجتماعی، کمپین‌های اطلاع‌رسانی و ترکیبی از انواع ارتباطات درون سازمانی به صورت افقی و عمودی، برون سازمانی و بین بخشی، مشارکت جوامع و ذینفعان را در راستای سیاست‌های نظام سلامت افزایش داده تا منجر به ارتقا سلامت جمعی گردد.

مولفه‌های ارتباط خطر شامل نیازسنجی، برنامه‌ریزی هدفمند، بهبود زیرساخت ارتباطی، اعتماد سازی، پاسخگویی و ارزیابی است، اما این نکته قابل تامل است که در فرایند ارتباطات خطر با جامعه و افکار عمومی مواجه هستیم و عاملی به عنوان انسان، لذا ارزیابی در طول اجرای فرایند باید به صورت مستمر انجام گرفته و اصلاحات و بازنگری‌های لازم انجام شود.

فرایند ارتباطات خطر سلامت دارای اجزای مختلفی است. بر اساس شاخص‌های اعتباربخشی، اولین قسمت از برنامه پاسخ به فوریت‌ها همچون همه‌گیری‌ها، وجود سامانه هشدار اولیه است و به گونه‌ای عمل می‌کند که آمادگی نظام سلامت به حادثه را با قابلیت‌های در دسترس به بالاترین سطح برساند و تلاش می‌نماید تا جمعیت در معرض خطر پیش از مواجهه با حادثه، از آن آگاه شوند. بنابراین رصد رویدادها بالاخص همه‌گیری‌ها، ایجاد زیرساخت‌های ارتباطی تعاملی، ارسال پیام هشدار و اطمینان از درک آن توسط گروه هدف از مولفه‌های پایه و اساسی ارتباطات خطر سلامت می‌باشد.

و در نهایت الزامات ارتباطات خطر شامل اعتبار است که به واسطه ارائه اطلاعات صحیح و به موقع ایجاد خواهد شد. صداقت الزام دیگری است که باید بعنوان اصل اساسی اطلاع‌رسانی مورد توجه مدیران باشد زیرا باعث شفافیت و اطمینان بخشی می‌گردد. از طرف دیگر باید اطلاعات فنی، مبتنی بر شواهد با توجه به شرایط جامعه به لحاظ فرهنگی، زبانی و عقاید و ارزش‌ها ارائه شود. اطلاع‌رسانی باید با توجه به ارزش‌های عمومی و منطبق بر ارزش‌های حاکم بر جامعه باشد و در نهایت لازم است که گزارش در خصوص اقدامات انجام شده به مردم ارائه شود زیرا همین امر موجب اعتبار سازی سازمانی خواهد شد.

لازم به ذکر است راهبردهای رسانه‌ای مختلفی در ارتباطات خطر استفاده می‌شود، ولی با توجه به رویکرد نظام سلامت و اهمیت آن باید از راهبردهای ابتکاری و فعالانه استفاده کرد. در این راهبردها با پذیرش وجود انواع فوریت‌ها همچون پاندمی‌ها باید عملکرد فعالانه داشت، پیش‌بینی‌های لازم را برای مقابله با شرایط موجود انجام داد و علاوه بر اطلاع‌رسانی و مدیریت در زمان وقوع، در مرحله بعد از این بحران ارتباطی باید ریشه‌های وقوع را بررسی کرد و مستندسازی تجارب و درس‌آموخته‌ها را انجام داد تا بتوان در شرایط مشابه در آینده از آنها استفاده کرد.

انواع راهبردهای رسانه ای در مواجهه با بحران

نگرش مثبت به بحران (بحران به مثابه فرصت)	راهبرد فوق فعال
نگرش منقی به مثابه بحران (بحران به مثابه تهدید)	راهبرد فعال راهبرد واکنشی راهبرد انفعالی
انطباق دادن خود با شرایط بحرانی (پیرو بودن)	انطباق دادن شرایط بحرانی با خود (پیشرو بودن)

علل شکست ارتباطات خطر به خصوص در حوزه سلامت که باعث سردرگمی جامعه خواهد شد:

- تعلل در اقدام ارتباطی و قرارگرفتن در شرایط دفاعی
- وجود چندصدایی در مدیریت ریسک
- انتشار دیر هنگام اطلاعات
- نگرش سیاسی و سیاست زدگی در اطلاع رسانی
- عدم مدیریت صحیح اینفودمی
- انتشار پیام های ترکیبی و زیاد از چندین متخصص
- ارسال اطلاعات متناقض

موضوعات کلیدی در بحران

- عدم قطعیت
- اینفودمی و شایعات
- فرسودگی ناشی از تداوم بحران
- حفظ و افزایش اعتماد
- مشارکت اجتماعی و ایجاد مطالبه‌گری در رفتارهای بهداشتی
- اطلاع‌رسانی دقیق و اقناع افکار عمومی
- انگ ناشی از بحران
- فشار اقتصادی ناشی از محدودیت‌های اجباری

حیطه های تمرکز در بحران

- ضرورت به دست گرفتن ابتکار عمل در روایت سازی
- آگاهی از سوالات، ابهامات و اخبار جعلی و ایجاد بستر مناسب برای پاسخگویی و گفتگو
- آگاهی از موضوعات مورد توجه افکار عمومی
- ارزیابی محرک های رفتاری و اجتماعی و اتخاذ رویکردهایی برای توانمندسازی مردم و ترویج رفتارهای سالم
- تبدیل دانش و اطلاعات مبتنی بر شواهد به پیام های قابل اجرا و قابل فهم برای مخاطب
- افزایش فرصت برای جوامع برای مشارکت در طراحی و انجام مداخلات بهداشتی
- بهره گیری از سرمایه های اجتماعی و ظرفیت مردمی در مداخلات محله محور، مردم محور، داده محور
- تقویت ارزیابی خطر و اصلاح فرایند تصمیم گیری با استفاده از شواهد به دست آمده از رصد شبکه های اجتماعی، انجام مطالعات نگرش سنجی و درک خطر جامعه، گفتگو با جوامع و پژوهش در حوزه علوم اجتماعی
- جلب حمایت برای قرار دادن اولویت ها و نیازهای جامعه
- تشویق برای دریافت خدمات ارایه شده در نظام سلامت، (مانند انجام آزمایش، دریافت واکسن و درمان به هنگام) و همچنین دستورالعمل های بهداشتی
- پاسخگویی سیاست گزاران و مسئولین کنترل و مدیریت بحران

تأثیر عوامل رفتاری-اجتماعی در شکل گیری، ماندگاری و کنترل بحران

«برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی» (RCCE) از داده های رفتاری - اجتماعی برای شناسایی راه های کاهش خطر استفاده می کند. این بدان معنی است که درک خطر و نگرش فرد، موانع و عوامل موثر بر توانمندی و انگیزه فردی برای ایجاد و حفظ رفتارهای بهداشتی، اهمیت دارد.

نگاهی به ابعاد تاثیرگذار رفتاری- اجتماعی

دانش و آگاهی

- سطح درک خطر بین گروه های مختلف متغیر است و تحت تأثیر ترکیبی از عوامل اجتماعی- رفتاری مانند سن، رشته تحصیلی و محیطی که در آن زندگی می کنند، است.
- مطالعات نشان می دهد که موضوع درک خطر متفاوت از دانش بوده و ممکن است گروه هایی از جامعه علیرغم دانش کافی، از درک خطر مناسب برخوردار نباشند.

اطلاعات و ارتباطات

- به روز رسانی اطلاعات و عدم ثبات دانسته های قبلی، بر میزان اعتماد مردم به اطلاعات دریافتی و به افرادی که این اطلاعات را ارائه می دهند تأثیر می گذارد.
- استفاده از منابع و کانال های اطلاعاتی مطمئن برای برقراری ارتباط به موقع جهت ارائه اطلاعات دقیق و مبتنی بر شواهد، بسیار مهم است.
- میزان اعتماد مردم به اطلاعات علمی و واقعی که توسط منابع رسمی منتشر می شود بالا است. معمولاً بالاترین سطح اعتماد مردم به اطلاعات منتشر شده توسط محققین، پزشکان و متخصصان بهداشت است.
- اطلاعات باید از طریق کانال های مناسب ارائه شود.
- شخصیت های اجتماعی، به ویژه چهره های مذهبی و سرشناسان می توانند نقشی حیاتی در ارائه اطلاعات داشته باشند.
- در حالی که دسترسی به منابع اطلاعات آنلاین در حال افزایش است، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد اعتماد به آنها به طور کلی کم است.
- حجم اطلاعات غلط به خصوص در شبکه های اجتماعی در بحران ها بقدری بالا است که در برخی مواقع مردم را در تشخیص اطلاعات درست گمراه می کنند.

پایبندی به دستورعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی

- مردم با اقدامات محدود کننده فعالیت های اقتصادی تمایل کمتری دارند. داده های اخیر نشان می دهد که عدم امنیت غذایی و از دست دادن درآمد می تواند بر رعایت دستورالعمل های بهداشتی تأثیر بگذارد.
- پایبندی به تدابیری که اجتماعات را محدود می کند اغلب ضعیف است. این موضوع تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی- اجتماعی قرار دارد و نیاز به مشارکت اجتماعی دارد.
- سطح پایین آگاهی در مورد خطر، پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی را کاهش می دهد.
- پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی تحت تأثیر خصوصیات فردی و فرا هنجارها قرار دارد.

درک خطر

- درک خطر از خود خطر مهم تر است و در افراد به عوامل مختلفی بستگی دارد، میزان باور مردم به توانمندی خود در کنترل بحران معمولاً پایین است و احساس می کنند کمتر می توانند در تصمیم گیری های اجتماعی مشارکت کنند که این امر رعایت دستورالعمل های بهداشتی را کاهش می دهد.

فاصله فیزیکی و فاصله روانی

- رعایت فاصله فیزیکی احتمالاً تحت تأثیر عوامل ساختاری از جمله زمینه های اجتماعی، محیطی، مهاجرت، دسترسی به فضای کافی، ویژگی های فردی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و جنسیت است.
- هنجارهای درک شده می توانند به یک عامل مهم برای حفظ فاصله فیزیکی تبدیل شود.
- فاصله روانی به بخشی از درک خطر مردم در مورد اینکه مخاطره مورد نظر در چه حد مخاطره آمیز است و در چه زمانی و در کدام مکان جغرافیایی رخ می دهد و کدام اقشار و افراد در معرض خطر هستند اشاره دارد. افرادی که فاصله روانی بیشتری از مخاطره ی خطیر دارند ممکن است احساس امنیت بیشتری داشته باشند در حالیکه خطر جدی آنها را تهدید کند و لذا ممکن است اقدامات بهداشتی مناسب را انجام ندهند.

خود جداسازی (ایزولاسیون)

- پایبندی به خودجداسازی در مقایسه با سایر اقدامات فردی کمتر است.
- در کشورهایی با درآمد کم و متوسط، در درجه اول خانواده ها مسوولیت مراقبت از افراد آسیب پذیر را برعهده دارند.
- به نظر می رسد سیاست های اجباری کمتر از روش های داوطلبانه موثر هستند. شواهد جدید در حوزه علوم اجتماعی نشان می دهد که حمایت خانوار بهتر و ارجح تر است.
- نگرانی در مورد تأثیر مشکلات اقتصادی بر خانوار (به عنوان مثال از دست دادن معیشت افراد و...) می تواند مانعی برای حمایت از افراد آسیب پذیر باشد.

دریافت مراقبت های بهداشتی

- گاهی مشاهده می شود که علیرغم بروز علائم بیماری، فرد بیمار برای دریافت خدمات بهداشتی اقدام نمی کند. این موضوع تحت تأثیر متغیرهای مختلفی از جمله عوامل ساختاری، سطح پایین آگاهی از علائم بیماری، ترس از انگ، اطلاعات غلط و تمکن مالی قرار دارد.

مقبولیت درمان

- مقبولیت درمان در گروه های مختلف متغیر است.
- اطلاعات غلط و شایعات می تواند تأثیر منفی بر اعتماد مردم به اثربخشی درمان داشته باشد.
- تیم سلامت نقش مهمی در پذیرش درمان در میان بیماران و یا جوامع خود دارند.

تأثیرات ثانویه بحران

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

- در بحران ها، افراد دارای بیماری زمینه ای به دلایل مختلفی ممکن است از دریافت خدمات سلامت محروم شوند.
- مشکلات دسترسی به خدمات بهداشتی غیر مرتبط با بحران، تحت تأثیر محدودیت های ساختاری و مالی و ترس از ابتلا به عامل خطر در مراکز بهداشت است.

اهداف

هدف کلی

افزایش سواد سلامت، اعتماد و انسجام اجتماعی مبتنی بر رویکردهای مردم محور و جامعه محور

اهداف استراتژیک

برای دستیابی به هدف کلی، چهار هدف استراتژیک بیان شده است.

۱- جامعه محور باشد

تسهیل پاسخ های جامعه محور از طریق بهبود کیفیت و ثبات رویکردهای RCCE جامعه باید نیازهای خود را ارزیابی کند و در تجزیه و تحلیل اطلاعات، برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی پاسخ های جامعه محور مشارکت کند.

فعالیت های نشانگر:

- رعایت حداقل استاندارد های ارتباطات خطر در بحران
 - تدوین استراتژی در مورد موضوعات اولویت دار
 - همکاری هدفمند برای مدیریت اینفودمی
 - پایش و ارزشیابی فعالیت های RCCE
- برای دستیابی به این هدف باید:
- اقدامات و ابزارهای به کار گرفته شده مستندسازی شده و تجربیات موفق به اشتراک گذاشته شود.
 - استراتژی هایی برای جلوگیری و رفع انگ و تبعیض، غلبه بر خستگی ناشی از همه گیری، حفظ و افزایش اعتماد تدوین شود.
 - جهت کاهش تأثیرات اینفودمی، برنامه های مدیریت اینفودمی، سواد رسانه ای و سواد سلامت تقویت شود.
 - دسترسی به فضای مجازی گسترش یابد و کانال های معتبر و متناسب با گروه های هدف معرفی شود، در عین حال گروه های آسیب پذیر که توانایی استفاده از فضای مجازی را ندارند فراموش نشوند.
 - برای فعال کردن رویکردهای جامعه محور جهت انجام اقدامات تشخیصی، غربالگری، درمان و واکسن ها بر فرآیندها و سیستم های تقویت کننده حس مالکیت جامعه سرمایه گذاری شود.
 - مهارت های ارتباط بین فردی و جلب مشارکت در تیم سلامت (نیروی کار رسمی و غیر رسمی) و سایر ذینفعان تقویت شود و ابزارهای لازم فراهم گردد.
 - محتوا و رسانه های لازم متناسب با گروه هدف و قابل دسترس فراهم گردد.
 - جهت تداوم توانمندسازی و مشارکت اجتماعی نیاز های سیستم شناسایی و مرتفع گردد.
 - برنامه پایش و ارزشیابی فعالیت های RCCE طراحی و اجرا گردد.

۲- داده محور باشد

تولید، تحلیل و استفاده از شواهد مرتبط با بافت جامعه و ظرفیت ها، ادراک خطر و رفتارها تقویت استفاده از ظرفیت رسانه برای شناخت نیازهای اطلاعاتی، پاسخ دهی مناسب و ایجاد جریان رفتار مناسب در مردم فعالیت های نشانگر:

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۳

- شناسایی نواقص اطلاعاتی موجود و رفع آنها
 - تقویت پایش رسانه ها، شنیدن صدای جامعه و سیستم های بازخورد جامعه
 - استفاده از داده ها برای حمایت از اولویت های جامعه
- برای دستیابی به این هدف باید:
- در تدوین برنامه های پژوهشی (جمع آوری و تجزیه و تحلیل شواهد) به منظور تصمیم گیری مبتنی بر شواهد تصمیم گیرندگان نیز مشارکت داده شوند.
 - شواهد و مجهولات موجود در زمینه داده ها و ابزار مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل شناسایی و مورد استفاده قرار گیرد.
 - برنامه های پژوهشی جهت رفع مجهولات تدوین شود و مسیر گردش داده ها و اطلاعات تعیین گردد.
 - جهت سنجش پیامدهای مداخلات انجام شده، شاخص های استاندارد تعیین گردد و چارچوب پایش ایجاد شود.
 - داده های مطالعات در کنار داده های اپیدمیولوژیک و داده های خدمات ارائه شده سلامت مورد استفاده تصمیم گیران قرار گیرد.
 - سیستم های رصد شبکه های اجتماعی و پایش رسانه ها تقویت گردد.
 - برنامه جمع آوری سوالات پرتکرار به تفکیک اطلاعات جمعیتی، موقعیت مکانی، زبان، جنسیت، سن و... تدوین شود و بر اساس محتوای موجود پاسخ ارائه شود.
 - داشبوردی برای به تصویر کشیدن متغیرهای اجتماعی و اطلاعات به دست آمده از تحقیقات به منظور ادغام با داده های بخش های ارائه خدمت و اپیدمیولوژیک ایجاد شود.
 - ابزارها، رویکردها و ظرفیت های موجود جهت حمایت از برنامه های پژوهشی تدوین شده و براساس بافت جامعه، بومی سازی گردد.
 - سیستم مناسب جهت مدیریت دانش و مستند سازی اقدامات، درس آموخته ها و تجارب موفق ایجاد گردد.
- ۳- ظرفیت و راه حل های محلی تقویت شود
- تقویت ظرفیت و راه حل های محلی برای کنترل همه گیری و کاهش تأثیرات آن
- برای دستیابی به مشارکت اجتماعی مناسب باید برنامه RCCE با استفاده از ظرفیت ذی نفوذان محلی اجرا شود. نهادهای محلی معتمد مردم به دلیل آنکه با فرهنگ، زبان و تاریخچه منطقه آشنا هستند بهترین ابزار برای اجرای برنامه های مبتنی بر مشارکت اجتماعی هستند.
- فعالیت های نشانگر:
- شناسایی مهارت های کلیدی و ظرفیت های ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی
 - تسهیل نیازسنجی ظرفیت های مشارکتی
 - تدوین و اجرای استراتژی های ظرفیت سازی
- برای دستیابی به این هدف باید:
- مهارت ها و شایستگی های مورد نیاز برای رویکردهای RCCE در زمینه ها و شرایط مختلف شناسایی شود، این مهارت ها بر اساس حداقل استانداردهای توافق شده RCCE و شامل رویکردهای مشارکتی، تسهیلی، هماهنگی، جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها می باشد.
 - حمایت فنی از سایر ذینفعان در نیازسنجی و شناسایی اولویت های RCCE جهت ایجاد ظرفیت های جدید مشارکتی انجام شود.
 - ظرفیت های موجود و مورد انتظار جهت اجرای برنامه RCCE و سایر برنامه های فنی (به عنوان مثال رهگیری) تعیین شود.

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۳

- جهت ارتقای کیفیت رویکردهای RCCE استراتژی‌های دستیابی به اولویت‌های مشخص شده تعیین، اجرا و پایش گردد.
 - ظرفیت رسانه‌ها و سازمان‌های ارتباطی ملی و محلی برای برقراری ارتباط دقیق و مقابله با اطلاعات غلط تقویت گردد.
 - آموزش همسان در سطوح مختلف (به عنوان مثال بین نهادهای دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد، سفیر سلامت، رابط سلامت محله، بسیج) برای شناسایی راه‌حل‌های محلی و اشتراک تجربیات موفق اجرا شود.
 - منابع آموزشی و علمی متناسب با مخاطب فراهم شود.
 - ۴- مبتنی بر همکاری و رویکرد مشارکتی باشد
- تقویت رویکرد هماهنگ در برنامه RCCE برای افزایش کیفیت، یکپارچگی، بهینه‌سازی و ادغام آن با برنامه‌های سلامت واحد (one health)
- برای پاسخ موثر بهداشتی جامعه محور به بحران باید اقدامات گروه‌های اجتماعی مردمی، بخش خصوصی، سازمان‌های مردم‌نهاد، نهادهای دولتی و بسیج در قالب یک برنامه ملی واحد تحت نظارت سیستم بهداشت و درمان برنامه ریزی و اجرا شود. فعالیت‌های نشانگر:
- شناسایی زیرساخت‌ها و عضوگیری صحیح
 - تسهیل ارزیابی مشترک، برنامه ریزی، پایش و حمایت
 - ادغام RCCE در برنامه‌های کشوری پاسخ به بحران
- برای دستیابی به این هدف باید:
- گروه‌های مشارکتی تمام ذینفعان به عنوان مکانیسم کلیدی برای هماهنگی RCCE تشکیل شود.
 - رئیس، اعضا و ساختارهای مشارکتی مناسب برای اقدامات بهداشتی تعیین شود. در این ساختار مشارکتی باید سازمان‌های مردمی تولیدکننده و انتشاردهنده رسانه‌ها عضو باشند.
 - شناسایی دقیق و تهیه لیست موسسات و سازمان‌های ذینفع خدمت‌رسان به مردم بویژه گروه‌های آسیب‌پذیر انجام گیرد.
 - جهت اقدام مشترک در زمینه‌های ارزیابی، برنامه ریزی و جلب حمایت برای افزایش اثربخشی RCCE تسهیلات لازم فراهم شود.
 - سازوکارهایی برای حضور مردم در طراحی و اجرای خدمات بهداشتی تعیین شود.
 - از تجربیات گذشته و ساختارهای موجود کشور در پاسخ به موضوعات ملی با رویکرد مشارکت اجتماعی استفاده شود.
 - به منظور جلوگیری از دوباره کاری، بلا تکلیفی و به حداکثر رساندن اشتراک منابع، استانداردها، شاخص‌ها، مستندات و مهارت‌های تخصصی باید اصول مشارکتی برنامه RCCE در طراحی، اجرا و پایش تمام اقدامات مدنظر قرار گیرد.
 - برای کاهش اثرات منفی اقتصادی-اجتماعی-سیاسی ناشی از بحران و کمک به افزایش تاب‌آوری جامعه باید برنامه‌های بهداشتی با مشارکت همه ذینفعان طراحی و اجرا شود.

چالش های مهم

عدم قطعیت

منظور از عدم قطعیت، عدم ثبات دانسته ها و نادانسته های ما راجع به عامل خطر است. عدم قطعیت می تواند منجر به ترس و از بین رفتن اعتماد شود در نتیجه برقراری ارتباط موثر و سریع با جامعه در این شرایط، یک اصل اجتناب ناپذیر است و اطلاع رسانی جامع و شفاف، مبتنی بر شواهد علمی، ارائه گزارش های کوتاه و با فاصله زمانی کم سودمند خواهد بود.

خستگی ناشی از طولانی شدن بحران

با طولانی شدن بحران ها، خستگی ناشی از آن افزایش می یابد. برای شناسایی ابعاد خستگی ناشی از طولانی شدن همه گیری، به اطلاعات بیشتر و درک بهتر از رفتار افراد نیاز است. به عنوان مثال، در اثر خستگی ناشی از بحران ممکن است تمایل افراد برای دریافت پیام های بهداشتی و درک خطر آنها کاهش یابد و رفتارهای پرخطر را بروز دهند. شناسایی روش های خلاقانه و جذاب برای ایجاد انگیزه در مردم از طریق مشارکت اجتماعی، سازمان های مردم نهاد، مسئولین جامعه و افراد تأثیرگذار یکی از راهکارهایی است که می تواند انگیزه و پایبندی را افزایش دهد.

اعتماد

اعتماد جامعه به مثابه مهم ترین سرمایه اجتماعی برای کمک به پایان بحران بسیار حیاتی خواهد بود. شناسایی علل عدم اعتماد و توجه به تأثیر بحران بر میزان اعتماد، یکی از راهکارهای مهم برای افزایش اعتماد است. اعتماد سازی مستلزم مشارکت فعال و پایدار جامعه است. این مشارکت باید مبتنی بر نیاز و با جلب حمایت افراد مرجع و منابع معتمد بوده و به بازخورد جامعه اهمیت ویژه داده شود. بنابراین باید از ظرفیت مردمی و داوطلبان حوزه سلامت به عنوان سنگ بنای اعتماد سازی استفاده شود.

میزان مشارکت اجتماعی

درگیر کردن مردم به منظور رعایت دستورعمل های بهداشتی و پاسخگویی به سوالات و نگرانی های آنها با اطلاعات علمی ضروری است. همچنین استراتژی های RCCE برای حمایت از مردم و مشارکت جامعه در طراحی برنامه ها، پیش و بازخورد و افزایش عدالت در ارائه خدمات بهداشتی، دارای اهمیت است.

هماهنگی

اتخاذ رویکردهای هماهنگ در تمایل مردم به رعایت رفتارهای مطلوب بسیار مهم است.

انگ و تبعیض

انگ (stigma) باعث می شود افراد علائم خود را پنهان کنند، از انجام آزمایش امتناع کنند یا درمان را به تأخیر بیندازند که این امر منجر به افزایش شیوع بیماری و مرگ و میر می شود. دولت، مردم، رسانه ها، افراد تأثیرگذار و نهاد های اجتماعی نقش مهمی در جلوگیری و متوقف کردن این انگ دارند.

اینفودمی و شایعات

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

در طول بحران، مردم در معرض اطلاعات زیادی از جمله اخبار، دستورعمل‌ها، اطلاع‌رسانی‌ها، اینفوگرافی‌ها، تحقیقات، نظرات، شایعات، خرافات، دروغ‌ها و... که دائماً در حال تغییر و تولید هستند، قرار می‌گیرند. اینگونه گسترش اطلاعات کاذب و گمراه‌کننده، در دوران همه‌گیری را به عنوان «اینفودمیک» می‌شناسند.

فشار اقتصادی

افزایش فشار اقتصادی مردم را مجبور به انجام مخاطرات بیشتر می‌کند. RCCE می‌تواند با جلب حمایت از سطوح مختلف، فرصت‌هایی را برای کسانی که از نظر اقتصادی آسیب‌پذیر هستند ایجاد کند تا بتوانند تأثیرات اقتصادی و اجتماعی ناشی از بحران را کاهش دهند.

گروه های آسیب پذیر

اقدامات RCCE باید برای دسترسی به افراد آسیب پذیر، اولویت بندی شود. دو نوع آسیب پذیری باید در نظر گرفته شود:

- افراد آسیب پذیر از نظر پزشکی: افرادی که در معرض خطر بیشتر ابتلا یا ابتلا به فرم شدید بیماری هستند.
- افراد آسیب پذیر از نظر اجتماعی-اقتصادی: افرادی که به دلیل وضعیت جسمی، اجتماعی و اقتصادی خود قادر به دسترسی به خدمات و دریافت اطلاعات نیستند.

گروه های آسیب پذیر در زمینه های مختلف، متفاوت هستند و افراد ممکن است چندین آسیب پذیری را در کنار هم تجربه کنند. ظرفیت ها و آسیب پذیری های مختلف باید شناسایی شود تا بتوان رویکردهای موثر RCCE را توسعه داد. مختصری از گروه های آسیب پذیر در جدول زیر لیست شده اند:

گروه های آسیب پذیر	خلاصه ای از چگونگی تأثیر زمینه بر آسیب پذیری
کارکنان بهداشت و درمان	پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان، مراقبین سلامت، داوطلبین سلامت و سایر افرادی که در خط مقدم مبارزه با مخاطرات هستند.
سالمدان	شدت بیماری و مرگ و میر ناشی از آن معمولاً در افراد مسن نسبت به سایر گروه های سنی بیشتر است. همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی و اطلاعات مناسب برای آنها دشوارتر است. آنها ممکن است در مراقبت از خود مشکل داشته و به خانواده یا پرستار نیاز داشته باشند. سالمدان ممکن است ماهیت بیماری را درک نکنند. همچنین رعایت دستورعمل های بهداشتی در مراکز نگهداری سالمدان دشوار به نظر می رسد.
افرادی دارای بیماری زمینه ای	داشتن بیماری زمینه ای (بیماری های قلبی عروقی، دیابت، بیماری مزمن تنفسی و سرطان و نقص سیستم ایمنی) خطر ابتلا به فرم شدید بیماری را افزایش می دهد. این افراد ممکن است به اطلاعات صحیح درباره اینکه چرا در معرض خطر بیشتری هستند دسترسی نداشته باشند.
کودکان و نوجوانان	کودکان و نوجوانان به ویژه در برابر تأثیرات اقتصادی-اجتماعی آسیب پذیرتر هستند. ممکن است به دلایل اجتماعی-اقتصادی به مراقبت های بهداشتی دسترسی نداشته باشند. تأثیرات روانی-اجتماعی ناشی از بحران آنها را آزار می دهد. (مثل تعطیلی مدارس). همچنین ممکن است کودکان و نوجوانان به اطلاعات مناسب دسترسی نداشته باشند یا دلیل اقدامات توصیه شده را درک نکنند.
اقلیت های قومی و محلی	این افراد ممکن است به محیط بهداشتی و خدمات بهداشتی درمانی دسترسی نداشته باشند، همچنین ممکن است انگ و تبعیض را تجربه کنند و در دسترسی به اطلاعات به زبان بومی مشکل داشته باشند.
افراد مشمول خشونت خانگی	خشونت خانگی در هر نوع شرایط اضطراری افزایش می یابد. در این زمان آرایه خدمات به این افراد از جمله خدمات ایمنی، امنیتی و قضایی مختل می شود.
افرادی بی خانمان	این گروه از افراد ممکن است جدا از جامعه زندگی کنند و به خانواده و دوستان برای دریافت اطلاعات دسترسی نداشته باشند. اولویت آنها بیشتر زنده ماندن و به دست آوردن غذا است تا دسترسی به اطلاعات بهداشتی. همچنین نسبت به دریافت خدمات دولتی مشکوک اند یا می ترسند.
زندانی ها	افراد در زندان ها یا بازداشتگاه ها به آموزش یا جواب سوال های خود دسترسی ندارند. آنها از حق خود برای دسترسی به آموزش و خدمات بهداشتی آگاهی ندارند. همچنین ممکن است به کارکنان و اطلاعات ارائه شده

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

اعتماد نکنند. افرادی که در مناصب قدرت هستند ممکن است ارائه اطلاعات و خدمات بهداشتی به این جمعیت را در اولویت قرار ندهند.	
در اردوگاه های پناهندگان، دسترسی به سرپناه مناسب، غذا، آب تمیز، وسایل محافظتی، مراقبت های بهداشتی، حمایت از خانواده یا جامعه ممکن است ناکافی یا مختل شود. این موضوع می تواند منجر به ضعف سیستم ایمنی بدن و افزایش خطر شود. آنها ممکن است به دلیل انزوا یا موانع زبانی، به اطلاعات به موقع و دقیق دسترسی نداشته باشند و احساس عدم توانایی یا عدم تمایل به پیروی از توصیه های بهداشتی داشته باشند.	افرادی که در اردوگاه و سکونت گاه های اضطراری زندگی می کنند
اگر افراد در شرایط دشوار و بدون دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب مانند خوابگاه ها یا محله های فقیرنشین زندگی کنند، در معرض خطر بیشتری هستند. رعایت فاصله فیزیکی ممکن است در مواردی که ازدحام بیش از حد معمول است و جابجایی مکرر افراد بین خانه ها اتفاق می افتد دشوار باشد. افرادی که در سکونت گاه های غیر رسمی و حاشیه نشین زندگی می کنند ممکن است بیشتر به برنامه ها بی اعتماد باشند، این امر باعث می شود شایعات و اطلاعات غلط در این جوامع گسترش یابد.	افرادی که در فضاهای شلوغ زندگی می کنند
این افراد ممکن است در درک و پیروی از اطلاعات در مورد وضعیت و اقدامات پیشگیرانه مشکل داشته باشند. استرس و عدم اطمینان در بحران ها ممکن است باعث ایجاد یا بدتر شدن شرایط آنها شود. اختلال در ارائه خدمات بهداشت روان ممکن است دسترسی به این خدمات را برای افرادی که نیازمند دریافت خدمات بهداشت روان هستند کاهش دهد.	افراد نیازمند دریافت خدمات بهداشت روان
حتی در شرایط عادی افراد معلول کمتر به خدمات بهداشتی، آموزشی و شغلی دسترسی پیدا می کنند و در امور اجتماعی مشارکت می کنند. آنها به احتمال زیاد در فقر زندگی می کنند، میزان بالاتری از خشونت، بی توجهی و سوء استفاده را تجربه می کنند. آنها ممکن است در فرآیند تصمیم گیری کنار گذاشته شوند و در دسترسی برابر به اطلاعات با مشکل روبرو باشند.	افراد دارای معلولیت
افرادی که در شرایط محدود مانند کارگاه های کوچک با فضای بسته و ... کار می کنند، ممکن است نتوانند از دستورعمل های بهداشتی پیروی کنند و امکانات تهویه مطبوعی داشته باشند.	افرادی که در شرایط کاری نامطلوب هستند
ممکن است در بحران ها مراقبت روتین از این افراد دچار اختلال شود و یا در معرض ابتلا به فرم شدید بیماری قرار گیرند.	زنان باردار
وضعیت حقوقی، تبعیض و موانع ارتباط زبانی ممکن است در درک اطلاعات ارائه شده از منابع رسمی اختلال ایجاد کند.	اتباع و مهاجران
زنان اکثریت نیروی کار بهداشتی را تشکیل می دهند و مراقبان اصلی بیماران هستند. در بعضی از کشورهای جهان زنان و دختران بیشتر در اقتصاد غیررسمی کار می کنند که زمینه خشونت های جنسیتی را افزایش می دهند.	زنان و دختران
این کارگران از نظر اقتصادی آسیب پذیرتر هستند، در شرایط غیرقانونی کار می کنند و ممکن است از توصیه های بهداشت پیروی نکنند و به اطلاعات رسمی بهداشتی دسترسی کافی نداشته باشند.	کارگران در اقتصاد غیررسمی
برای این گروه با سطح پایین تحصیلات، شرایط سخت زندگی، دسترسی ناکافی به تغذیه سالم و دسترسی کمتر به فن آوری، ممکن است موانعی در دسترسی یا درک اطلاعات بهداشتی باشد.	ساکنان فقیر نشین یا حاشیه نشین

ساختار اجرایی

برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی با درگیر کردن ذینفعان مختلف و در راس آنها خود مردم، از طریق آموزش و ارائه اطلاعات صحیح و معتبر، با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، مذهبی، فرهنگی، زبانی، سیاسی و اقتصادی، به کنترل و مدیریت همه گیری و حداقل رساندن بیماری، مرگ و ناتوانی کمک می کند.

جلب حمایت ذینفعان و استفاده از ظرفیت آنها طی پنج مرحله صورت می گیرد:

۱. آموزش
۲. ظرفیت سازی
۳. نوشتن برنامه و شرح وظایف
۴. ارزیابی برنامه و شرح وظایف
۵. تصویب

هدف از این مراحل شناسایی نقاط قدرت و نقاط ضعف و ارائه بهترین عملکرد است.

توضیحات	مراحل
برگزاری جلسات هم اندیشی و معرفی برنامه RCCE برای ذینفعان با هدف جلب حمایت آنها انجام می شود.	آموزش
در این مرحله ذینفعان مشخص شده، نقاط قوت و ضعف، نیازها و ظرفیت ها شناسایی می شود.	ظرفیت سازی
متناسب با عملکرد و چهارچوب اختیارات هر سازمان، شرح وظایف و نحوه مشارکت آنها در برنامه RCCE نوشته می شود.	نوشتن برنامه و شرح وظایف
برنامه نوشته شده در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور اجرا شده و ارزیابی صورت می گیرد.	ارزیابی برنامه و شرح وظایف
پس از برطرف شدن نقاط ضعف و به روز رسانی لازم، برنامه تصویب خواهد شد.	تصویب

پرسشنامه جلب حمایت سازمان های ذینفع
۱- مخاطبان اصلی شما چه کسانی هستند؟ با کدام افراد یا گروه ها بیشتر ارتباط برقرار می کنید؟
۲- چگونه با مخاطبان خود ارتباط برقرار می کنید؟
۳- بیشترین نگرانی شما از انتقال خطر در جمعیت خود چیست؟
۴- آیا می توانید نمونه ای از برنامه های خود در شرایط بحران را ذکر کنید؟
۵- آیا می توانید نمونه ای از برنامه های خود برای بحران های آینده را ذکر کنید؟
۶- آیا می توانید نمونه ای از فعالیت های خود در حوزه ارتباطات خطر در حوزه بهداشت را توضیح دهید؟
۷- از نظر شما، جمعیت عمومی به چه میزان به سازمان شما اعتماد دارند؟ (از ۱ تا ۱۰ امتیاز دهید) یک= بدون اعتماد ده= اعتماد کامل
۸- مخاطبین شما از کدام منابع، اطلاعات بهداشتی را دریافت میکنند؟
۹- کدام یک از عملکرد های شما در خصوص ارتباطات خطر نقص دارد؟ برای بهبود آن چه پیشنهادی می دهید؟
۱۰- کدام یک از عملکرد های شما در خصوص ارتباطات خطر به درستی کار میکند؟ بعنوان تجربه موفق با ما در میان بگذارید؟
۱۱- هر گونه فعالیت ارتباطی مشترک بین سازمان خود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را شرح دهید.
۱۲- هر گونه فعالیت ارتباطی مشترک بین سازمان خود و سازمان های همکار در سطح یک را شرح دهید.
۱۳- برای اطمینان از شفافیت و اطلاع رسانی موثر، چه ابزارها و مکانیسم هایی در اختیار دارید.
۱۴- برای آگاهی از دغدغه ها و سوالات مردم چه ابزارهایی در اختیار دارید؟
۱۵- نحوه تعامل با مخاطبین خود قبل و در حین بحران را شرح دهید. لطفا نمونه هایی را ذکر کنید.
۱۶- افراد تأثیرگذار کلیدی را که سازمان شما برای برقراری ارتباط با مخاطبین خود استفاده می کند نام برده و نحوه همکاری آنها را شرح دهید؟
۱۷- نحوه دریافت اطلاعات از وزارت بهداشت، درمان و آموزش را شرح دهید.
۱۸- روش هایی را توضیح دهید که وزارت بهداشت، درمان و آموزش بهتر می تواند اطلاعات صحیح و معتبر را در اختیار شما قرار بدهد.
۱۹- روش هایی را توضیح دهید که وزارت بهداشت، درمان و آموزش بهتر می تواند از شفافیت و صحت اطلاعات منتشر شده توسط سازمان شما اطمینان حاصل کند.

شرح وظایف در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱. تدوین دستورعمل ارتباطات خطر، مشارکت اجتماعی
۲. تحلیل وضعیت موجود
۳. آموزش و توانمندسازی پرسنل
۴. انجام پژوهش‌ها در حوزه علوم رفتاری، نگرش‌سنجی، درک خطر، مشارکت اجتماعی
۵. تولید و به‌روزرسانی محتوا و رسانه‌های آموزشی
۶. تعیین کانال‌های ارتباطی
۷. تعیین گروه‌های آسیب‌پذیر
۸. شناسایی ذینفعان و جلب مشارکت آنها
۹. مدیریت اینفودمی و پاسخگویی به شایعات
۱۰. تامین منابع مالی و لجستیک و زیرساخت لازم (نیازسنجی، شنیدار اجتماعی، آموزش، مشارکت اجتماعی)
۱۱. پایش و ارزشیابی برنامه
۱۲. گزارش و مستندسازی درس‌آموخته‌ها

شرح وظایف در دانشکده/دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- ۱- تشکیل و برگزاری جلسات کارگروه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی
- ۲- برگزاری جلسات هماهنگی در خصوص نحوه اجرای برنامه در سطح شهرستان های تابعه
- ۳- تحلیل وضعیت موجود
- ۴- انجام پژوهش ها در حوزه علوم رفتاری، نگرش سنجی، درک خطر، مشارکت اجتماعی
- ۵- تدوین برنامه عملیاتی برای موضوع اولویت دار سلامت
- ۶- شناسایی و به روزسانی لیست فوکل پیونت های RCCE سازمان ها و شرکای همکار (دولتی، غیر دولتی و مردمی،...)
متناسب با موضوع
- ۷- تهیه الگو جهت سناریو احتمالی در آینده متناسب با موضوع اولویت دار سلامت و مطرح کردن ضرورت ها در کمیته پدافند غیرعامل
- ۸- پیش بینی عکس العمل احتمالی مردم در سناریوهای مختلف و تهیه پیام هایی در مورد اقدامات متناسب جهت کاهش خطر، افزایش امید و کاهش انگ
- ۹- تعیین راهکار و کانال های ارتباطی مشخص جهت ارتباط موثر با جامعه به ویژه گروه های آسیب پذیر
- ۱۰- تعیین کانال های جایگزین هنگام عدم دسترسی یا ایجاد اختلال در کانال های روتین
- ۱۱- تولید محتوا و رسانه های آموزشی بومی سازی شده متناسب با گروه هدف
- ۱۲- تهیه لیست و جلب حمایت سرشناسان و افراد تاثیرگذار معتمد محلی
- ۱۳- تعیین، آموزش و توانمندسازی سخنگوی رسمی دانشگاه/ دانشکده
- ۱۴- ارتباط با خبرگزاری ها و تهیه بانک اطلاعات تماس آنها
- ۱۵- مدیریت اینفودمی و شایعات، اخبار، انتقادات، مطالبات
- ۱۶- ایجاد پیوست رسانه ای برای موضوعات اولویت دار سلامت
- ۱۷- تهیه آرشیو از سوالات پرتکرار و ارائه ی پاسخ های مناسب
- ۱۸- رصد سوالات، دغدغه ها، نگرانی و ابهامات و پاسخ به آنها
- ۱۹- پایش و ارزشیابی برنامه
- ۲۰- گزارش و مستندسازی درس آموخته ها

مبادی مرزی

با توجه به ماهیت بین‌المللی مبادی مرزی، هنگام طراحی و اجرای برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی جهت جلب اعتماد و احترام به جوامع باید عوامل خاصی مانند تفاوت در زبان، فرهنگ و دستورعمل‌های بهداشتی در نظر گرفته شود. با وجود تمام تفاوت‌ها از نظر جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و ... مبادی مرزی فرصت منحصربه‌فردی برای آموزش به جوامع ساکن اطراف مرز و مسافران در مورد شیوه‌نامه‌های بهداشتی، علایم بیماری، مخاطرات احتمالی، اطلاع‌رسانی محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی و غیره فراهم می‌کند. بنابراین برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی باید شامل پیام‌ها و استراتژی‌های هماهنگ توسط مقامات کشورهای همسایه برای اطمینان از رویکردهای همسو و منسجم در پاسخ به مخاطرات تهدیدکننده‌ی سلامت باشد.

اصول و مراحل:

<ul style="list-style-type: none"> • بافت فرهنگی منطقه مرزی و گروه مخاطب مورد هدف را ارزیابی کنید (مانند تنش‌های سیاسی، اعمال فرهنگی یا مذهبی، برداشت‌های اشتباه، باورهای بی‌اساس، رفتارهای پرخطر، اطلاعات نادرست). • زبان، سطح سواد (توانایی خواندن و نوشتن، سواد سلامت) و دسترسی به فناوری دیجیتال را ارزیابی کنید. • خطرگسترش بیماری از طریق جا به جایی فرامرزی را ارزیابی کنید. • پوشش کانال‌های رسانه‌ای از جمله کانال‌های ارتباطی دو ملیتی (مانند پوشش تلفن همراه توسط اپراتورها و محدوده ایستگاه‌های رادیویی در مناطق مرزی) را بررسی کرده و نواقص را شناسایی کنید. • از مشارکت ذینفعان محلی برای شناسایی نواقص اطلاعاتی بهره ببرید. 	<p>چگونه؟</p> <p>ارزیابی نیازها و نواقص اطلاعاتی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شناسایی و مکان‌یابی مخاطبان اولویت‌دار (مانند کارکنان حمل و نقل، پزشکان اتباع، زائرین و افرادی که با آنها سر و کار دارند، ...). • فهرستی از نکات مربوط به هر گروه مخاطب تهیه کرده و در صورت نیاز، آن را به روز رسانی کنید. 	<p>چه کسی؟</p> <p>شناسایی مخاطبان گروه هدف</p>
<ul style="list-style-type: none"> • محتوای پیام متناسب با فرهنگ و مخاطرات بهداشتی منطقه مرزی و همسو با پیام‌های ملی تهیه شود. محتوا باید صحیح، 	<p>چه چیزی؟</p>

<p>واقعی و ویژه آن منطقه باشد و بهتر است توسط کارشناسان محلی آشنا با آداب و رسوم و فرهنگ گروه مخاطب، طراحی شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ریش سفیدان و ذینفوذان محلی را در تولید و انتشار پیام ها درگیر کنید. • از مؤثرترین و قابل اعتمادترین اشکال ارسال پیام برای هر گروه مخاطب استفاده کنید (مثلاً ارسال پیامک، رادیوی محلی، اینترنت مرزی، جلسات با رهبران جوامع محلی، تسهیل گران اجتماعی، رسانه های چاپی،...). • برای رسانه های چاپی، محتوا باید بیشتر بصری باشد، با تصاویری که از نظر فرهنگی مرتبط بوده و برای مخاطبانی که سطح سواد پایینی دارند قابل درک است. • پیام ها را به زبان قابل فهم در هر دو طرف مرز و متناسب با فرهنگشان ترجمه کنید. • مدیریت اینفودمی و پاسخ به شایعات با استفاده از منابع معتبر در سریعترین زمان انجام شود. 	<p>تهیه پیام ها و کانال های ارتباطی مناسب</p>
<ul style="list-style-type: none"> • رسانه های چاپی (مانند پوستر، بنر، استند و...) را در مکان های در معرض دید و پرتجمع نصب کنید. • رسانه های چاپی را در مکان های پرتجمع مانند پایانه ها و ایستگاه های اتوبوس، بازارها، مساجد و... توزیع کنید. 	<p>کجا؟ شناسایی مناطق در معرض دید جهت پوشش اطلاعاتی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • زمان اوج سفر و مکان های پرتجمع (مانند گذرگاه های رسمی و غیررسمی، بازارها، مراکز حمل و نقل) را شناسایی کنید. • مکان و زمان کلیدی برای انتشار پیام در زمان شلوغ و پرتجمع را اولویت بندی کنید. • مطابق با استراتژی ارتباطات خطر ملی به انتشار پیام های کلیدی متناسب با جدول زمانی تا رفع خطر ادامه دهید. 	<p>چه موقع؟ شناسایی زمان مناسب</p>
<p>کارکنان، منابع مالی و کانال های ارتباطی که می تواند تعامل با مردم را در شرایط بحران بهبود بخشد، شناسایی کنید.</p>	<p>منابع؟ تامین منابع مالی و غیر مالی مورد نیاز</p>
<ul style="list-style-type: none"> • نقش و مسئولیت پرسنل درگیر در برنامه ارتباطات خطر را مشخص کنید. • به پرسنل برای پاسخگویی به خطرات محلی آموزش دهید. 	<p>هماهنگی و ثبات</p>

<ul style="list-style-type: none"> • محتوای پیام، زمان انتشار و روش انتشار پیام را با کشورهای همسایه برای اطمینان از مناسب بودن پیام و یا ارسال پیام به مخاطبان در این کشورها هماهنگ کنید. • محتوای پیام برای منطقه مرزی را با پیام های ملی هماهنگ کنید. • هر گونه انطباق و تجدید نظر در محتوا و راه ارتباطی، بر اساس ارزیابی یا تکامل درک خطر را با کشورهای همسایه هماهنگ کنید. • اطلاع رسانی و انتشار پیام های واحد و همسو توسط سایر ذینفعان را پیگیری کنید. 	
<ul style="list-style-type: none"> • برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی را قبل و بعد از اجرا، پایش کنید. نظارت بر رسانه های اجتماعی و رصد شایعات و تولید پیام مناسب بسیار مهم است. • تأثیر و استمرار پیام ها در مبادی و جوامع مرزی را از طریق گفتگوی رسمی و غیررسمی با آنها ارزیابی کنید تا دریابید آنها چه نیاز دارند و چه می خواهند. • با مشارکت ذینفعان و جوامع محلی، روش های انتشار پیام برای هر گروه مخاطب را ارزیابی کنید. • در صورت لزوم، پیام ها را برای درک بیشتر یا تغییر رفتار، بازبینی کنید. • تجربیات و درس آموخته ها را جهت تحقیقات آینده و بهبود یا توسعه استراتژی های استاندارد برنامه ارتباطات خطر مستند کنید. 	<p>پایش و ارزشیابی</p>

واکنش و پاسخ سیستم بهداشت و درمان

واکنش و پاسخ سیستم بهداشت و درمان به مسافران، چمدان ها، محموله ها، کانتینرها، وسایل حمل و نقل، کالا و بسته های پستی در معرض مستقیم یا مشکوک یک آلاینده شیمیایی، حوادث رادیولوژیکی یا بیماری واگیر تا حد زیادی بستگی به نوع مواجهه و زمان تشخیص (قبل، حین یا بعد از سفر) دارد.

در حالی که سفرهای هوایی و دریایی اغلب مبدا و مقصد مشخص دارند، اما واکنش و پاسخ سیستم بهداشت و درمان در مبادی مرزی زمینی با توجه به تنوع مسیرها و عدم کنترل اداری در بسیاری از ایستگاه ها بسیار چالش برانگیز است و اهمیت ادغام برنامه های مبادی مرزی زمینی در ساختار نظارت و واکنش ملی را برجسته می کند.

جدول زیر برخی از ظرفیت های پاسخگویی به بیماران قبل، حین و بعد از سفر در مبادی مرزی زمینی (بعنوان نمونه در یک بیماری واگیر خطرناک) را نشان می دهد.

نکته: پاسخ و واکنش سیستم بهداشت و درمان باید در جهت حفظ منافع، حقوق و شان مسافران باشد و اختلال و بی نظمی در سفر (شامل بستن مرز زمینی) را به حداقل برساند.

ظرفیت پاسخگویی	قبل از سفر	حین سفر	بعد از سفر
رهگیری تماس		ظهور یک بیماری جدی در وسیله حمل و نقل عمومی (به عنوان مثال اتوبوس یا قطار) ممکن است باعث جمع آوری اطلاعات تماس از همسفران شود. نقطه مبدأ مسافر و سایر مکان هایی را که ممکن است در طول سفر در آن تماس رخ داده باشد، تعیین کنید.	رهگیری تماس را برای افرادی که ممکن است در وسیله حمل و نقل در معرض تماس قرار گرفته اند انجام دهید. نقطه مبدأ مسافر و سایر مکان هایی را که ممکن است در طول سفر در آن تماس رخ داده باشد، تعیین کنید.
ارتباطات	به مسافران در خصوص بیماری، روش های پیشگیری، دستور عمل های بهداشتی، ارتباطات خطر و غیره آموزش دهید.	ارتباطات خطر را در مورد اطلاع رسانی بیماری، توصیه های پیشگیرانه و اینکه در صورت بروز علائم بیماری باید چه کرد را ایجاد کنید.	مکانیسمی برای ارائه بازخورد در مورد مسافران بیمار به کشور مبدأ پیدا کنید.
آموزش	به مسافران در مورد تأخیر در سفر یا سایر اقدامات بهداشتی (مثلاً ایزوله کردن) آموزش و مشاوره دهید.	اطلاعات مورد نیاز در مورد خطر را به مسافران آموزش دهید.	اطلاعات مورد نیاز در مورد خطر را به مسافران آموزش دهید.

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

دستور عمل های بهداشتی و ارزیابی پزشکی	علائم و سابقه تماس را طبق دستور عمل های شناسایی کنید.	کارکنان آموزش دیده، ارزیابی مسافران را انجام دهند.	کارکنان آموزش دیده، ارزیابی مسافران را انجام دهند.
ایزولاسیون	نقاهتگاه موقت یا بیمارستان و کلینیک های مجاور را برای اقامت مسافر بیمار فراهم کنید.	-	نقاهتگاه موقت یا بیمارستان و کلینیک های مجاور را برای اقامت مسافر بیمار فراهم کنید.
تجهیزات پزشکی	حمل و نقل به موقع و دسترسی به تجهیزات پزشکی جهت ارزیابی بیشتر و آزمایش های تکمیلی مورد نیاز فراهم کنید.	حمل و نقل به موقع و دسترسی به تجهیزات پزشکی جهت ارزیابی بیشتر و آزمایش های تکمیلی مورد نیاز فراهم کنید.	حمل و نقل به موقع و دسترسی به تجهیزات پزشکی جهت ارزیابی بیشتر و آزمایش های تکمیلی مورد نیاز فراهم کنید.
قرنطینه	محدودیت های اجتماعی مانند منع تردد و سفر را اعمال کنید.		قرنطینه مسافران در معرض خطر را با مشارکت جوامع محلی پیگیری کنید.
بررسی مدارک پزشکی (مانند کارت واکسن)	اینکه آیا یک مسافر در معرض خطر بیماری قرار دارد یا خیر را تعیین کنید.		اینکه آیا یک مسافر برای سایر افراد جامعه، خطرزا است یا خیر را تعیین کنید.
غربالگری	به بیماران اجازه سفر ندهید.		آموزش، بیماریابی فعال و ارزیابی های پزشکی را ارتقا دهید.
محدودیت سفر	به بیماران اجازه سفر ندهید.	به بیماران اجازه سفر بیشتر ندهید.	به بیماران اجازه سفر بیشتر ندهید.
رصد لیست بیماران	مسافران بیماری که قصد عبور از مرزها را دارند، شناسایی کنید. این کار نیازمند سیستم های هشدار و ارتباطی مناسب بین کشورها است.		مسافران بیماری که قصد عبور از مرزها را دارند، شناسایی کنید. این کار نیازمند سیستم های هشدار و ارتباطی مناسب بین کشورها است.
بستن و کنترل مبادی مرزی	در حالی که بستن مرزها ممکن است یک گزینه سیاسی جذاب برای جلوگیری از گسترش یک بیماری واگیر در سراسر جهان به نظر برسد اما شواهد مبنی بر اینکه بستن مرزها یک اقدام مؤثر برای پیشگیری از بیماری است، بسیار کم است و در عوض پیامدهای منفی اقتصادی و اجتماعی آن می تواند قابل توجه باشد. بستن مرزهای زمینی می تواند با سوق دادن مسافران به مسیرهای غیر رسمی و کنترل نشده باعث افزایش خطر شیوع بیماری شود. علاوه بر این، طبق ماده ۴۳ قانون حقوق بشر، از اقدامات محدودکننده مانند بستن مرزها در صورت وجود اقدامات جایگزین منطقی با تاثیر مشابه باید اجتناب شود. به طور مشابه، اجرای اقدامات بهداشتی مرزی مانند غربالگری های گسترده و پیچیده که سفر را کند و طاقت فرسا کند، باعث شده سفر از مبادی رسمی مرزی متوقف شده و مسافران مداخلات بهداشتی را دور بزنند.		

مدیریت اینفودمی و شایعات

در طول بحران، افکار عمومی در معرض اطلاعات زیادی از جمله اخبار، دستورعمل‌ها، اطلاع‌رسانی‌ها، اینفوگرافی‌ها، تحقیقات، نظرات، شایعات، خرافات، دروغ‌ها و... که دائماً در حال تغییر و تولید هستند، قرار می‌گیرند. اینگونه گسترش اطلاعات کاذب و همراه‌کننده، در دوران همه‌گیری را به عنوان «اینفودمیک» می‌شناسند. در حالی که اطلاعات صحیح به مردم کمک می‌کند تا در طول بحران ایمن بمانند، گاهی اوقات هم به سردرگمی منجر می‌شوند، بدون ارتباط شفاف، علمی و دوسویه با جامعه، بسیاری از مردم در تشخیص اینکه چه چیزی را باور کنند، به کدام منابع اعتماد کنند و چگونه با به روز شدن یافته‌های علمی خود را مطابقت دهند، مشکل دارند.

انتشار اطلاعات غلط یک چالش جهانی است و پدیده جدیدی نیست. در اواخر دهه ۱۹۹۰، یک مطالعه غیر علمی به دروغ ادعا کرد که واکسن سرخک، سرخچه، اوریون (MMR) باعث اوتیسم می‌شود. حتی پس از رد این ادعا، کاهش میزان واکسیناسیون در بیست سال بعدی در برخی کشورها اتفاق افتاد بطوریکه در سال‌های بعد طغیان سرخک در آن کشورها رخ داد. مثالی دیگر در مورد ویروس HIV در آفریقای جنوبی است که توسط برخی از مقامات آن کشور انکار شد در نتیجه، دسترسی به درمان موثر کاهش یافت و منجر به ۳۳۰۰۰۰ فوت بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ شد.

با نگاهی ساده به فرمول شدت شایعه^۱ می‌توان متوجه شد تولید شایعه در زمان بحران‌ها موضوعی کاملاً قابل پیش‌بینی بوده که به دلیل اهمیت بالای موضوع برای مردم و سطح بالای ابهام و ناشناختگی بحران برای مردم، کادر بهداشت و درمان و مسئولین است.

<p>(Rumor) فرمول شدت شایعه</p> <p>Importance اهمیت، Ambiguity ابهام</p>	$R=I*A$
---	---------

بدلیل تعداد روزافزون سایت‌هایی که مردم برای کسب اطلاعات می‌توانند به آن مراجعه کنند، شناسایی و پاسخ به اطلاعات غلط دشوارتر شده است. اطلاعات غلط می‌تواند در غیاب اطلاعات قابل دسترس و معتبر، رشد کند. وقتی مردم به دنبال اطلاعات می‌روند و نتایج محدود یا متناقضی را مشاهده می‌کنند، گیج شده و جواب سوال خود را نمی‌یابند. اطلاعات غلط در جوامع دارای بی‌اعتمادی، اختلاف طبقاتی اجتماعی و خشونت، راحت‌تر منتشر می‌شود. وجود دودستگی از جمله در حوزه سیاست نیز ممکن است به گسترش اطلاعات غلط کمک کند.

حل چالش اینفودمی به مشارکت اجتماعی نیاز دارد.

¹ Rumor

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

از آنجایی که اطلاعات غلط فضای خبری و علمی ذهن ما را آلوده می کند پس برای سلامت فردی و جامعه مضر است. مردم در کنارهم با رویکرد مشارکتی می توانند فضای خبری و علمی سالم تری را ایجاد کنند. همانطور که همه ما از بهبود کیفیت هوا و آب سود می بریم، می توانیم از بهبود کیفیت فضای خبری و علمی نیز بهره مند شویم. محدود کردن انتشار اطلاعات غلط کمک خواهد کرد همه ما تصمیمات آگاهانه تری در مورد سلامت خود، عزیزان و جامعه بگیریم.

در طول بحران ها اقدامات قابل توجهی برای مدیریت اینفودمی در کشور صورت گرفته است. در اینجا فقط چند نمونه آورده شده است:

- افراد مورد اعتماد جامعه، مانند داوطلبین سلامت، علمای مذهبی، معتمدین محلی، متخصصان بهداشت و درمان مستقیماً با مردم در مورد عامل صحبت کرده اند.
 - افراد فنی و متخصص به صورت شبانه روزی شایعات و اخبار را رصد می کنند و بطور هفتگی بر اساس موضوع و فراوانی دسته بندی کرده و پاسخ مناسب ارائه می شود.
 - رسانه ها (صدا و سیما و فضای مجازی)، برنامه های بیشتری را برای رصد و پاسخ به شایعات اختصاص داده اند.
 - در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور کمیته ای متشکل از اعضای آموزش و ارتقای سلامت، روابط عمومی و نهادهای مردمی تشکیل شده که کار تولید محتوا، انتشار محتوا، فرهنگ سازی، اقتناع سازی و رصد و پاسخ به شایعات را انجام می دهند.
- در برخی از کشورها نیز اقدامات مکمل قابل توجه دیگری انجام شده است:

- شبکه های اجتماعی، سیستم نظارت و شفاف سازی خود را ارتقا دادند و باعث هدایت کاربران به سمت منابع معتبر شدند.
- مشارکت بین دولت و پیام رسان های رایج و مورد اعتماد صورت گرفت که باعث انتشار اطلاعات معتبر و دقیق شد. اما کارهای بیشتری باید انجام شود، هر کدام از ما نقشی داریم. قبل از ارسال یا اشتراک گذاری پیام در رسانه های اجتماعی، می توانیم بررسی کنیم که آیا اطلاعات، صحیح هستند یا خیر و آیا منبع اصلی قابل اعتماد است. اگر مطمئن نیستیم، می توانیم منتشر نکنیم. هنگام صحبت کردن با دوستان و خانواده ای که درک خطر و اطلاعات نادرستی دارند، باید سعی کنیم با سوالات بیشتر به دغدغه ها و نگرانی های آنها که باعث شده است رفتار اشتباهی داشته باشند پی ببریم، همدلانه گوش دهیم و منابع اطلاعاتی دقیق را به آنها معرفی نماییم.

تعریف اصطلاحات کلیدی

اخبار جعلی: اخبار جعلی و یا اخبار زرد، اصطلاحی است که برای اخبار دروغ و یا اطلاعات نادرستی که با هدف فریب مردم در سطح جامعه منتشر می شود بکار می رود. اطلاعات نادرستی که به قدری ماهرانه در میان مردم منتشر می شود، گویا واقعیت دارد و مردم آن را باور کرده و تاثیرات زیادی در رویکرد کلی آن ها نسبت به موضوع خواهد داشت. اخبار جعلی با مختل کردن گردش صحیح اطلاعات و گمراه سازی افکار عمومی این قابلیت را دارد که امنیت کشورها را به خطر بیاندازد و مخاطبان را از حق اساسی دسترسی آزاد به اطلاعات واقعی محروم سازد.

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

اطلاعات کاذب عمدی (Disinformation): اطلاعات کاذب عمدی به اطلاعات نادرست و گمراه کننده گفته می شود که عمدا و تاکتیکی به منظور آسیب رساندن به فرد، گروه اجتماعی، سازمان و یا کشور و یا تاثیرگذاری بر افکار عمومی و مبهم نشان دادن حقیقت منتشر می شود. اطلاعات کاذب عمدی همچنین یک تاکتیک در جنگ نرم است.

اطلاعات کاذب غیر عمدی Misinformation: طبق تعریف کتابچه راهنمای روزنامه نگاری یونسکو، اطلاعات کاذب غیر عمدی اطلاعات غلط است اما شخص و یا مالک رسانه که آن را منتشر می کند اعتقاد بر صحیح بودن آن دارند و هدفشان صدمه زدن و یا آسیب رساندن نیست.

اطلاعات آسیب رسان Mal-information: یونسکو اطلاعات آسیب رسان را به عنوان اطلاعات مبتنی بر واقعیت اما برای آسیب رساندن به شخص، سازمان یا کشور تعریف می کند. انتشار تصاویر کشته شدگان کرونا یکی از موارد شایعی است که در این گروه قرار می گیرد.

دلیل انتشار سریع انواع اخبار و اطلاعات مخرب در فضای مجازی

- هیجان انگیز بودن: اطلاعات نادرست اغلب به شیوه ای هیجان انگیز تنظیم می شوند تا به راحتی بتوانند احساسات مخاطب را برانگیزند و باعث تداعی خاطره، جهت دهی افکار مخاطب و واکنش های روانی مانند اضطراب و خشونت شوند. در نتیجه مخاطبین به طور ناخودآگاه و هیجان زده به اطلاعات نادرست واکنش نشان داده و آن را با دیگران به اشتراک می گذارند.
- ویژگی های خاص رسانه های اجتماعی: برخی ویژگی های رسانه های اجتماعی به گسترش اطلاعات نادرست کمک کرده است به عنوان مثال نظرات کاربران، تعداد دنبال کنندگان و تعداد تایید (Like)، کاربران را تشویق می کند تا محتوایی را به اشتراک بگذارند که افراد بیشتری آن را بپسندند. در نتیجه اطلاعات نادرست که جنبه احساسی دارند منتشر می شوند و حقیقت و صحت پیام آسیب می بیند. بر اساس مطالعات، اخبار نادرست با احتمال بیشتری نسبت به اخبار درست در رسانه های اجتماعی به اشتراک گذاشته می شوند.
- فیلترینگ حسابی: رسانه های اجتماعی مانند اینستاگرام، توئیتر، فیس بوک و... از الگوریتم های خاص مانند فیلترینگ حسابی برای افزایش حس مثبت کاربری در کاربران خود استفاده می کنند. بر این اساس محتوا منطبق بر محبوبیت پیام یا شباهت آن به محتوایی که قبلا توسط مخاطب دیده شده، اولویت بندی می شود و به کاربر پیشنهاد داده می شود. در نتیجه، فردی که یک بار در معرض محتوای جعلی قرار گرفته، با این الگوریتم امکان دارد بیشتر و بیشتر این گونه محتواها را ببیند و سوء تفاهم فرد بیشتر شود. (echo-chamber) برخی از وب سایت ها نیز انواع مختلف اطلاعات مانند اخبار، تبلیغات و پست های کاربران را در کنارهم نمایش می دهند که می تواند افراد را در شناسایی منبع اولیه هر محتوا سردرگم کند.

آثار اینفودمیک

اینفودمیک آثار و تبعات مختلفی با خود به همراه دارد که می بایست به آنها توجه کرد، برخی از این آثار عبارتند از:

- سردرگمی مردم در پذیرش یا عدم پذیرش دستورالعمل های بهداشتی

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

- آزار و اذیت و خشونت علیه پرسنل بهداشت و درمان و سایر کارکنان خط مقدم مبارزه با بحران
- اختلال در تصمیمات مدیران
- افزایش هزینه های مدیریت بحران
- اختلال در درمان به واسطه استفاده مردم از درمان های غیر صحیح
- بروز آسیب های روحی و روانی در جامعه به واسطه کاهش اعتماد عمومی

شکل ها، عامل ها و انگیزه های انتشار اطلاعات غلط

- اطلاعات غلط که از سوی سایر حکومت ها پشتیبانی می شوند.
- طیف وسیعی از اطلاعات غلط با پشتیبانی سایر حکومت ها و گروهک های معاند کشور تولید و یا باز نشر داده می شوند. این اقدامات برای رسیدن به اهداف براندازانه و یا سیاسی است.
- انگیزه های تجاری

هدف اصلی این نوع از اخبار جعلی این است که ترافیک شبکه را بالا برده و در نتیجه درآمد تبلیغاتی کسب کنند. خبرهایی که انگیزه ای ایدئولوژیک ندارند اما اغلب هیچ مبنایی هم در واقعیت ندارند.

- وبسایت های بسیار جانب دار

این وبسایت ها که آشکارا به یک دیدگاه یا حزب سیاسی وابسته هستند و اغلب خود را جایگزینی برای رسانه های جریان اصلی معرفی می کنند سعی می کنند واقعیت را با ظن و گمان در هم آمیزند و برای اهداف سیاسی و جناحی خود استفاده نمایند. زیر سوال بردن نحوه مدیریت و اقدام دولت نمونه ای از این هاست.

- شبکه های اجتماعی

دسته های ربات توییتری که تصاویر غیرواضح یا گمراه کننده منتشر می کنند، تبلیغاتی که با حمایت مالی، مثلاً از سوی سازمان های اطلاعاتی دشمن، بر روی توئیتر منتشر می شوند، ویدئوهای جعلی که در تلگرام منتشر می شود و به افراد و مقامات دروغ نسبت می دهند، درمان های غیر علمی پیشنهاد می دهند و ... اینها همه بخشی از شیوه های مهم انتشار اخبار جعلی در شبکه های اجتماعی هستند.

- هجو یا طنز

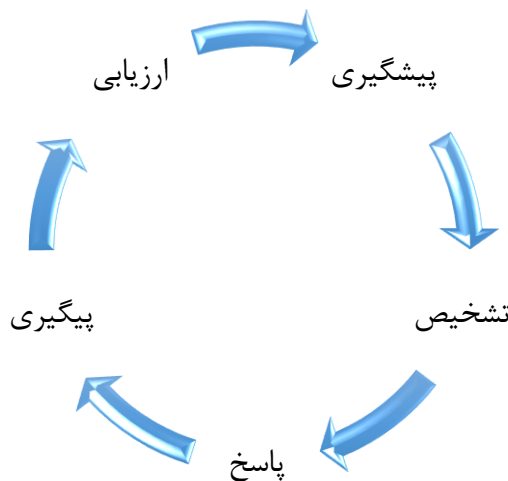
مطالب غیرجدی و فکاهی، بخش مهمی از اطلاعات نادرست و شایعات را به خود اختصاص می دهد. در این شیوه افراد در قالب طنز اقدام به انتشار اخبار نادرست با هدف زیر سوال بردن و یا تخریب یک مفهوم در اذهان مخاطبان می کنند بدون اینکه مسئولیت قانونی آن را بپذیرند.

راهکارهای مدیریت اینفودمی

برای مدیریت اینفودمی می بایست مجموعه ای از اقدامات و برنامه ها برای این امر طراحی و پیاده سازی شوند، برای این مهم می توان دو سطح را در نظر گرفت، سطح اول اقدامات قابل اجرا توسط سازمان و سطح دوم اقدامات مرتبط با رویکرد مشارکت اجتماعی

۱- اقدامات سازمانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح ملی و دانشگاه های علوم پزشکی در سطح استانی و منطقه ای می بایست آمادگی های لازم ساختاری و سازمانی لازم برای مواجهه با اینفودمیک را کسب و اقدامات لازم را اجرایی نمایند. این اقدامات در یک چرخه ۵ مرحله ای قابل اجرا هستند که شامل الف- پیشگیری، ب- تشخیص، پ- پاسخ، ت- پیگیری و ث- ارزیابی است.



چرخه اقدام سازمانی در مدیریت اینفودمی

الف- پیشگیری

پیشگیری مهمترین بخش از چرخه اقدام سازمانی است. همانطور که گفته شده اطلاعات غلط زمانی منتشر می شوند که یک موضوع دارای اهمیت زیاد با ابهام مواجهه شود و مردم در پی کسب خبر و اطلاعات دقیق هستند اما به آن دسترسی ندارند. از این رو اجرای سه اقدام زیر ضروری است:

- ۱- فهم اخبار مستعد شایعه
- ۲- اطلاع رسانی درست و علمی
- ۳- ایجاد ساختارهای سازمانی مناسب

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

۴- انتخاب کانال ارتباطی مناسب

ب- تشخیص به هنگام اطلاعات غلط

در بسیاری مواقع سازمان ها پس از انتشار اطلاعات غلط در جامعه متوجه آن می شوند و زمان لازم برای کنترل و مدیریت را از دست می دهند. برای رفع این نقیصه می بایست اقدامات لازم در قابل یک ساختار اجرایی در سازمان ها انجام شوند:

۱- پایش رسانه های رسمی

۲- پایش شبکه های اجتماعی

۳- تشخیص شایعات مرتبط و میزان شدت

پ- پاسخ

انتشار اطلاعات غلط در سطح جامعه نشان دهنده نیاز جامعه به اطلاعات صحیح و علمی است برای این منظور می بایست جلوی انتشار بیشتر اطلاعات غلط گرفته شود و با پاسخ دهی مناسب افکار عمومی را اقناع نمود. اقدامات شامل:

۱- اطلاع رسانی و صدور تکذیبیه

۲- انتشار با قدرت بالا

۳- ابهام زدایی از جامعه

۴- بی اعتبار سازی منبع

ت- پیگیری

بخش زیادی اطلاعات غلط با انگیزه های سیاسی و تجاری تولید می شوند، تیم های عملیات روانی در کشورهای متخاصم، گروهک ها و جریان های سیاسی مخالف با تولید و انتشار اطلاعات غلط سعی در بهره گیری از این فرصت را دارند. بخشی دیگر از اطلاعات غلط توسط کاربران ماجراجو تولید و منتشر می شوند. اقدامات شامل:

۱- پیگرد حقوقی و قضایی شایعه ساز

۲- پیگیری سطح و نوع پاسخ از سوی مسئول مربوطه

ث- ارزیابی

در مرحله آخر می بایست با ارزیابی و میزان موفقیت در کنترل و مدیریت آن، برنامه ها و اقدامات لازم را بازنگری و اصلاح نمود. اقدامات شامل:

۱- شناسایی دلایل انتشار اطلاعات غلط

۲- ارزیابی میزان موفقیت در پیشگیری

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

۳- ارزیابی میزان موفقیت در تشخیص

۴- ارزیابی میزان موفقیت در پاکسازی شایعه

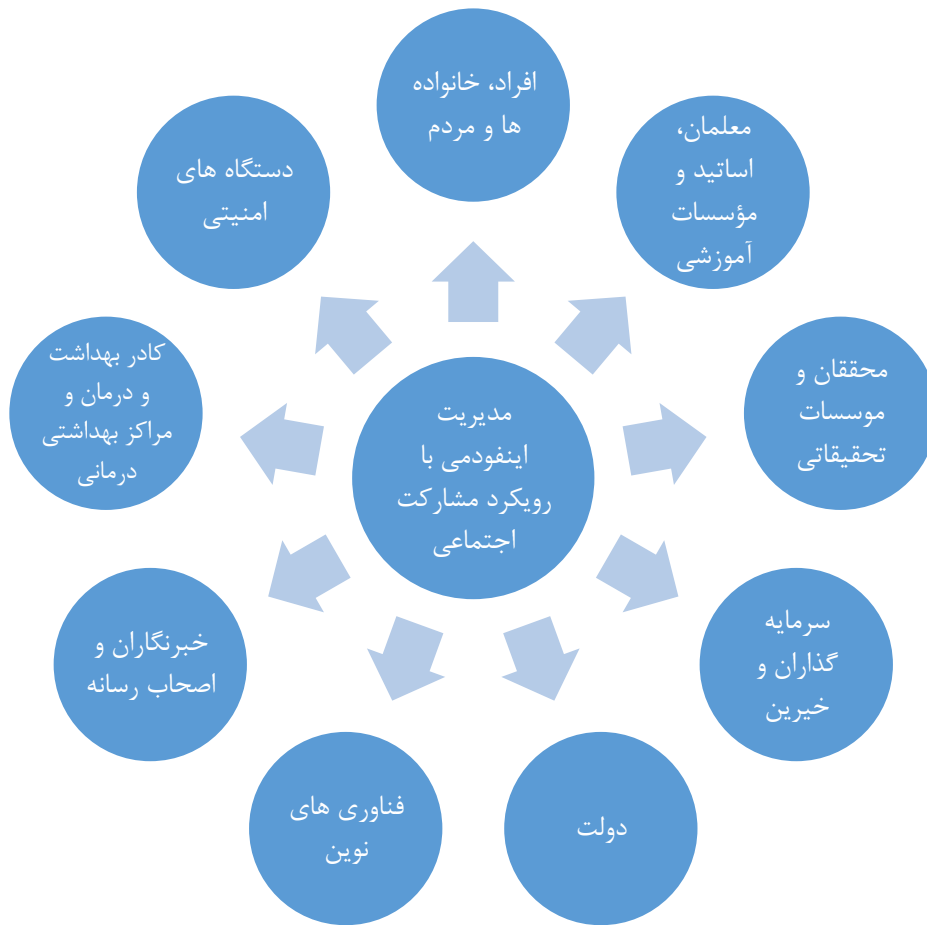
***باید ها و نبایدها در مدیریت اخبار جعلی**

برای موفقیت در چرخه مدیریت اینفودمی می بایست باید ها و نبایدهای زیر را در نظر گرفت:

باید ها	نباید ها
دغدغه ها و سوالات مردم رصد و پاسخ دهید.	سکوت نکنید. ابهام، شایعات را افزایش می دهد.
مستقیماً به شایعات پاسخ دهید.	شایعه را انکار نکنید چون انکار، ابهام را افزایش می دهد.
از افراد قابل اعتماد مردم برای پاسخ به شایعات استفاده کنید.	شایعه را با سیاه نمایی رد نکنید.
شفاف و به موقع با مردم ارتباط برقرار کنید.	به شایعه سازان حمله یا بی احترامی نکنید.

۲- اقدامات مرتبط با رویکرد مشارکت اجتماعی

مدیریت اینفودمی علاوه بر اقدامات سازمانی به مشارکت اجتماعی فعال جامعه وابسته است، از این رو اتخاذ رویکرد مشارکت اجتماعی برای مدیریت آن راهکاری اساسی و ۹مهم است. مجموعه اقدامات قابل اجرا در رویکرد مشارکت اجتماعی می تواند متناسب با نهادهای اجتماعی مختلف جامعه طراحی شوند.



الف- نقش افراد، خانواده ها و مردم

- شناسایی اطلاعات غلط و عدم انتشار آنها:

بسیاری از ما وقتی پیامی را به اشتراک می گذاریم سعی داریم دیگران را هر چه سریعتر از اخبار جدید آگاه کنیم و متوجه نیستیم که این اطلاعات، نادرست هستند. رسانه های اجتماعی، وبلاگ ها و گروه های مجازی به افراد اجازه می دهد تا طیفی از مردم، خبرگزاری ها و منابع رسمی را دنبال کنند اما هر پستی در شبکه های اجتماعی نمی تواند قابل اعتماد در نظر گرفته شود. خانواده ها باید توانمند شوند که قبل از انتشار پیام، صحت اطلاعات را با افراد قابل اعتماد و منابع معتبر بررسی کنند و اگر مطمئن نیستند، به اشتراک نگذارند.

- کمک به دوستان و اطرافیان خود در مورد خطرات و پیامدهای انتشار اطلاعات غلط:

اگر یکی از اطرافیان برداشت نادرست دارد، لازم است به جای قضاوت کردن، در پی آموزش و آگاه سازی او بوده و از راه های مختلف گفتگو با افراد تعامل انجام شود، با همدلی به دغدغه های آنان گوش کرده، با پرسش سوالات مناسب، ارائه توضیحات مناسب و منابع معتبر سعی در روشننگری داشته باشند.

- مشارکت اجتماعی در مبارزه با اطلاعات غلط در جامعه خود :

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۳

با مشارکت آموزش و پرورش، مدارس، علمای مذهبی، سمن ها، انجمن اولیا و مربیان، معتمدین محلی، ذی نفوذان و متخصصان بهداشت و درمان، استراتژی مناسب اتخاذ شود. از کارشناسان بهداشت در مدارس یا اماکن مذهبی دعوت شود تا اطلاعات صحیح را ارائه دهند.

ب- نقش معلمان، اساتید و مؤسسات آموزشی

- بهره گیری حداکثری از برنامه های آموزشی مبتنی بر شواهد جهت افزایش تاب آوری در برابر اطلاعات غلط: برنامه های سواد رسانه ای، علمی، دیجیتال، آماری و سواد سلامت باید در تمامی مقاطع تحصیلی از جمله ابتدایی، متوسطه، دانشگاه و جامعه اجرا شود. مربیان علاوه بر اینکه به مردم یاد می دهند چگونه در مورد اعتبار اخبار و سایر محتواها آگاه تر باشند، باید مجموعه وسیع تری از موضوعات را آموزش دهند مانند طغیان اطلاعات، زیرساخت های اینترنتی، چالش های تولید محتوا، تأثیر الگوها بر خروجی های دیجیتال، سوگیری الگوها، اطلاعات نادرست تولید شده توسط هوش مصنوعی (مثل شایعات بی اساس)، مهارت های تأیید بصری، و نحوه صحبت کردن با دوستان و خانواده ای که اطلاعات نادرست را به اشتراک می گذارند.

- آموزش به دانش آموزان و عموم مردم در مورد روش ها و ترفندهایی که افراد اطلاعات غلط را منتشر می کنند: تحقیقات اخیر حاکی از آن است که آموزش مردم برای شناسایی این ترفندها می تواند تمایل افراد برای انتشار اطلاعات غلط را کاهش دهد. ترفند ها شامل گمراه کردن کاربران با خطاهای استدلالی، ایجاد انتظارات غیرممکن برای تحقیقات علمی، سرکوب شواهد، مغالطه و تئوری های توطئه هستند.

- تعیین معیارهای کیفی برای ارزیابی پیشرفت در سواد رسانه و اطلاعات:

هرچند اقدامات قابل توجهی در زمینه سواد رسانه ای و اطلاعاتی انجام می شود، اما بر اساس مطالعات کیفی می توان شیوه های آموزشی موثرتر طراحی نمود.

پ- نقش کادر بهداشت و درمان و مراکز بهداشتی درمانی

- تعامل فعال با بیماران و مردم در مورد اخبار جعلی و خلاف واقع: پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان حوزه سلامت بسیار مورد اعتماد مردم هستند و می توانند در ارائه اطلاعات صحیح موثر باشند. باید برای ارزیابی دانش، باور و ارزش های بیماران زمان بگذارند. با همدلی گوش کنند و با زبان بیمار اطلاعات غلط را تصحیح کنند. از اصطلاحات علمی کمتر استفاده کنند و از هر فرصتی برای افزایش سواد سلامت مردم استفاده کنند.

- استفاده از فضای مجازی و شبکه های اجتماعی برای انتشار اطلاعات صحیح:

سازمان ها می توانند تعدادی از افراد خود را بعنوان داوطلب متخصص سلامت آموزش دهند. سپس این افراد محتوا، اطلاعات صحیح و مطالعات به روز را در اختیار دیگران قرار دهند.

- جلب مشارکت سمن ها و معتمدین محلی:

نه تنها مراکز بهداشتی درمانی می توانند پیام های بهداشتی را به مردم محلی منتقل کنند. سمن ها، در کنار خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی می توانند نیاز آموزشی، دغدغه های مردم، سوابق و تجربیات آنها را به سطوح بالاتر منتقل کرده و سپس به مردم بازخورد دهند.

ت- نقش خبرنگاران و اصحاب رسانه

- آموزش به روزنامه نگاران، سردبیران و خبرنگاران را در تشخیص، تصحیح و اجتناب از انتشار اخبار جعلی و خلاف واقع: اصحاب رسانه و صدا و سیما باید برنامه های آموزشی همگانی را توسعه دهند و با مدارس، روزنامه ها، سازمان های مردم نهاد، پلتفرم های دیجیتال، و سایر ذینفعان برای دسترسی به آموزش همگانی با کیفیت مشارکت کنند.
- رصد فعالانه و رسیدگی به سوالات مردم:

وقتی موضوع جدیدی مانند واکسن مطرح می شود قطعاً مردم سوالاتی خواهند داشت. با پیش بینی و پاسخ پیش دستانه به پرسش های مهم، می توان به پیشگیری از انتشار اطلاعات غلط و افزایش سواد سلامت، سواد رسانه و اطلاعاتی مردم کمک کرد.

- فراهم کردن زمینه ای برای اجتناب از برداشت اشتباه در مذاکرات با موضوعات بهداشتی:

وقتی دیدگاه های متضاد پیرامون یک موضوع وجود دارد، می توان به مردم برای شناخت اینکه کدام دیدگاه مطرح شده علمی تر است کمک کرد. برای این کار باید به وزن علمی شواهد موجود در اختلاف نظر بین کارشناسان توجه نمود و اگر شواهد موجود قوی نیست، از جانبداری بی اساس خودداری کرد.

- بررسی دقیق اطلاعات موجود در مقالات داوری نشده:

مقاله هایی که قبل از داوری نهایی منتشر می شوند، هرچند ممکن است حاوی اطلاعات مفیدی برای دانشمندان و مردم باشند (به ویژه در شرایطی که اطلاعات به سرعت در حال تحول هستند مانند همه گیری ویروس کرونا) اما چون نهایی نشده اند باید قبل از رسانه ای نمودن محتویات آنها، از نظرات کارشناسان و خبرگان استفاده نمود و مردم را نیز در جریان موضوع و محتوای درست قرار داد.

- استفاده از منابع معتبر متعدد به ویژه منابع قابل اعتماد محلی:

تحقیقات در کشورهای مختلف نشان میدهد که میزان اعتماد مردم به افراد تاثیرگذار و نهادها یکسان نیست. در نتیجه علاوه بر وزارت بهداشت و مقامات رسمی باید از منابع قابل اعتماد محلی مانند بهورز، پزشک، ماما، مراقب سلامت، رسانه های محلی و... بعنوان منبع انتشار پیام استفاده شود.

- استفاده از سرتیتر و تصاویر آگاه کننده بجای القای شوک و هیجان به افکار عمومی:

سرتیتر ها اغلب آن چیزی هستند که مخاطبان می بینند و به خاطر می سپارند. گاهی دیده شده به اسم تحلیل علمی یک شایعه، بجای اشاره صریح به حقایق، صرفاً به تکرار نشخوارگونه ی جزئیات کم ارزش شایعه می پردازند. تصاویری که همراه سرتیتر هستند به راحتی دستکاری شده و میتوانند بدون سرتیتر منتشر شوند در نتیجه افراد باید در انتخاب تصویر دقت کنند چون میتواند منبعی برای اطلاعات غلط باشد.

ث- نقش فناوری های دیجیتال

- ارزیابی فواید و مضرات محصولات و رسیدگی به آسیب های وارده:

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

به روز رسانی اپلیکیشن های فضای مجازی، ایجاد گزینه هشدار جهت جلوگیری از به انتشار اطلاعات غلط و آسان تر کردن راه برای کاربران جهت گزارش اطلاعات غلط از این موارد است.

- رصد دقیق اطلاعات و اخبار جهت تجزیه و تحلیل گسترش اطلاعات غلط و پیامدهای آن:

سازمان های ناظر باید با حفظ حریم خصوصی افراد، به آنچه در معرض دید مردم قرار دارد، حساس باشند. همچنین اخبار مرتبط را به متولیان سلامت بازخورد دهند. این رصد باید به چندین زبان رایج انجام شده و برنامه های صوتی و تصویری زنده را نیز تحت نظر بگیرند.

- شناسایی زودهنگام ناشران اطلاعات غلط و متخلفان:

باید قوانین و پیامدهای روشن برای افرادی که به طور مکرر سیاست ها را نقض می کنند اعمال شود.

- ارزیابی اثربخشی قوانین و اقدامات انجام شده:

با دانستن اینکه کاربران از طریق چه کانال هایی بیشتر در معرض اطلاعات غلط قرار می گیرند و چه انواعی از آنها به موقع رصد و مدیریت می شود، تعیین کنید چرا محتوای خاصی حذف شده، همه گیر شده یا کمتر دیده شده است.

- مدیریت پیشدستانه ی کمبود اطلاعات:

کمبود اطلاعات زمانی رخ می دهد که تقاضا برای یک موضوع زیاد باشد اما میزان عرضه ی اطلاعات صحیح و علمی، محدود است. با استفاده از سایر منابع مورد اعتماد و معتبر و رفع کمبود اطلاعاتی، از سوتعبیر اطلاعات جلوگیری شود.

- تقویت ارتباطات از طریق پیام رسان های مورد اعتماد و کارشناسان مرتبط:

با استفاده از کادر بهداشت و درمان می توان به جامعه هدف دست یافت و با معرفی هرچه بیشتر منابع معتبر آنها را در معرض بیشتر اطلاعات صحیح قرار داد.

- حفاظت از متخصصان بهداشت و درمان و اصحاب رسانه در برابر آسیب های فضای مجازی:

از جمله آسیب هایی که از طرف خرافه پرستان و زود باوران به اخبار جعلی و خلاف واقع رخ می دهد.

ج- نقش محققان و موسسات تحقیقات

- تقویت نظارت و رصد سوالات مردم، دغدغه ها و ابهامات:

تمرکز تحقیقاتی بر روی طیف وسیع تری از محتوا و کانال های ارتباطی مثل محتوای دارای تصویر و ویدئو و یا اطلاعات در زبان های غیر بومی اهمیت دارد. به منظور رفع محدودیت های تحقیقاتی می توان از روش های جمع آوری داده مبتکرانه مانند استفاده از ظرفیت مردمی با رویکرد مشارکت اجتماعی بهره برد.

- ارزیابی تاثیر اینفودمی:

ارزیابی کمی آسیب های ناشی از اینفودمی یک ضرورت است. از جمله سوالاتی که باید به آنها پاسخ داد آن است که چگونه و در چه شرایط اطلاعات غلط بر باورها، رفتارها و سلامتی اثر می گذارد؟ نقش احساسات، شناخت و هویت در تبدیل آنها به باور چیست؟ اگر به موقع مدیریت نشود، بار اقتصادی آن بر جامعه چقدر است؟

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۳

- اهمیت شناخت اینکه مردم چطور در معرض اطلاعات غلط قرار می گیرند و از آن متاثر می شوند و بررسی تفاوت بین اقشار مختلف جامعه:

مداخلات متناسب با نیازسنجی از جمعیت های مختلف تنظیم شود. در طراحی تحقیق از خود مردم کمک گرفته شود. (مشارکت اجتماعی در امر تحقیق)

- ارزیابی اثربخشی استراتژی ها و سیاست های پیشگیری و مدیریت اینفودمی:

به عنوان مثال، آیا علامت گذاری محتوای خاصی به عنوان اخبار جعلی می تواند عواقب ناخواسته ای داشته باشد؟ آیا امکان ایجاد تاب آوری در مردم در برابر اطلاعات غلط از طریق روش هایی مانند "هشدار پیشگیرانه" وجود دارد؟ (هشدار پیشگیرانه یعنی قبل از اینکه محتوای غلط وارد جامعه بشود ما خود، مردم را آگاه کرده و محتوای غلط را تصحیح کنیم).

چ- نقش سرمایه گذاران و خیرین

- هماهنگی و سرمایه گذاری:

از ظرفیت خیرین و سرمایه گزاران سلامت با رویکرد مشارکت اجتماعی استفاده شود.

- سرمایه گذاری روی تعیین کمی آسیب های ناشی از اطلاعات غلط و تعیین مداخلات موثر مبتنی بر شواهد:

از ظرفیت خیرین و سرمایه گزاران سلامت در حمایت مالی از خدمات اطلاع رسانی و آموزشی بخش های خصوصی و دولتی استفاده شود بعنوان مثال ایجاد نشریات و روزنامه های محلی، برنامه های مدیریت شایعات، برنامه های ارتقای سواد سلامت.

- تامین منابع برای آموزش و سرمایه گذاری در جوامعی که به طور نامتناسب تحت اطلاعات غلط هستند:

به عنوان مثال، گروه های آسیب پذیر

- جلب مشارکت خیرین و سمن ها به منظور سرمایه گذاری هماهنگ و استفاده بهینه از مهارت ها (جلوگیری از دوباره کاری و اتلاف بودجه):

مثلا، هماهنگی در نظارت بر اخبار جعلی به زبان های رایج (حتی زبان های غیر فارسی) و تامین زیرساخت و لجستیک مورد نیاز

ح- نقش دولت

- ایجاد هماهنگی بین نهاد های مختلف دولتی و غیر دولتی (در سطح ملی، استانی، شهرستانی و محلی)

- افزایش سرمایه گذاری روی تحقیقات

- بهینه سازی برقراری ارتباط با مردم (بویژه جمعیت حاشیه نشین و گروه های آسیب پذیر)

- آموزش مستمر جهت تاب آوری جامعه در برابر اطلاعات غلط

- تامین تجهیزات مالی و فنی

خ- دستگاه های امنیتی

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

- شناسایی و دستگیری گروه های سازمان یافته تولید اخبار جعلی
- تشریح فعالیت های سازمان یافته و هدفمند دشمنان در استفاده ابزاری از بحران ها برای ضربه زدن به کشور
- مقابله و اقدام علیه تولید کنندگان اخبار جعلی

طراحی پیام

در برخورد با موضوعات اولویت دار سلامت یا شرایط اضطراری، با اطلاع رسانی صحیح، علمی و به موقع به رسانه های خبری، سیاست گذاران و مردم و شنیدار اجتماعی می توان اعتماد عمومی را افزایش داد و زمینه را برای انتشار شایعات و رواج برداشت های نادرست، کمتر نمود.

درست است که بحران ها غیرقابل پیش بینی هستند، اما برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی می تواند به درستی اوضاع را کنترل کرده و از خود مردم برای بهبود وضعیت استفاده کند. یکی از نکات ارتباطات خطر این است که وقتی افراد ناراحت و تحت استرس هستند، اغلب در شنیدن، درک و به خاطر سپردن پیام مشکل دارند.

درگیری ذهنی می تواند توانایی فرد در پردازش پیام را بیش از ۸۰ درصد کاهش دهد.

بنابراین باید:

۱. بر موانعی که درگیری ذهنی ایجاد می کند غلبه کرد.
۲. پیام های دقیق به تناسب برای مخاطبان مختلف تولید کرد.
۳. تلاش نمود تا به حداکثر اثربخشی ارتباط در میان انبوه پیام های نادرست دست یافت.

ارتباطات خطر با طراحی پیام و محتوای درست و قابل اعتماد از سمت سازمان های مسئول موجب خواهد شد مردم پیام را دریافت کنند، سپس درک کنند و به خاطر بسپارند. همچنین انتشار "پیام های واحد" از سوی سازمان های متعدد ذینفع افزایش اعتماد و انسجام اجتماعی را در پی دارد.

برای اطلاع رسانی، ابتدا باید مجموعه پیام های کلیدی مشخص شود، سپس برای هر پیام، اطلاعات تکمیلی و جزئیات نوشته شود.

اعضای تیم طراحی پیام:

- رییس گروه آموزش و ارتقای سلامت
- مدیر مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی
- کارشناس فنی و تخصصی مرتبط با موضوع
- طراح رسانه
- مشاوران جامعه شناسی یا رفتار شناس، روانشناس، ارتباطات و آموزش
- سایر افراد در صورت نیاز

مراحل طراحی پیام:

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

۱. شناسایی و تهیه لیست ذی نفعان
۲. شناسایی سوالات و دغدغه های ذی نفعان
۳. تجزیه، تحلیل و جمع بندی مجموعه ای از "پرتکرار ترین" سوالات و دغدغه های ذی نفعان
۴. طراحی و تدوین پیام های کلیدی
۵. تعیین اطلاعات تکمیلی و جزئیات هر پیام
۶. ارزیابی نهایی پیام
۷. انتشار پیام

۱. شناسایی و تهیه لیست ذی نفعان

اولین مرحله، شناسایی ذی نفعان موضوعات اولویت دار سلامت است. ذی نفعان با توجه به ظرفیت آنها برای مشارکت و اعتبار آنها نزد مردم اولویت بندی می شوند. بهتر است قبل از وقوع بحران ها، روابطی مثبت با ذی نفعان برقرار کرد. ذی نفعان در یک بحران ممکن است شامل افراد زیر باشند:

- افرادی که مستقیماً تحت تأثیر بحران قرار می گیرند
- بیماران
- خانواده های بیماران
- کادر بهداشت و درمان
- پرسنل نیروی انتظامی، امنیتی
- خانواده های کادر بهداشت و درمان و نیروی انتظامی، امنیتی
- سازمان های دولتی و غیر دولتی (همه سطوح)
- سیاستمداران، قانون گذاران
- اصناف مختلف
- رسانه ها (همه انواع)
- گروه های اقلیت و اتباع
- گروه های آسیب پذیر
- معلمان، اساتید دانشگاه، دانش آموزان و دانشجویان
- روحانیون و طلاب و علمای اهل سنت و شیعه
- عموم مردم

نکته:

ذی نفعان از سازمان شما انتظار اقدام و عمل دارند. این اقدام ممکن است ساده باشد (در حد انتشار اطلاعات از طریق رسانه ها و وب سایت ها) یا اینکه پیچیده باشد (مانند ملاقات های حضوری با مقامات رسمی کلیدی سازمان شما)

۲. شناسایی سؤالات و دغدغه های ذی نفعان

مرحله دوم شناسایی سؤالات و دغدغه های هر گروه از ذینفعان می باشد.

سؤالات و دغدغه ها معمولاً به سه گروه تقسیم می شوند:

الف- سؤالات اساسی (مهم ترین چیزی که مردم باید در مورد این موضوع بدانند چیست؟)

ب- سؤالات اطلاعاتی و آماری (به عنوان مثال: بودجه ای که برای این کار اختصاص داده شده است چقدر است؟)

ج- سؤالات چالش برانگیز (به عنوان مثال: چرا باید اعتماد کنیم؟ چند نفر دیگر باید بپذیرند، قبل از اینکه اقدام مناسب انجام شود؟)

روش های تهیه فهرست سؤالات و دغدغه های ذی نفعان:

۱. تجزیه و تحلیل رسانه ها (مانند روزنامه، رادیو، تلویزیون)
۲. تجزیه و تحلیل وب سایت و فضای مجازی
۳. بررسی گزارش های شکایات، گزارش های خط تلفنی ویژه (بعنوان مثال ۴۰۳۰)
۴. مصاحبه ها با کارشناسان موضوع
۵. بحث های متمرکز گروهی با افراد درگیر بحران
۶. بررسی گزارش ها از تریبون آزاد مردمی و اصناف (شنیدن صدای مردم)
۷. نظرسنجی ها

*تحقیقات نشان می دهد که بیش از ۹۵ درصد از سؤالات و دغدغه های ذی نفعان با این روش ها شناسایی خواهند شد.

۳. تجزیه، تحلیل و جمع بندی مجموعه ای از پرتکرار ترین سؤالات و دغدغه های ذی نفعان

این مرحله، جهت شناسایی مجموعه ای مشترک از نگرانی ها و سؤالات و ابهامات اساسی است. برای این کار بهتر است از جدولی استفاده شود که در ستون عمودی آن، فهرست ذی نفعان و ستون افقی آن، فهرست سؤالات و دغدغه های آنها باشد. اصولاً سؤالات و دغدغه های رایج در موضوعات زیر می باشد:

- سلامت
- امنیت
- اطلاعات اولیه (چه کسی، چه چیزی، کجا، چه زمانی، چرا و چگونه)
- شفافیت و دسترسی به اطلاعات
- صداقت و اعتماد
- ابهام
- محیط زیست

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

- اقتصاد
- سبک زندگی
- عدالت و برابری
- فرهنگ
- قوانین
- مسئولیت پذیری فردی، اجتماعی و مسوولان
- راه حل، روش های جایگزین
- اثرات بر کودکان و نسل های آینده
- تغییرات در وضعیت موجود
- مشارکت (نحوه و میزان سهم)
- فواید
- گوش دادن، مراقبت، همدلی

۴. تعیین پیام های کلیدی

مرحله چهارم، تعیین پیام های کلیدی برای هر سوال، دغدغه یا نگرانی ذی نفعان است. پس از تجزیه و تحلیل مخاطب است که می توان پیام های متناسب با نیازهای مخاطبین را طراحی نمود. در هر موضوع اولویت دار سلامت، مخاطبان متعددی وجود دارد. ضمناً نیازها و تقاضاهای افراد مختلف در هنگام بحران ها متفاوت می باشد. پیام های کلیدی معمولاً از طریق جلسات بارش افکار با ذی نفعان و بر اساس تئوری ها و اصول ارتباطات خطر طراحی می شوند.

نیازهای مخاطبان را می توان به سه شیوه مورد قضاوت قرار داد:

(۱) ارتباط با بحران (۲) تفاوت های روان شناختی (۳) تفاوت های جمعیت شناختی آنها

مخاطبین مختلف در جست و جوی پیام های خاص بر اساس ویژگی های خود هستند. اولویت بندی طراحی پیام ها، بر اساس میزان درگیری افراد در بحران، انجام می شود. در هنگام طراحی پیام ها باید به عواملی همچون میزان تحصیلات، سطح درآمد، سن، زبان، دانش و تجربه، هنجارها و ارزش های فرهنگی، موقعیت جغرافیایی، اعتقادات دینی و سطح اعتماد به سازمان ها و موسسات درگیر در پاسخ به یک بحران یا شرایط اضطراری، توجه کرد.

❖ پیام های کلیدی محتوایی هستند که مردم "باید بدانند" یا اینکه "می خواهند بدانند". (جزو دغدغه ها و سوالات پر

تکرار مردم می باشند) و باید شامل کلمات کلیدی باشند، زیرا کلمات کلیدی باعث تداعی خاطره شده و در ذهن

مخاطب می مانند. هر پیام نباید بیشتر از سه کلمه کلیدی داشته باشد. پیام باید واضح، روشن و قابل فهم باشد.

نکته: پیام های کلیدی ضمن یکسان سازی و همسو شدن اطلاع رسانی، توسط صدا و سیما و رسانه های رسمی منعکس می شود و در سخنرانی سیاست گزاران استفاده خواهند شد.

عوامل موثر بر جلب توجه مخاطبین به پیام طراحی شده

سرعت، دقت، صحت، اعتماد و اعتبار پیام های طراحی شده عواملی هستند که فوراً توسط مخاطبین مورد قضاوت قرار می گیرند. * سرعت برقراری ارتباط: یکی از معضلات اصلی در بحران، سرعت پاسخ دهی و در عین حال، حفظ دقت در شرایط عدم قطعیت می باشد. مردم ممکن است سازمان ارائه دهنده خدمت را بر اساس سرعت پاسخ دهی قضاوت کنند، اما باید توجه داشت که پاسخ گویی سریع با اطلاعات اشتباه و طراحی پیام های ضعیف، اعتبار یک سازمان را از بین می برد. توجه به این نکته نیز حائز اهمیت

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

است که برداشت های اولیه مردم از پیام ها، برداشت های ماندگاری هستند و دقت در طراحی آنها بسیار مهم است. از سوی دیگر، اگر سازمان های مربوطه به طور کلی ارتباطات را نادیده بگیرند، مخاطبان به منابع اطلاعاتی کمتر معتبر روی خواهند آورد.

*محتوای علمی پیام ها (صحت): عموم مردم به اطلاعات صحیح گوش فرا می دهند و انتظار دارند توصیه های مشخصی برای اقدام و انجام رفتار دریافت نمایند. از شاخص های قابل توجه در این زمینه آن است که حقایق علمی و اطلاعات درست باید به گوش مردم رسانده شود، واقعیت ها را باید با استفاده از اصطلاحات غیر فنی ساده تکرار کرد. در اوایل پاسخ به بحران، باید از به تصویر کشیدن جزئیات اجتناب نمود و نیز اطمینان حاصل کرد که همه منابع معتبر، اطلاعات یکسانی را به اشتراک می گذارند.

* اعتماد و اعتبار پیام ها: یکی از مهم ترین عوامل موثر در ارتباطات، اعتبار است. سه عنصر اساسی در ایجاد اعتبار از طریق ارتباطات عبارتند از: (۱) برداشت مخاطب از نیت فرستنده پیام (۲) تخصص (۳) قابل اعتماد بودن.

(۱) برداشت مخاطب از نیت فرستنده پیام: این موضوع عواملی مانند همدلی، مراقبت، تعهد و فداکاری را شامل می شود. احساس همدلی و مراقبت باید در ۳۰ ثانیه اول یک پیام گنجانده شود. در واقع، اگر مخاطبین، افراد برقرار کننده ارتباط را همدل و دلسوز ببینند، احتمال عمل به پیام های دریافتی بیشتر می شود. اغراق در مورد احساساتی مانند ترس، رنج، درد و عدم قطعیت می تواند اثر معکوس داشته باشد.

(۲) تخصص: افراد بر اساس تخصص خود در تحصیلات، موقعیت، مقام، نقش ها و مأموریت های سازمانی شناسایی می شوند. اگر افراد، تجربه قبلی و توانایی اداره موقعیت های بحرانی در گذشته را داشته باشند، از نظر مردم شایسته تر هستند. در غیر این صورت، باید افرادی برای ارائه پیام انتخاب شوند که در گذشته، اعتماد مخاطب را جلب کرده اند و خودشان را به سازمان اثبات کرده اند. گاهی اوقات، مقامات رسمی منتخب، به همراه متخصصان و کارشناسان ظاهر شده و پیام ها را به مخاطب ارائه می نمایند.

(۳) قابل اعتماد بودن: این امر تا حدودی با صداقت، صراحت و شفافیت حاصل می شود. صداقت یعنی مواجهه با هر واقعیت و پاسخ دهی سریع و مناسب

از خود سوال کنید که:

آیا برای همه مخاطبین با عکس العمل های مختلف (فرار یا مبارزه) برنامه ی متناسبی دارید؟ به عبارتی، آیا برای آنها پیام های اختصاصی، کانال ارتباطی و فرد انتقال دهنده پیام مشخص شده است؟

۵. تعیین اطلاعات تکمیلی و جزییات هر پیام

مرحله پنجم، تعیین حقایق و اطلاعات مبتنی بر شواهد برای هر پیام کلیدی است. همان اصولی که برای طراحی پیام در نظر گرفته شده باید اینجا هم رعایت شود. غالباً اطلاعات تکمیلی در پیام کلیدی گنجانده نمی شوند، بلکه در مواقع لزوم به آنها رجوع می شود.

جدول طراحی پیام

نام ذینفع (مخاطب): سوال، دغدغه یا نگرانی:		
پیام کلیدی ۱:	پیام کلیدی ۲:	پیام کلیدی ۳:
اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۱-۱:	اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۱-۲:	اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۱-۳:
اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۲-۱:	اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۲-۲:	اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۲-۳:
اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۳-۱:	اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۳-۲:	اطلاعات تکمیلی و جزئیات ۳-۳:
کلمات کلیدی:	کلمات کلیدی:	کلمات کلیدی:

۶. پیش آزمون پیام قبل از انتشار

ارزیابی پیام با استفاده از روش های استاندارد توسط کارشناسان تخصصی مرتبط با موضوع، نمایندگان تصادفی از جمعیت عمومی و سازمان های ذینفع که خارج از تیم طراحی پیام هستند صورت می گیرد تا صحت پیام، شفافیت و تاثیرگذاری آن بررسی شود. این اقدام، شانس پذیرش و درک پیام را بیشتر می کند. در فاز آمادگی و پیش از شروع بحران، باید مکانیسم و منابع لازم در جهت طراحی، پیش آزمون و شفاف سازی پیام ها (در حداقل زمان ممکن) برای رسانه ها و مردم وجود داشته باشد.

چه روش هایی برای انجام پیش آزمون پیام وجود دارد؟

دو روش متداول برای پیش آزمون پیام شامل مصاحبه های فردی و بحث گروهی متمرکز می باشد. البته آزمون خوانایی و بررسی متخصصان نیز می توانند برای پیش آزمون استفاده شوند.

۱. مصاحبه های فردی: شامل مصاحبه هایی است که بین یک مصاحبه کننده و یک مخاطب در یک فضای خصوصی و مطمئن انجام می شود.

۲. بحث گروهی متمرکز (FGD): شامل یک گروه کوچک (معمولاً بین ۸ تا ۱۰ نفر) از افراد است که در یک موقعیت گروهی به بحث در مورد پیام اولیه طراحی شده می پردازند.

۳. ارزیابی میزان خوانایی: به تعیین سطح دشواری یک متن نوشتاری کمک می کند. این ارزیابی باید قبل از پیش آزمون متن

(توسط مخاطب) انجام پذیرد. (شاخص گانینگ فوگ، شاخص خوانایی فلش، شاخص خوانایی کلوز)

۴. بررسی متخصصین: شامل بررسی نسخه اولیه پیام توسط کارشناسان و گرفتن نقطه نظرات و پیشنهادات اصلاحی آنان است.

چند نفر باید در پیش آزمون پیام شرکت کنند؟

اغلب انجام ۱۰ تا ۱۲ مصاحبه فردی، اطلاعات مفید و کافی فراهم می کند. اگر شما از روش بحث گروهی متمرکز استفاده می کنید، برگزاری ۲ تا ۴ بحث با ۱۰-۸ فرد نتایج رضایت بخشی به شما خواهد داد.

برای انجام پیش آزمون باید آمادگی لازم را داشته باشید. برای کسب آمادگی، گام های زیر را باید طی کنید:

۱. پیام یا رسانه مورد نظر در پیش آزمون را انتخاب کنید.

۲. سؤالات راهنمای بحث گروهی را آماده کنید.

۳. برای هدایت بحث های گروهی، رهبری (تسهیل گر) با تجربه و ماهر انتخاب کنید.

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

۴. فردی که قرار است نکات موجود در بحث‌ها را ضبط کرده یا یادداشت کند، را انتخاب کنید. این فرد باید بتواند عمل یادداشت برداری را سریع انجام دهد و با زبان مخاطبان آشنایی کامل داشته باشد و قبل از برگزاری جلسه، با سؤالات و راهنمای بحث گروهی آشنا شده باشد. اگر ملاحظات اخلاقی رعایت شود و مخاطبان اجازه دهند می‌توانید از ضبط صوت (ریکورد) استفاده کنید.

۵. مکان مناسب برای انجام پیش‌آزمون را انتخاب کنید. مثلاً اگر پیام شما برای زنان ۲۰ تا ۵۴ ساله طراحی شده است، می‌توانید در مکان‌هایی مانند مراکز خرید، مراکز بهداشتی-درمانی و غیره پیش‌آزمون را انجام دهید. اگر پیام شما برای نوجوانان طراحی شده است، می‌توانید پیش‌آزمون پیام را در مدارس و سایر مراکز تجمع نوجوانان انجام دهید.

۶. افراد شرکت‌کننده در پیش‌آزمون را انتخاب کنید. برای مصاحبه‌های فردی، افرادی از جمعیت هدف که زمان کافی برای پاسخگویی به سؤالات شما داشته باشند، را انتخاب کنید. برای بحث‌های گروهی متمرکز باید گروهی از افراد که از اعضای جمعیت هدف شما هستند و از نظر برخی مشخصات مانند سن، جنس و تحصیلات مشابه مخاطب هدف هستند را انتخاب نمایید. مثلاً اگر شما قصد پیش‌آزمون پیامی برای انجام ماموگرافی در زنان سنین باروری دارید، بایستی پیش‌آزمون پیام را برای زنانی انجام دهید که از نظر برخی مشخصات مانند سن، تحصیلات و غیره، مشابه مخاطبان پیام شما هستند.

۷. وسایل لازم جهت پذیرایی (میان‌وعده و آشامیدنی) شرکت‌کنندگان را آماده و مشخص کنید. این کار برای تشکر از شرکت آنها در مصاحبه یا جلسه بحث گروهی است.

نمونه سؤالات پرسیده شده از مخاطبان در جریان پیش‌آزمون پیام

متناسب با نوع رسانه و محتوای پیام آنها، سؤالات می‌تواند متفاوت باشد. در ادامه، نمونه‌ای از سؤالات برای پیش‌آزمون پیام‌های یک پوستر آورده شده است:

۱. لطفاً به ما بگویید که چه چیزی در این تصویر می‌بینید. چه چیز این تصویر به شما شباهت دارد؟
۲. در مورد افراد موجود در تصویر چه تصویری دارید؟ شما فکر می‌کنید آنها در حال انجام چه کاری هستند؟
۳. آیا شما فکر می‌کنید که این پوستر از شما می‌خواهد کار خاصی را انجام دهد. چه کاری؟
۴. آیا افراد موجود در این تصویر، شما را به یاد دوستانتان می‌آورند؟ آیا این افراد از دوستان شما، متفاوت هستند؟ چرا؟
۵. آیا کلماتی در این پوستر وجود دارد که شما آن را نفهمید؟ اگر بلی، کدام یک از آنها؟
۶. حال به زبان خودتان بیان کنید که پیام این پوستر چیست؟
۷. آیا در این پوستر، تصویر یا نوشته‌ای وجود دارد که فکر کنید باعث آشفتگی یا رنجیدگی افراد دیگر شود؟ اگر بلی کدام نوشته یا تصویر؟
۸. آیا در این پوستر، چیزی وجود دارد که شما آن را دوست نداشته باشید؟ اگر بلی، چه چیزی؟
۹. آیا در این پوستر، چیزی وجود دارد که شما آن را واقعا دوست داشته باشید؟ اگر بلی، چه چیزی؟
۱۰. آیا در این پوستر، چیزی وجود دارد که گیج‌کننده باشد؟ اگر بلی، چه چیزی؟
۱۱. آیا شما فکر می‌کنید که می‌توانید پوستری بهتر از این طراحی کنید؟ پیام این پوستر را چگونه می‌نویسید؟

چنانچه در هر کدام از سؤالات، کمتر از ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان پاسخ مطلوب داده بودند، بازنگری پیام لازم است. پس از بازنگری مجدد، باید پیش‌آزمون دوباره پیام انجام شود.

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

برای تعیین سطح خوانایی متن پیام می توانید به طریق زیر عمل کنید:

پیام را در اختیار ۶ تا ۱۰ دانش آموزی قرار دهید که از نظر سطح سواد مشابه مخاطبان هدف شما هستند. از آنها بخواهید که متن را به صورت انفرادی و به صورت بلند برای شما بخوانند. به توانایی آنان در خواندن کلمات دقت کنید. سپس از آنها بخواهید که معنی آنچه خوانده اند را برای شما بیان کنند. اگر نتوانستند، متن را دوباره بنویسید و کلمات و جملات طولانی و مشکل را حذف نمایید.

نظر متخصصین:

علاوه بر اعضاء جمعیت هدف، افراد متخصصی وجود دارند که آشنا به موضوع پیام هستند و می توانند پیشنهادات خوبی برای بهبود محتوای پیام ارائه دهند. اعمال نظرات آنها می تواند کیفیت محتوای پیام را بهبود بخشد. برای کسب نظرات آنها می توان یک جلسه بحث با آنها ترتیب داد. اگر جلسه به خوبی هدایت شود، بیشتر از ۲ ساعت به طول نمی انجامد. روش دیگر برای اخذ نظرات متخصصین آن است که پیام را به صورت فردی بررسی و پیشنهادات خود را به صورت جداگانه ارائه دهند. از متخصصین بخواهید مطالب و محتوای پیام را بررسی کنند و به شما بگویند که آیا مطالب صحیح هستند یا خیر؟ و تجارب مشابه خود در مورد پیام و موضوع مورد بحث را به اطلاع شما برسانند. می توانید سؤالات زیر را از آنها بپرسید:

۱. آیا اطلاعات متناقض با مطالب ارائه شده در این رسانه، وجود دارد؟

۲. آیا روش بهتری برای ارائه این اطلاعات وجود دارد؟

۳. اگر شما می خواستید محتوای این رسانه را طراحی کنید، چه تغییراتی در این کلمات، تصاویر، موزیک، صدا و غیره ایجاد می کردید؟

نکته مهم

محتوای پیام های رسانه های آموزشی طراحی شده برای عموم جامعه باید در سطح سواد کلاس ششم تا هشتم طراحی شوند.

۷. انتشار پیام

آخرین مرحله از طراحی پیام، انتشار پیام از طریق یک سخنگوی آموزش دیده و کانال های ارتباطی مناسب است.

با طی این ۷ مرحله پیام ها می توانند در کنفرانس های مطبوعاتی، مصاحبه های خبری، جلسات عمومی، وبسایت ها و فضای مجازی، تلفن های گویا و رسانه های دیداری و شنیداری استفاده شوند.

گزارشگران تصمیم خواهند گرفت که شنوندگان و بینندگان چه چیزی را در مورد آنچه که اتفاق افتاده بشنوند و ببینند. شیوه تعامل با آنها به این گونه است که نباید همچون کارمندان خود سازمان با آنها رفتار کرد. همچنین پیشنهادات باید به شیوه ای درست به آنها ارائه شود، نه اینکه دیکته شود و این به یک رابطه همکاری میان سازمان ها و رسانه ها کمک می کند.

با گسترش بحران، بین آنچه مدیران بحران معتقدند که باید توسط رسانه ها پوشش داده شود یا خیر؟ و آنچه که خبرنگاران می خواهند بدانند، ممکن است شکاف وجود داشته باشد. در چنین مواردی، باید در نظر داشت که سازمان ها باید نکات را به صورت مداوم، به طور روشن بیان کنند و اگر رسانه ها، اطلاعات نادرست را ارائه داده اند، باید سریعاً اطلاعات صحیح را به رسانه ها و مردم برسانند. باید در نظر داشت که مدیران بحران، گزارشگران و تفسیر کنندگان، وقایع را از زوایای مختلفی می نگرند.

گزارشگران چه می خواهند؟

گزارشگران به موارد زیر نیاز دارند:

* پاسخ دهی به موقع به سوالات آن ها

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

* دسترسی به کارشناسان

* تصاویری برای پشتیبانی از داستان خبری خود

متداول ترین سؤالات رسانه ای در مواقع اضطراری عبارت است از:

۱. هم اکنون چه اتفاقی در حال رخ دادن است؟
۲. کجا و در چه زمانی اتفاق افتاده است؟
۳. علت آن چیست؟
۴. چه کسی باعث این اتفاق شده است؟
۵. چه کسی مسئول است؟
۶. آیا کسی آسیب دیده است؟
۷. آیا افراد صدمه دیده کمک دریافت کرده اند و اگر چنین است، چگونه؟
۸. چقدر خسارت وارد شده است؟
۹. آیا بحران هم اکنون ادامه دارد؟
۱۰. آیا قبلا هم اتفاق افتاده است؟
۱۱. چه اتفاقی را می توان انتظار داشت؟
۱۲. مردم باید چه کاری را انجام دهند و چه کاری را انجام ندهند؟
۱۳. چرا این اتفاق افتاد؟ (باید توجه داشت که در پاسخ به این سوال باید به عواملی همچون عدم استفاده از حدس و گمان، تکرار حقایق مرتبط با رویداد، شرح تلاش ها برای جمع آوری اطلاعات، شرح درمان از طریق گزاره برگ ها (برگ حاوی اطلاعات در مورد رویداد) توجه کرد.
۱۴. آیا ممکن است در مکان دیگری هم رخ دهد؟
۱۵. آیا شما هیچ هشداری برای رویدادهایی که ممکن است رخ دهد، دارید؟
۱۶. چرا از این اتفاق جلوگیری نشد؟
۱۷. چه چیز دیگری می تواند اشتباه باشد؟
۱۸. چه زمانی شما شروع به کار کردید؟ (به عنوان مثال، چه زمانی از این وضعیت مطلع شدید، یا چه زمانی درستی رویداد را تایید کردید؟)
۱۹. هزینه آن چقدر برآورد شده است؟
۲۰. این داده ها / اطلاعات / نتایج به چه معنی است؟
۲۱. چه اطلاعاتی را به ما نمی گوئید؟
۲۲. آیا بحران تحت کنترل است؟
۲۳. چه مدت طول می کشد تا وضعیت به حالت عادی بر گردد؟
۲۴. آیا از دیگران کمک خواسته اید؟ چه کمکی دریافت کرده اید؟

۲۵. چه درس‌هایی آموخته ایم؟

۲۶. برای جلوگیری از تکرار این اتفاق باید چه کرد؟

سخنگوی بحران

مهم‌ترین نقش در پاسخ به یک بحران، وجود یک سخنگوی رسمی و تعیین شده است. سخنگو، سازمان را به تصویر می‌کشد و به فرایند پاسخدهی به ذی‌نفعان و جامعه شخصیت می‌دهد. در طول یک شرایط اضطراری و بحران، سخنگویان باید در زمینه اطلاعات مورد نیاز، با مردم ارتباط برقرار کنند. این اطلاعات باید در جهت توانمندسازی مردم، ایجاد اعتماد و کاهش سطح صدمات و آسیب‌های بحران باشد.

یک سخنگو، سازمان را به سمت واژه‌ی "ما" می‌برد و ارتباط انسانی با مخاطبان مختلف برقرار می‌کند. در دنیای ایده آل، هر سازمان، فردی دلسوز و ماهر در سخنگویی را دارد که این نشان‌دهنده اطمینان و گیرایی آن سازمان است. در بسیاری از موارد، انتخاب‌های کمی در مورد اینکه چه کسی در نهایت در هنگام بحران برای سازمان صحبت کند، وجود دارد. در دنیای ارتباطات، اصرار بر این است که سخنگویان آموزش دیده باشند. به طور کلی، افراد کمی به عنوان سخنرانان بحران مولد شناخته می‌شوند و در یک بحران، حتی ماهرترین ارتباط برقرارکنندگان، اشتباه می‌کنند. برای سخنگویان، توانایی برقراری ارتباط موثر با مخاطبین (چه از طریق رسانه‌ها و چه به صورت حضوری) اهمیت دارد. سخنگویان به مردم این امکان را می‌دهند تا با اقدام به پاسخ، با روش حل و فصل یک بحران آشنا شوند. سخنگوی بحران، نیازمندی‌های رسانه و عموم مردم را مدیریت می‌کند و به ایجاد اعتبار سازمان کمک می‌کند. یک سازمان باید سخنگویان را به دقت انتخاب کند و این انتخاب باید بر اساس آشنایی فرد با موضوع و توانایی وی در صحبت کردن در مورد آن، به روشی قابل درک و با اعتماد به نفس باشد.

سخنگویان باید آمادگی برای پاسخگویی به سؤالات متنوعی از قبیل موارد زیر را داشته باشند:

- * این بحران چیست و بزرگی شدت آن چقدر است؟ (به عنوان مثال، چه کسی، چه چیزی، کجا، چه زمانی، چرا و چگونه)
- * در این بحران، کدام متغیر سلامت و ایمنی افراد و جوامع در خطر است؟
- * چه کسانی یا سازمان‌هایی در حال مدیریت حادثه هستند و برای پاسخ‌دهی به حادثه چه اقداماتی در حال انجام است؟

قوانین ارتباطات خطر در شرایط بحرانی برای سخنرانان:

(۱) اجتناب از ایجاد قوت قلب کاذب و اطمینان بیش از حد مانند جمله زیر:

"یک طوفان زمستانی بسیار خطرناک در راه است، اما مردم می‌توانند برای محدود کردن خطر، اقداماتی انجام دهند. تا حد امکان، در خانه بمانید و از عبور و مرور در خیابان‌ها خودداری کنید، تا طوفان بگذرد و جاده‌ها روشن و شفاف شوند."

(۲) تصدیق عدم اطمینان:

مانند این جمله که "اوضاع در حال پیشرفت است و ما هنوز تمام حقایق را نمی‌دانیم. بر اساس آنچه می‌دانیم، انتظار داریم که ..."

(۳) تاکید بر روی یک فرآیند برای کسب اطلاعات بیشتر:

مانند این جمله "نمونه‌هایی از افراد دارای علائم مشابه با آنفلوانزا گرفته شده است. اکنون این نمونه‌ها در حال آزمایش هستند تا صفات و نژاد دقیق آن ویروس مشخص شود."

(۴) ارائه راهنمایی‌های پیش‌بینی‌کننده:

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۳

به عنوان مثال برای خبر دادن از اثرات جانبی آنتی بیوتیک ها می توانید بگوئید: "طیف گسترده ای از این آنتی بیوتیک، به عنوان داروی مؤثر مطرح می باشد، اما می تواند باعث ناراحتی معده از جمله حالت تهوع و اسهال در برخی افراد شود".

(۵) ابراز حس همدلی و پرهیز از حالت تدافعی:

به عنوان مثال بگوئید "ما امیدواریم که در حال حاضر، دوزهای بیشتری از واکسن در دسترس باشد." یا در هنگام شکست و اشتباهات سازمان بگوئید "ما احساس فوق العاده بدی داریم از اینکه"

(۶) درک ترس های مردم:

به مردم نگویند که نباید بترسند. آنها می ترسند و حق دارند که چنین احساسی داشته باشند. از چنین عباراتی استفاده کنید "ما درک می کنیم که مردم نگران هستند و ترسیده اند و طبیعی است که آنها به هنگام مواجهه با آتش سوزی وحشت کنند".

(۷) درک ناراحتی های مشترک ناشی از یک بحران:

عواقب ناگوار و ناراحتی یک فاجعه باید درک شود و سپس با انجام اقدامات مثبت به حرکت مردم به سمت آینده کمک شود. به عنوان مثال می توانید بگوئید «در حال حاضر با وجود تعداد زیاد افراد در پناهگاه ها، دانستن اینکه چطور می توان به حالت عادی برگشت، دشوار است. ما در تلاش هستیم تا روند بازگشت مردم به خانه های خود را آغاز کنیم».

(۸) بیان امیدواری ها:

به عنوان مثال بگوئید «امیدواریم به زودی به جواب های قاطعانه تری دست پیدا کنیم».

(۹) داشتن آمادگی برای پاسخگویی به سوالاتی مانند «چه می شود اگر اوضاع بدتر شود...»:

اینها سوالاتی هستند که همه به آنها فکر می کنند و نیاز به یک پاسخ کارشناسی شده دارند. این گونه سوالات سبب می شوند که مردم آمادگی عاطفی و احساسی داشته باشند. از چنین جمله هایی می توان استفاده کرد «ما احتمال اینکه اوضاع بدتر شود را در نظر گرفته ایم و مکان های دیگری را برای پناهگاه مشخص کرده ایم».

(۱۰) بیان روشن و قابل فهم فعالیت هایی که مردم باید انجام دهند:

در مواقع اضطراری، برخی اقدامات به افراد مواجهه یافته یا افراد دارای پتانسیل مواجهه، داده می شود. ارائه اعمال و فعالیت های ساده، به مردم انگیزه می دهد تا با آنچه در حال وقوع است، هماهنگ باشند و به آنها حس کنترل بخشد. همچنین می تواند در اعطای حق انتخاب برای انجام اقدامات متناسب با سطح نگرانی ها مفید باشد. به عنوان مثال بگوئید « شما ممکن است تمایل داشته باشید قبل از خوردن اسفناج آن را کاملاً بپزید، یا ممکن است بخواهید از خوردن اسفناج خودداری کنید و یا بخواهید فقط اسفناج فریز شده بخورید».

(۱۱) پاسخگویی به سوالات و دغدغه های مردم:

شاید مهم ترین نقش سخنگویان، پاسخ به سوالات مردم باشد تا بتوانند خطر را مدیریت کنند. اگر سخنگویان، شدت و پیچیدگی خطر را تایید کنند و ترس های مردم را شناسایی کنند، می توانند به بهترین وجه، به سوالات مردم پاسخ دهند.

نکته مهم

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۳

تحقیقات نشان می دهد که مردم با روش های مشارکتی و حل مسئله، به بحران ها بهتر پاسخ می دهند. بیشتر اوقات، افراد در هنگام بحران ها، به هم نوع خود کمک می کنند و اقدامات معقول و منطقی انجام می دهند. تحریک این خصوصیات ذاتی، به افراد کمک می کند تا با عدم قطعیت، ترس و بدبختی مقابله نمایند.

در بحران ها و فجایع غیر مترقبه می توان با استفاده از عباراتی مانند "همه ما به خاطر این فاجعه شوکه و نگران شده ایم. ما باید با امید به آینده نیرومند بمانیم. همانطور که ما تمام تلاش خود را برای کمک به یکدیگر می کنیم، شما نیز با آگاه ماندن و پیروی از دستورالعمل های بهداشتی می توانید از خود، خانواده و جامعه در برابر این خطر محافظت کنید" امید و همدلی را گسترش داد.

نکات مورد توجه در نحوه ارائه پیام توسط سخنرانان:

- سخنگو باید پیام های کلیدی را در "ابتدا یا انتهای" سخنرانی خود بازگو کند زیرا جملاتی که در اواسط سخنرانی گفته می شوند غالباً در ذهن مخاطب باقی نمی مانند.
- در هنگام ارائه سخنرانی، بهتر است برای ارائه منبع هر پیام از منابع مورد اعتماد مخاطبین استفاده شود، زیرا مخاطبین پیام هایی را می پذیرند که به منابع مورد اعتماد خودشان استناد شده است.
- پیام های کلیدی و اطلاعات تکمیلی که به درک خطر و عواملی مانند صداقت و اعتماد، معایب و مزایا، مشارکت اجتماعی، عدالت، حماسی بودن، ترس و نگرانی های احتمال وقوع حوادث ناگوار، تأثیرات بر کودکان می پردازد را ذکر کنید.
- ابتدا پیام کلیدی را بگویید، سپس اطلاعات تکمیلی را اضافه کنید و مجدداً پیام کلیدی را تکرار کنید.
- از تصاویر، مستندات، ابزار کمک تصویری، مثال ها، داستان و روایت های واقعی (مثلاً تجربه های شخصی افراد)، که می تواند توانایی فرد در شنیدن، درک و یادآوری پیام را بیش از ۵۰ درصد افزایش دهد، استفاده کنید.
- بین پیام های کلیدی منفی با پیام های کلیدی مثبت، سازنده و راهگشا "تعادل" ایجاد کنید.
- از کلمات نه، هیچ و هرگز استفاده بیش از حد و غیر ضروری نکنید.
- بین صحبت های خود از تکنیک پل زدن استفاده کنید، یعنی گفتن عبارتی مانند «می خواهم دوباره به شما یادآوری کنم...»
- طی سخنرانی، تمرکزتان روی پیام های کلیدی باشد و از به حاشیه رفتن و پرش افکار اجتناب کنید.
- صادق باشید و حقیقت را بگویید.

نکته: در حالت ایده آل باید هر پیام کلیدی کمتر از ۹ کلمه باشد و کمتر از ۳ ثانیه گفته شود.

کانال های ارتباطی

به شیوه ای که یک پیام منتقل می شود، کانال ارتباطی گفته می شود. در یک بحران، پیام ها از راه های مختلف منتقل می شوند. از نظر فن آوری، ارسال پیام ها می تواند در سطح بالا و پایینی قرار داشته باشد (به عنوان مثال، ارسال بروشورهای دست نویس (فناوری کم) و یا کانال های اینترنتی دوطرفه در رسانه اجتماعی (فناوری بالا). برای دستیابی به مخاطبین مختلف، انتخاب کانال و روش های برقراری ارتباط مناسب، از اهمیت بالایی برخوردار است. این امر در زمینه ارتباطات خطر در سلامت نیز حائز اهمیت است. به این دلیل که اگر افراد احساس کنند که اطلاعات کافی را به موقع دریافت نمی کنند، به رسانه های غیرمعتبر روی می آورند و این امر موجب چند دسته شدن مخاطبین می شود.

کانال های ارتباطی مختلف، نقاط قوت متفاوتی دارند. روزنامه ها برای گزارش جزئیات تحقیقات و اخبار جامع، بسیار مناسب هستند. تلویزیون نیز اطلاعات را بسیار سریع منتقل می کند و از عناصر بصری برای رویداد استفاده می کند. برخی دیگر از کانال ها مانند تلفن و تماس برای صحبت در رادیو، حالت تعاملی تر و حتی شخصی تر دارند. در برخی از جوامع ممکن است به تلویزیون، رادیو و اینترنت دسترسی گسترده ای وجود داشته باشد، اما در شرایط بحران ها، آنها به زیرساخت نیاز دارند، چرا که ممکن است در شرایط اضطراری مانند طوفان، سیل و تندباد، زیرساخت این کانال های ارتباطی آسیب ببینند.

سوالاتی که باید هنگام انتخاب کانال ها پرسیده شود عبارت است از:

- * کدام یک از کانال ها، برای رسیدن به مخاطبین هدف، بهتر هستند؟
- * کدام یک از کانال ها، برای مشکلات، موضوعات و پیام های مرتبط با خطرات بهداشتی مناسب تر هستند؟
- * با توجه به بحران خاص، کدام یک از کانال ها، بیشترین دسترسی را خواهند داشت؟
- * مخاطبین مورد نظر بحران، کدام یک از کانال ها را معتبر می دانند؟
- * کدام یک از کانال ها، پیام را در یک بازه زمانی مناسب به مخاطب ارائه می دهند؟
- * کدام یک از کانال ها، با هدف برنامه بحران متناسب هستند؟ (آیا سعی در آگاه سازی، تأثیر گذاری، کاهش ترس، تغییر نگرش ها یا تغییر رفتارها دارند؟)
- * با توجه به برنامه و بودجه، از کدام یک از کانال ها باید استفاده شود و آیا امکان استفاده از چند کانال وجود دارد؟

کانال های ارتباطی می توانند به موارد زیر طبقه بندی شوند:

۱. ارتباط چهره به چهره
۲. ارتباط گروهی مانند برقراری ارتباط با یک گروه کوچک و شرکت در جلسات عمومی کوچکتر
۳. ارتباطات عمومی مانند ارائه ها و بیانات عمومی در جلسات بزرگ تر
۴. ارتباطات سازمانی توسط ذی نفعان و سازمان های همکار
۵. ارتباطات جوامعی مانند اصناف، مدارس، مراکز درمانی، دینفوذان محلی، تشکل های مردمی
۶. رسانه های جمعی مانند رادیو، تلویزیون، روزنامه و پست
۷. رسانه اجتماعی مانند اینستاگرام، توئیتر، فیسبوک و یوتیوب

رسانه ها
وب سایت ها و رسانه های رسمی (سایت دفتر آموزش و ارتقای سلامت ، خط تلفنی ویژه، تلفن گویای بیمارستان ها، وبدا، شبکه خبری دانشگاه ها، خبرگزاری ها و روزنامه های رسمی، سایت و سامانه های سازمان ها و افراد ذینفع، اتوماسیون اداری،...)
رسانه های اجتماعی (گروه های مجازی سفیران و رابطان سلامت و اینستاگرام دفتر آموزش و ارتقای سلامت و دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سایر کانال های پر بازدید رسمی از ذینفعان، شبکه های اجتماعی مانند بله، ایتا، واتس اپ، توئیتر، فیس بوک،...)
رسانه های ارتباط جمعی ملی و محلی (رادیو و تلویزیون، ارسال پیامک)
تبلیغات محیطی و رویدادها (کیوآر کد آموزشی، دستگاه های فای، دیوارنویسی، ماشین نویسی، بیلبرد، عرشه، نمایش گره های دیجیتال در مرز و وسایل حمل و نقل عمومی)
رویدادها (مسابقه، همایش، ظرفیت های تجمعات و مراسمات)
رسانه های چاپی (پمفلت، بروشور، خبرنامه، بسته های آموزشی، ...)
ارتباطات بین فردی
آموزش چهره به چهره (سخنرانی ها، کارگاه، مراکز درمان نگهدارنده با متادون،...)
آموزش همسانان (آموزش از طریق سفیران و رابطین سلامت، افراد صاحب نفوذ، روحانیون و پزشکان اتباع، مبلغین، ...)
شبکه های رسمی (وبینار، سخنرانی، بحث متمرکز گروهی،...)
موقعیت های بالینی (بیمارستان ها، مراکز بهداشتی درمانی، ...)
مواد ترویجی
پرچم، ماگ، پیکسل، نوشت افزار، صابون مایع، ژل ضد عفونی کننده، ماسک، مسواک، کاور، کلاه، پشه بند،...

در هنگام بروز بلایا، تلویزیون و رادیو به دلیل سرعت عمل بیشتر، مورد استفاده قرار می گیرند. امروزه، اهمیت کانال های رسانه اجتماعی در حال افزایش است و کاربران اخبار اینترنتی، افرادی جوان تر، مرفه تر و دارای تحصیلات بیشتری هستند. افراد با درآمد کمتر و سالمند نیز به منظور دریافت اخبار، به میزان کمتری از اینترنت استفاده می کنند.

برای رسیدن به مخاطبان مختلف باید ترکیبی از همه راهبردهای ارتباطی فوق استفاده شود. در چنین مواردی باید هماهنگی و پیوستگی بین پیام های ارائه شده در کانال های مختلف مورد توجه قرار گیرد. ضمناً تطبیق پیام ها با کانال های ارتباطی انتخاب شده نیز مورد نیاز است. اطمینان از توزیع گسترده پیام در بین مخاطبین هم مسئله ای است که باید به آن توجه شود.

تعریف بعضی از کانال های ارتباطی در جدول زیر آورده شده است:

نام کانال	تعریف
جلسات توجیهی	جلسه توجیهی جلسه ای است که می تواند با مقامات دولتی و محلی، نمایندگان رسانه ها و رهبران جامعه با هدف اطلاع رسانی در مواردی مانند ارائه نتایج مطالعات و اقدامات صورت گرفته در بحران انجام شود. معمولاً شرکت عموم مردم در آن آزاد نیست.

تبلیغات محیطی	در تبلیغات محیطی از علائم بصری استفاده می شود (مانند نمودار، جداول، نقشه ها و عکس ها) و می توانند در به تصویر کشیدن موضوعات و اقدامات پیشنهادی کمک کننده باشند. تبلیغات محیطی می توانند در هر مرحله از کار مورد استفاده قرار گیرند و می توانند در مکان هایی که ترافیک بالایی دارند و یا جایی که مخاطبان هدف در آن حضور دارند، انجام شوند.
رسانه های چاپی	به منظور به اشتراک گذاری فعالیت ها و ارائه برخی اطلاعات استفاده می گردند و می توانند با سرعت بالایی، تولید و توزیع شوند.
خبرنامه	خبرنامه یک مقاله یا نشریه الکترونیکی است که اعضای جامعه را درباره فعالیت ها، یافته ها، دستورعمل های بهداشتی و سایر اطلاعات مطلع می کند. اطلاعات خبرنامه ها به بیشتر از یک موضوع می پردازد.
جلسات آزاد و در دسترس	یک جلسه غیر رسمی است که در آن اعضای جامعه می توانند با متولیان امر رو در رو و غیر رسمی تر صحبت کنند. در هنگام اتخاذ تصمیمات بزرگ و رسیدن به نقاط عطف کلیدی، مناسب ترین روش در نظر گرفته می شود.
سخنرانی	سخنرانی می تواند برای یک سازمان، جامعه، گروه های مدنی یا روحانی، اصناف، سازمان های غیرانتفاعی، گروه های قومی، مدارس یا مخاطبان محلی مشابه باشد. سخنرانی ها اغلب بر روی نقاط عطف اصلی مانند موفقیت ها، یافته های جدید یا توصیه های بهداشتی متمرکز هستند. آنها همچنین ممکن است به عنوان راهی برای ایجاد علاقه و تعهد در جامعه به کار گرفته شوند.
جلسات عمومی	یک جلسه عمومی، به طور کلی یک اجتماع بزرگتر است که برای عموم آزاد است، در آن کارشناسان اطلاعات را ارائه می دهند و به سوالات پاسخ می دهند، و اعضای جامعه پرسش های خود را مطرح می کنند و نظراتشان را ارائه می دهند.
جلسات گروهی متمرکز یا گروه کوچک	جلسات گروهی کوچک امکان تعامل بیشتر بین اعضا را فراهم می آورد. به عنوان مثال، در یک جلسه گروهی کوچک کارکنان سازمان، اطلاعات را با اعضای جامعه علاقه مند، ذی نفعان، شرکا و مقامات دولتی و محلی به اشتراک می گذارند.
خط تلفنی ویژه	برای برقراری روابط مهم می توان از تماس های تلفنی شخصی با مقامات و دینفوذان محلی استفاده کرد. اطلاع رسانی شخصی در مورد فعالیت های سازمان، فهمیدن اینکه چه کسی درگیر است و جمع آوری اطلاعات در مورد رویداد می تواند در ایجاد اعتماد در جامعه مفید باشد. تماس تلفنی در درک نگرانی های جامعه و جمع آوری اطلاعات برای سازمان می تواند کمک کننده باشد.

سوکو (SOCO)

SOCO به معنای هدف اصلی و مطلوب از ایجاد ارتباط است. SOCO پیام نیست بلکه نتیجه یا تغییری است که می خواهید در

نتیجه برقراری ارتباط ببینید و مخفف کلمات زیر است:

single : تنها

overarching : غالب، اصلی

communication : ارتباط

outcome : نتیجه، هدف

مراحل SOCO

مرحله ۱: مشکل چیست؟

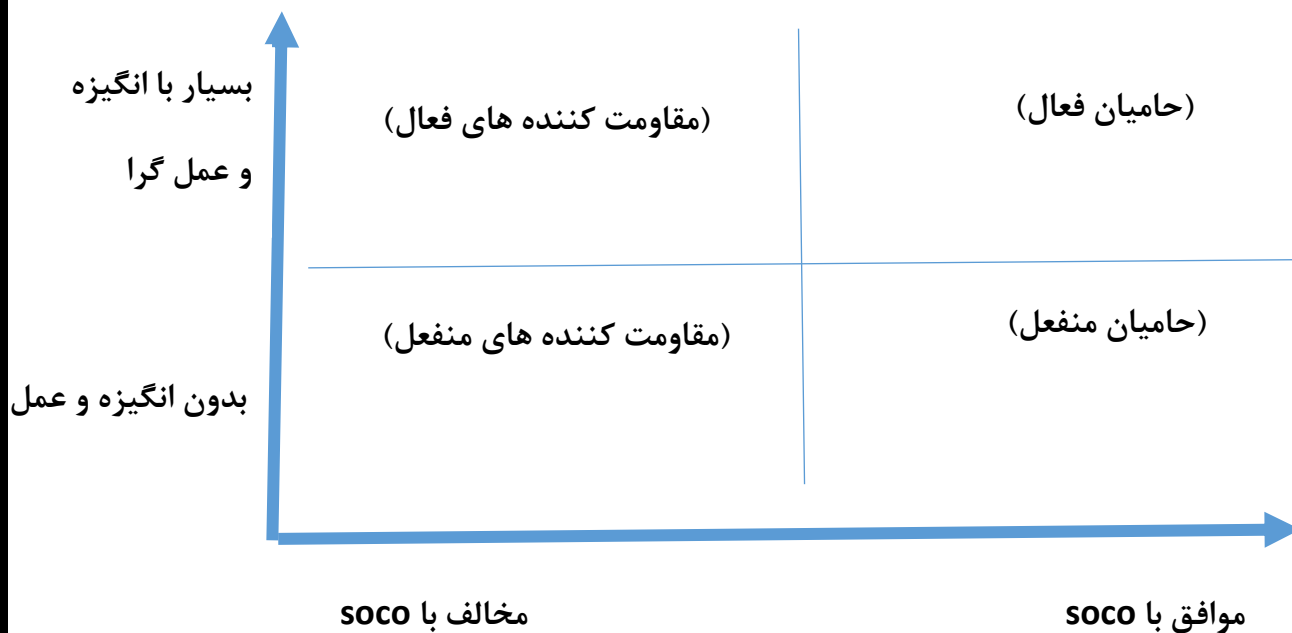
مرحله ۲: چرا می خواهید روی این موضوع تمرکز کنید و چرا در این زمان؟

مرحله ۳: گروه مخاطب کیست؟

مرحله ۴: تغییری که می خواهید در نتیجه ارتباطات خود در مخاطبان خود مشاهده کنید چیست؟

هدف ما تنها آگاه کردن، به اطلاع رساندن و گفتن موضوع نیست بلکه تغییری که می خواهیم شامل موارد زیر است:

- تاثیر گذاشتن
- ایجاد اعتماد
- اطمینان دادن
- تغییر رفتار
- متقاعد کردن
- تغییر وضعیت
- تغییر سیاست
- پیشگیری
- افزایش منابع



قبل از برقراری ارتباط:

- به نتیجه ای که می خواهید برای ارتباط خود برسید فکر کنید.
- از خود بپرسید که پیامد نهایی ارتباط که می خواهید به دست آورید چیست؟
- مخاطبان خود را به درستی تحلیل کنید. (مخاطب همیشه در فکر این است که چرا باید به این موضوع اهمیت بدهم؟ این پیام چه سودی برای من و خانواده ام خواهد داشت؟)
- پیام اصلی را به مخاطب منتقل کنید.

استراتژی ارتباطی شما باید در راستای موارد زیر باشید:

- بصورت مستمر و موثر با حامیان فعال ارتباط داشته باشید
- سعی کنید مقاومت کننده های فعال را به مقاومت کننده های منفعل تغییر دهید
- سعی کنید مقاومت کننده های منفعل را به حامیان منفعل تغییر دهید
- سعی کنید افراد حامیان منفعل را به حامیان فعال تغییر دهید

چارچوب تغییر رفتار

هدف اصلی چهارچوب تغییر رفتار بیان مجموعه ای از شاخص های کلان برای تفکر راهبردی، ردیابی عملیاتی، تصمیم گیری مبتنی بر شواهد به هنگام، تأثیر بر رفتار، افزایش توانمندی جامعه و انسجام اجتماعی است. شاخص های پیشنهادی، تعدادی از متغیرهای مهم اجتماعی-رفتاری را که برای مدیریت خطر ضروری شناخته شده اند را اندازه گیری می کنند. چارچوب تغییر رفتار با هدف ساده سازی و استاندارد سازی جمع آوری، تجزیه، تحلیل و استفاده از داده های اجتماعی مرتبط است و به مدیران برنامه RCCE در درک تغییرات اجتماعی در سطح جمعیت کمک می کند.

اهداف خاص این چارچوب عبارتند از:

- پایش و شناسایی تغییر رفتار و روند آن
- کمک به اولویت بندی اقدامات و اطلاع رسانی تصمیمات جدید
- تسریع و حمایت از شفافیت و اشتراک اطلاعات، دانش و ادراک
- آمادگی و برنامه ریزی جهت واکنش سریع
- تهیه درس آموخته ها جهت بازبینی سیاستگذاری ها و بهبود راهکار

چارچوب تغییر رفتار در شش بعد سازمان یافته است که شامل حوزه **اطلاعات، ادراک، دانش، عملکرد، متغیرهای اجتماعی و ساختاری** است. درک میزان و تأثیر این محرک های فردی و اجتماعی برای فهم اینکه چرا مردم اینگونه رفتار می کنند، بسیار حیاتی است.

اطلاعات و ارتباطات	<ul style="list-style-type: none"> • تقاضای اطلاعات • رضایت از اطلاعات • دسترسی به اطلاعات • ریسک اینفودمی • اعتماد به اطلاعات
دانش و آگاهی	<ul style="list-style-type: none"> • ماهیت بیماری • روش های پیشگیری • ...
ادراک	<ul style="list-style-type: none"> • درک ایمن بودن مراکز بهداشت • درک در معرض خطر بودن • درک تاثیر روش های پیشگیری
عملکرد	<ul style="list-style-type: none"> • انجام روش های پیشگیری • دریافت درمان • دریافت خدمات بهداشتی
محیط اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> • انگ • هنجارهای اجتماعی • مشارکت اجتماعی
عوامل ساختاری	<ul style="list-style-type: none"> • میزان باسوادی بزرگسالان • دسترسی به مراقبت های بهداشتی • دسترسی به اینترنت • داشتن تجهیزات لازم

شاخص های RCCE

*نوع و تعریف شاخص ها متناسب با نوع خطر تغییر می کند.

اطلاعات و ارتباطات

متغیر	شاخص	تعریف اصطلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
تقاضای اطلاعات	درصد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به موضوع موردنظر را دنبال می کنند.	افرادی که حداقل هفته ای یک بار با استفاده از کانالهای موجود، اطلاعات مربوط به موضوع موردنظر را دنبال می کنند.	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط را دنبال می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان
دسترسی به اطلاعات	درصد افرادی که به اطلاعات مناسب در خصوص موضوع موردنظر دسترسی دارند.	اطلاعات صحیح و واقعی به زبان بومی که به افراد در شناسایی راه کار بومی و اتخاذ اقدامات پیشگیرانه کمک کند.	تعداد افرادی که به اطلاعات مناسب در موضوع موردنظر دسترسی دارند.	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به موضوع موردنظر را دنبال می کنند.
رضایت از اطلاعات	درصد افرادی که از محتوای اطلاعاتی که در رابطه با موضوع موردنظر دریافت می کنند، راضی هستند.	رضایت از محتوای اطلاعاتی دریافت شده بدون در نظر گرفتن قالب یا کانال یا منبع اطلاعات	تعداد افرادی که از محتوای اطلاعاتی که در رابطه با موضوع موردنظر دریافت کردند، اظهار رضایت کردند.	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به موضوع موردنظر را دنبال می کنند.
اعتماد به اطلاعات	درصد افرادی که به کانال های ارتباطی که اطلاعات در خصوص موضوع موردنظر را دریافت میکنند اعتماد دارند.	احساس فرد از قابل اطمینان بودن کانال ارتباطی که از طریق آن اطلاعات مربوط به موضوع موردنظر را دریافت می کنند.	تعداد افرادی که به کانال های ارتباطی که اطلاعات در خصوص موضوع موردنظر را دریافت میکنند اعتماد دارند.	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به موضوع موردنظر را دنبال می کنند.
ریسک اینفودمی	نسبت محتوای غیر قابل اعتماد به تمام مطالب آنلاین	منظور از محتوای غیر قابل اعتماد، اخبار نادرست، غیر	تعداد محتوای غیر قابل اعتماد در فضای مجازی	تعداد کل محتوا در مورد موضوع

موردنظر در فضای مجازی طی ماه گذشته	در مورد موضوع موردنظر طی ماه گذشته	قابل اطمینان یا ادعاهای بی اساس است. محتوا در سطح جغرافیایی یا جمعیتی اندازه گیری می شود .	در یک منطقه و جمعیت خاص	
------------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------	--

دانش و آگاهی

متغیر	شاخص	تعریف اصطلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
ماهیت بیماری	درصد افرادی که علائم بیماری را به درستی می دانند	علائمی که در دستورالعمل های وزارت بهداشت، تعریف شده است	تعداد افرادی که علائم بیماری را به درستی می دانند	مجموع دهندگان پاسخ
	درصد افرادی که راه های انتقال بیماری را به درستی می دانند	راه های انتقال که در دستورالعمل های وزارت بهداشت، تعریف شده است	تعداد افرادی که راه های انتقال بیماری را به درستی می دانند	مجموع دهندگان پاسخ
روش های پیشگیری	درصد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر عامل خطر مورد نظر محافظت کنند	دانش در مورد روش های پیشگیرانه مانند ... (بستگی به عامل خطر دارد)	تعداد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر عامل خطر مورد نظر محافظت کنند	مجموع دهندگان پاسخ

ادراک

متغیر	شاخص ها	تعریف اصطلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
درک در معرض خطر بودن	درصد افرادی که معتقدند در معرض خطر هستند	تصور ذهنی فرد از احتمال ابتلا به عامل خطر	تعداد افرادی که معتقدند در معرض خطر هستند	مجموع دهنندگان پاسخ
درک تاثیر روش های پیشگیری	درصد افرادی که معتقدند رعایت روش های پیشگیرانه، از آنها در برابر عامل خطر محافظت می کند	درک فرد مبنی بر اینکه با رعایت اقدامات توصیه شده از خود در برابر عامل خطر محافظت می کند	تعداد افرادی که معتقدند رعایت روش های پیشگیرانه، از آنها در برابر عامل خطر محافظت می کند	تعداد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر عامل خطر مورد نظر محافظت کنند
درک ایمن بودن مراکز بهداشت	درصدی افرادی که معتقدند مراکز بهداشتی، درمانی برای ارائه خدمات، امن هستند.	تصور فرد از اینکه با مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی برای دریافت خدمات، خود و خانواده در معرض عامل خطر قرار نمی گیرند.	تعداد افرادی که معتقدند مراکز بهداشتی برای ارائه خدمات، امن هستند.	افراد ای که به مراکز بهداشتی، درمانی دسترسی دارند

عملکرد

متغیر	شاخص	تعریف اصلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
انجام روش های پیشگیری	درصد افرادی که روش های پیشگیرانه برای محافظت از خود در برابر عامل خطر را انجام می دهند.	روش های پیشگیرانه طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت	تعداد افرادی که روش های پیشگیرانه برای محافظت از خود در برابر عامل خطر را انجام می دهند.	تعداد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر عامل خطر محافظت کنند
دریافت درمان	درصد افراد واجد شرایط، که برای درمان اقدام میکنند.	اقدام به دریافت درمان در گروه های هدف	تعداد افراد واجد شرایط، که برای درمان اقدام میکنند.	مجموع پاسخ دهندگان
دریافت خدمات بهداشتی	درصد افرادی که سریعاً به دنبال درمان پزشکی خواهند بود در صورتی که علائم عامل خطر داشته باشند.	این می تواند شامل تماس تلفنی ویژه و اختصاصی، مشاوره کارکنان پزشکی، گرفتن آزمایش و یا جستجوی درمان باشد.	تعداد افرادی که سریعاً به دنبال درمان پزشکی خواهند بود در صورتی که علائم عامل خطر داشته باشند.	مجموع پاسخ دهندگان که به امکانات بهداشتی دسترسی دارند .

محیط اجتماعی

متغیر	شاخص	تعریف اصلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
انگ	درصد افرادی که تصور میکنند ابتلا به عامل خطر باعث انگ است.	تصور فرد از بدنام شدن توسط جامعه و خانواده و دوستان زمانیکه با فرد مبتلا به عامل خطر ارتباط دارد یا خود مبتلا است.	تعداد افرادی که تصور میکنند ابتلا به عامل خطر باعث انگ است.	مجموع دهندگان پاسخ
هنجارهای اجتماعی	درصد افرادی که باور دارند در صورت تماس با بیمار مبتلا به، دوستان یا خانواده شان آنها را قرنطینه می کنند.	درک فرد از این که خود جداسازی یک هنجار اجتماعی است و از جامعه انتظار می رود که این موضوع را رعایت کند.	تعداد افرادی که باور دارند در صورت تماس با بیمار مبتلا به، دوستان یا خانواده شان آنها را قرنطینه می کنند.	مجموع دهندگان پاسخ
مشارکت اجتماعی	درصد افرادی که گزارش می دهند که مقامات از مردم محلی برای اطلاع رسانی اقدامات بهداشت عمومی استفاده می کنند.	مقامات (نهادهای ملی، محلی) بطور مستقیم با مردم محلی کار می کنند تا روندهای تصمیم گیری درباره اقدامات بهداشت عمومی را اطلاع رسانی کنند.	تعداد افرادی که گزارش می دهند که مقامات از مردم محلی برای اطلاع رسانی اقدامات بهداشت عمومی استفاده می کنند.	مجموع دهندگان پاسخ
	درصد افرادی که در تصمیم گیری درباره اقدامات اجتماعی مربوط به عامل خطر مشارکت می کنند.	توانایی فرد برای شرکت در فرآیندهای تصمیم گیری گروهی موثر بر جامعه یعنی مشارکت در برنامه ریزی محلی و اجتماعی مربوط به عامل خطر مشارکت می کنند.	تعداد افرادی که در تصمیم گیری درباره اقدامات اجتماعی مربوط به عامل خطر مشارکت می کنند.	مجموع دهندگان پاسخ
	درصد افرادی که می دانند چگونه با رایاه نظرات و شکایات خود، در	دانش افراد درباره چگونگی رایاه نظرات و شکایات خود، جهت مشارکت در فرآیند اتخاذ تصمیمات موثر بر سلامت	تعداد افرادی که می دانند چگونه با رایاه نظرات و شکایات خود، در فرآیند اتخاذ	مجموع دهندگان پاسخ

	تصمیمات موثر بر سلامتشان، مشارکت کنند.		فرآیند اتخاذ تصمیمات موثر بر سلامتشان، مشارکت کنند.	
پاسخ	مجموع دهندگان	تعداد افرادی که به مسوولین و سازمان های مدیریت کننده عامل خطر اعتماد دارند	افزایش اعتماد ناشی از برنامه های مشارکت اجتماعی انجام شده توسط مسوولین دولتی و سایر سازمان های غیردولتی	درصد افرادی که به مسوولین و سازمان های مدیریت کننده عامل خطر اعتماد دارند

عوامل ساختاری

متغیر	شاخص	تعریف اصلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
داشتن تجهیزات مناسب (به عنوان مثال شستن دست)	درصد افرادی که حداقل امکانات اولیه شستن دست با آب و صابون را دارند.	حداقل امکانات اولیه شستشوی دست شامل آب تمیز و صابون است. در بعضی از شرایط محلول های ضد عفونی کننده بر پایه الکل استفاده می شود.	تعداد افرادی که حداقل امکانات اولیه شستن دست با آب و صابون را دارند.	مجموع پاسخ دهندگان
دسترسی به مراقبت های بهداشتی	نسبت پزشک و پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	شاخص کلیدی برای پایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است که خود نشانگر عدالت در تخصیص منابع انسانی است.	کل پزشکان و پرستاران کشور	کل جمعیت
نسبت بهورز و مراقب سلامت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	شاخص کلیدی برای پایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است که خود نشانگر عدالت در تخصیص منابع انسانی است.	شاخص کلیدی برای پایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است که خود نشانگر عدالت در تخصیص منابع انسانی است.	تعداد بهورز و مراقب سلامت	کل جمعیت
دسترسی به اینترنت	درصد افرادی که از اینترنت استفاده می کنند.	افرادی که در سه ماه گذشته از اینترنت استفاده کرده اند.	تعداد افرادی که از اینترنت استفاده می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان
میزان بزرگسالان باسوادی	درصد افرادی که توانایی خواندن و نوشتن و درک یک معین تعریف می شود	میزان سواد آموزی به عنوان درصدی از جمعیت یک گروه سنی معین تعریف می شود	درصد افرادی که توانایی خواندن و نوشتن و درک یک	مجموع پاسخ دهندگان

دستور عمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی نسخه ۰۳

	مطلب ساده در مورد زندگی روزمره را دارد.	که می‌تواند بخواند و بنویسد.	مطلب ساده در مورد زندگی روزمره را دارد.	
--	--	---------------------------------	--	--

چک لیست

سطح	سوال	معیار سنجش	راهنما
خانه بهداشت / پایگاه سلامت	برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی اجرا می شود.	بلی (۲ امتیاز)	مشاهده مستندات شامل (بلی): آرشیو سوالات پرتکرار و پاسخ آنها در خصوص موضوعات اولویت دار سلامت آن دانشگاه، تهیه لیست و ارتباط موثر با ذینفوذان محلی، انتشار پیام های کلیدی از طریق کانال های ارتباطی (کانال های مجازی، تلویزیون موجود در پایگاه،...) تا حدودی:
		تا حدودی (۱ امتیاز)	
		خیر (۰ امتیاز)	
مراکز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی	همکاری و نظارت بر برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی دارد.	بلی (۲ امتیاز)	مشاهده مستندات شامل: (بلی): شناسایی و تهیه لیست افراد ذینفوذ، مستندات مدیریت اینفودمی و شایعات، تهیه لیست کانال های ارتباطی مجازی، آرشیو سوالات پرتکرار و پاسخ به آنها در خصوص موضوعات اولویت دار سلامت آن دانشگاه، آموزش و توانمند سازی کارکنان تحت پوشش) تا حدودی:
		تا حدودی (۱ امتیاز)	
		خیر (۰ امتیاز)	
مرکز بهداشت شهرستان	نظارت بر برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی دارد	بلی (۲ امتیاز)	مشاهده مستندات شامل: (بلی): شناسایی و تهیه لیست افراد ذینفوذ، مستندات مدیریت اینفودمی و شایعات، تهیه لیست کانال های ارتباطی مجازی، آرشیو سوالات پرتکرار و پاسخ به آنها در خصوص موضوعات اولویت دار سلامت آن دانشگاه، آموزش و توانمند سازی کارکنان تحت پوشش) تا حدودی:
		تا حدودی (۱ امتیاز)	
		خیر (۰ امتیاز)	
دانشگاه	برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی برای موضوعات اولویت دار منطقه اجرا می شود.	بلی (۲ امتیاز)	مشاهده مستندات اجرای برنامه (بلی): تشکیل کارگروه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی، تدوین برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی برای موضوعات اولویت دار سلامت، مستندات مدیریت اینفودمی و شایعات، آموزش و توانمند سازی کارکنان تحت پوشش، انجام
		تا حدودی (۱ امتیاز)	
		خیر (۰ امتیاز)	

<p>پژوهش و نگرش سنجی در خصوص موضوعات اولویت دار سلامت، انتشار پیام های کلیدی از طریق کانال های ارتباطی) تا حدودی: دو مورد از فعالیت های بالا را شامل شود.</p>			
---	--	--	--