



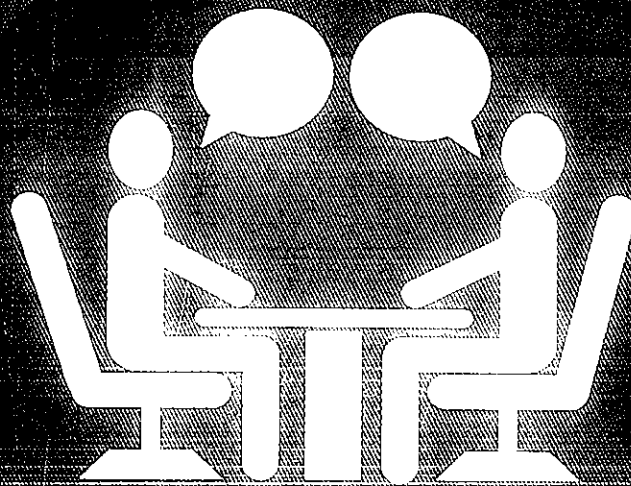
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت

مجموعه

شیوه زندگی سالم میانسالان

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای مدیران و مربیان



ویرایش نخست

۱۳۹۷



سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۶۲-۰۰  
شماره کتابشناسی ملی: ۵۰۷۷۳۶۴  
عنوان و نام پدیدآور: مجموعه شیوه زندگی سالم میانسالان / جلد اول / مشاوره برای تغییر رفتار سلامت (SOC) / گروه مؤلفین / دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت میانسالان، مرکز تحقیقات پزشکی ورزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.  
مشخصات نشر: قم: اندیشه ماندگار، ۱۳۹۷.  
مشخصات ظاهری: ۲۰۹ ص: مصور (رنگی): ۲۲ x ۲۹ س.م.  
شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. اداره سلامت میانسالان / ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشت. ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات پزشکی ورزشی  
موضوع: میانسالان Midlife health  
موضوع: میانسالان، مراحل تغییر رفتار stages of change, midlife health.  
رده بندی دیویی: ۱۵۸/۱۲۸۰۸۴۶  
رده بندی کنگره: ۱۳۹۶/ع۸/BJ۱۶۹۰  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا

مجموعه

## شیوه زندگی سالم میانسالان

### جلد ۱ - مشاوره برای تغییر رفتار سلامت (SOC)

راهنمای مدیران و مربیان

گروه مؤلفین: دکتر رامین کردی، دکتر امیر حسین معماری، دکتر منیر شایسته فر سما بالو، الهام محمودی، لیدا حسینی، دکتر مریم اکبری، دکتر بنفشه قاهری مریم رنجبر، کاوه فرازمند، دکتر سبحان اعرابی، محمد اعرابی  
ناشر: اندیشه ماندگار

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۶۲-۰۰

تیراژ: ۲۰۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول - بهار ۱۳۹۷

قطع: رحلی

انتشارات اندیشه ماندگار



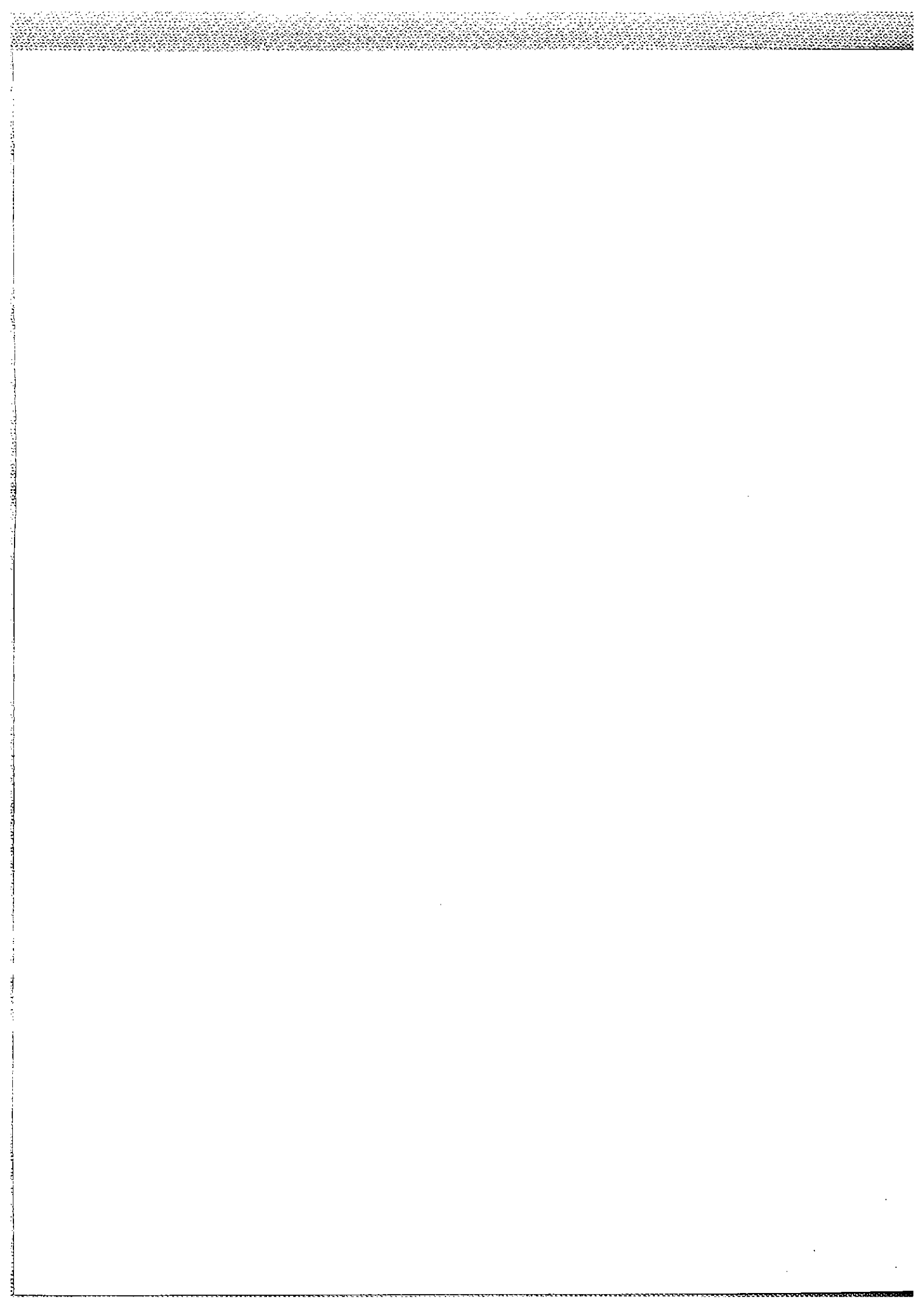
م. خیابان صفائیه (شهید)، انتهای کوی بیگدلی، نبش کوی شهید گلدوست، پلاک ۲۸۴  
تلفن: ۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲

مجموعه شیوه زندگی سالم میانسالان

جلد ۱ - مشاوره برای تغییر رفتار سلامت (SOC)

راهنمای مدیران و مربیان





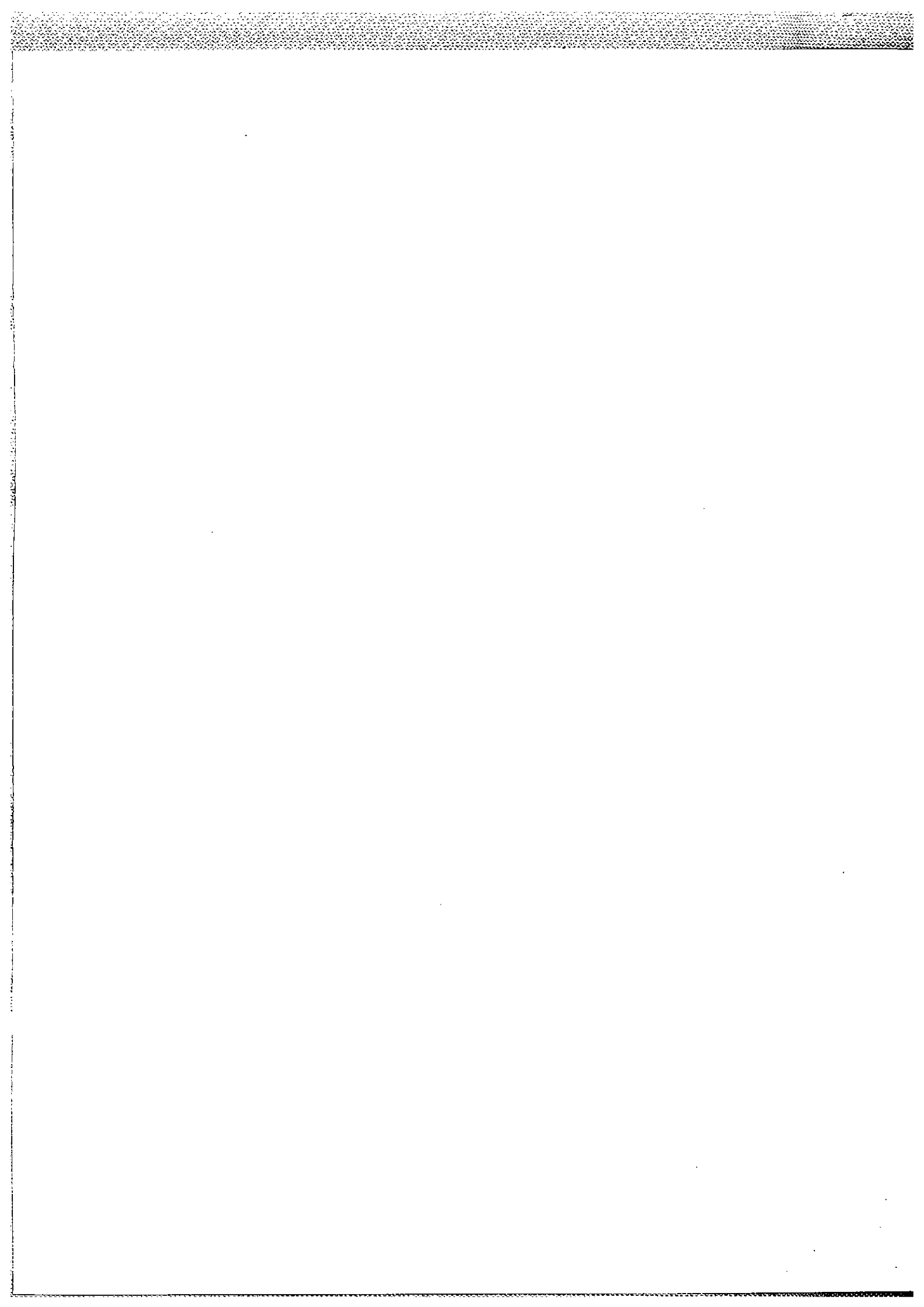
## سیاسگذاری

شیوه زندگی سالم نقش بسزایی در حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها دارد. متأسفانه رفتارهای نادرست در این حوزه نظیر رژیم غذایی نامناسب، کم‌تحرکی و استعمال دخانیات در جامعه رواج یافته است. اصلاح این رفتارها و هدایت افراد به سوی تغییر، نیازمند مشاوره و ارائه راهکارهای مؤثر از جانب افراد آموزش دیده می‌باشد.

در این راستا و نظر به اهمیت شیوه زندگی سالم در سلامت جامعه، کتاب حاضر با هدف ارتقای خدمات مشاوره در نظام بهداشتی کشور، به همت اداره سلامت میانسالان این دفتر و با همکاری مراکز علمی و تحقیقاتی برای مدیران و مربیان تدوین و تألیف شده است. تلاش ارزشمند سرکار خانم دکتر مطهره علامه، رئیس محترم اداره سلامت میانسالان این دفتر و سرکار خانم مینا طباطبائی، کارشناس محترم این اداره در فرآیند تدوین این کتاب و همکاری معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان به ویژه جناب آقای دکتر عباسی و سرکار خانم دکتر پاکدامن شایسته قدردانی است. همچنین تلاش شایان توجه همکاران محترم مرکز تحقیقات پزشکی ورزشی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به ویژه جناب آقای دکتر کردی و جناب آقای دکتر معماری و همکاران آنان از متخصصین رشته‌های پزشکی، علوم اعصاب و علوم شناختی، علوم رفتار حرکتی، روانشناسی، مشاوره، روانشناسی ورزشی، علوم تغذیه، علوم پرستاری، جامعه‌شناسی، بازرگانی - بازاریابی و فناوری اطلاعات را در مسیر تألیف کتاب ارج نهاده و مراتب سپاس خود را از همه آنان اعلام می‌دارم. امید است با اتکال به خداوند متعال، تدوین متون بعدی برای ارائه دهندگان خدمات و برگزاری کارگاه‌های آموزشی در دستور کار قرار گرفته و گام‌های مؤثری در مسیر ارتقای کیفیت خدمات مشاوره برای تغییر رفتار در جهت بهبود شیوه زندگی گروه‌های هدف برداشته شود.

دکتر سید حامد برکاتی

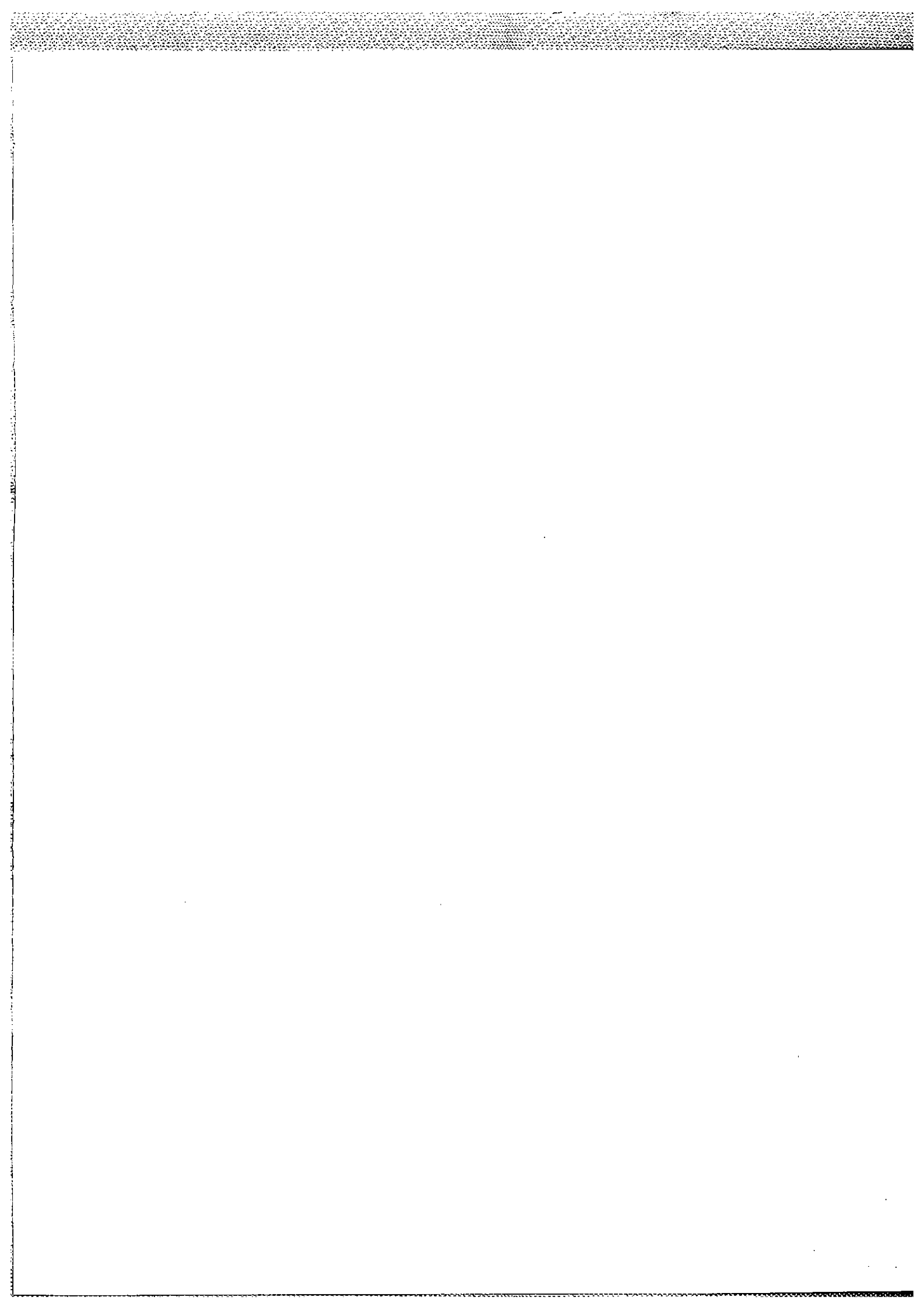
مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس





## فهرست

مقدمه	۹
پیشگفتار	۱۰
بخش ۱: تغییر رفتار سلامت و مدل SOC	
فصل اول: تغییر رفتار سلامت	۱۵
فصل دوم: مدل مراحل تغییر رفتار SOC	۲۵
فصل سوم: ارتباط بین سازه‌های مدل مراحل تغییر رفتار SOC	۳۹
فصل چهارم: کاربردهای مدل مراحل تغییر رفتار SOC	۵۱
بخش ۲: استراتژی‌ها و تکنیک‌های تغییر رفتار	
فصل پنجم: ارتباط برای سلامت و طراحی پیام	۶۵
فصل ششم: مهارت تصمیم‌گیری و انتخاب	۸۱
فصل هفتم: بازاریابی اجتماعی	۹۷
بخش ۳: بسترهایی برای مداخلات نوین	
فصل هشتم: سلامت الکترونیک	۱۱۳
فصل نهم: رسانه‌ها	۱۲۵
فصل دهم: شبکه‌های اجتماعی	۱۳۷
بخش ۴: نمونه مداخلات و ارزیابی	
فصل یازدهم: مداخلات ارتقاء فعالیت بدنی	۱۵۳
فصل دوازدهم: ارزیابی مداخلات تغییر رفتار	۱۶۵
بخش ۵: ضمایم و پیوست‌ها	
منابع	۲۰۷



## مقدمه

رفتارهای پرخطر مانند رانندگی پرخطر، پرخوری و تغذیه نامطلوب، روابط جنسی پرخطر و محافظت نشده، زندگی بی تحرک، استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی، مصرف مواد مخدر و... عامل اصلی ایجاد بسیاری از شرایط خاص بهداشتی و بیماری‌ها است. خوشبختانه انسان‌ها از این ویژگی طبیعی برخوردارند که قادر هستند بر روی رفتارشان کنترل داشته باشند و رفتارهایی را که سلامت آنان را به خطر می‌اندازند، بوسیله خود تنظیمی حذف نموده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را جایگزین نمایند. برای مثال، فعالیت بدنی، کنترل وزن، روش‌های تغذیه سالم، بهداشت دهان و دندان، استفاده از کاندوم و رعایت مقررات رانندگی جایگزین رفتارهای غلط گردد. اما این کنترل برنامه‌ریزی شده و آگاهانه در همه افراد اتفاق نمی‌افتد و همیشه این سؤال کلیدی را مطرح می‌سازد که نظام سلامت چگونه می‌تواند برای پیش‌بینی و اصلاح یا اتخاذ و پایداری رفتارهای سلامت در افراد و جوامع به طور فعال وارد عمل شود. واضح است که تغییر رفتار سلامت به فرایندهای انگیزشی، ارادی و عملکردی اشاره دارد که سبب ترک رفتارهای مخاطره‌آمیز و جایگزین ساختن و پایداری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌گردد. تا کنون در همه جوامع از جمله در کشور عزیزمان، بخش بهداشت و پیشگیری با استفاده از مدل‌ها و ابزارهای مختلف آموزش بهداشت، برای ارتقای رفتارهای سلامت عمل نموده و موفقیت‌های بزرگی نیز کسب کرده است. اما با پیشرفت‌های علمی که در زمینه سایکولوژی رفتار حاصل شده است، برنامه‌های تغییر رفتار نیز در طول زمان تکامل یافته‌اند.

تغییر رفتار یک اصطلاح نسبتاً جدید در بهداشت عمومی است که به جای ایجاد تغییرات شدید و گسترده در سبک زندگی فرد، بر ایجاد و مدیریت تغییرات کوچک برای رسیدن به اهداف قابل دسترسی در حیطه سلامت تاکید دارد.

مدل مراحل تغییر بر مبنای رویکرد فوق در چند دهه اخیر، به عنوان یک مدل موثر در مشاوره برای تغییر رفتار مورد استفاده قرار گرفته و از جمله در افراد سیگاری به طور موفق اجرا شده است. در این مدل با بررسی و شناخت رفتار و ویژگی‌ها و شیوه‌های تغییر رفتار در افرادی که خودشان به تنهایی و بدون کمک افراد حرفه‌ای موفق به جایگزین کردن رفتار سلامت می‌شوند، چرخه سایکولوژیک تغییر رفتار مطالعه و مراحل آن تعریف شده است. مدل مراحل تغییر مشخص می‌کند که این تصمیمات آگاهانه چگونه گرفته شده‌اند و فرد چگونه از مرحله تفکر و تصمیم‌گیری به مرحله عمل رسیده و چگونه کارکنان بهداشتی می‌توانند در فرایند مشاوره برای تغییر رفتار مراجعه‌کنندگان، با استفاده از این مدل اقدام نمایند. مزیت اصلی این مدل فهم آسان آن است، همچنین تحقیقات زیادی در مورد آن انجام شده که نشان می‌دهد می‌توان مدل فوق را در موقعیت‌های متفاوتی برای کمک به مراجعان در جهت درک و روشن کردن نظرات آنها در مورد شیوه زندگی خود، آسان کردن تغییرات رفتاری، کمک به فرایند تصمیم‌گیری مراجعه‌کننده توسط خود او در جهت خودمراقبتی استفاده نمود؛ به گونه‌ای که موقعیت‌ها، توانایی‌ها، علایق، هیجانات شخصی مراجعه‌کننده برای فائق آمدن بر رفتارهای ناسالم مورد توجه قرار گیرد.

ضمن تقدیر از اداره سلامت میانسالان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس برای پرداختن به این امر مهم و تلاش برای توانمندسازی عملیاتی کارکنان سیستم بهداشتی با آخرین دستاوردهای علمی در این زمینه، از اساتید گرانمایه پژوهشکده علوم اعصاب و مرکز تحقیقات پزشکی ورزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران برای تدوین مجموعه حاضر سپاسگزارم و امیدوارم تلاش‌های ارزشمند فوق بتواند موفقیت نظام سلامت را در امر مشاوره فردی برای ارتقای رفتار و کنترل عوامل خطر تضمین نماید.

دکتر علیرضا رئیسی

معاون بهداشت



## پیشگفتار

چگونه از این کتاب استفاده کنیم؟

این کتاب برای آماده سازی و آموزش مربیان و مدیران در سطوح مختلف سیستم سلامت، در ۵ بخش و ۱۲ فصل، تدوین شده است. در تدوین این کتاب به روزترین پروتکل های آموزشی مبتنی بر شواهد علمی و تجربی تغییر رفتار سلامت، استفاده شده است. ساختار کلی کتاب و بخش های مختلف آن، با چارچوبی منسجم و با نگاه کاربردی تنظیم گردیده، به گونه ای که از ذکر مطالب حاشیه ای تا جایی که به محتوای علمی آن آسیبی نرسد صرف نظر شده است. فصول کتاب بر استراتژی ها و تکنیک های کاربردی تغییر رفتار، تمرکز دارد. این کتاب می تواند راهنمای مناسبی برای طراحی و برگزاری دوره های آموزش مربی در حوزه تغییر رفتار سلامت باشد.

## نقش مربیان

نقش مربیان در این دوره، تنها در رساندن پیام کتاب یا دوره خلاصه نمی شود؛ مربیان باید به افراد تحت آموزش خود (مراقبین سلامت)، در هدف گذاری و انتخاب رفتارهای خاص و ایجاد بستری مناسب برای تغییر، کمک نمایند.

اهدافی که مربیان باید در نظر داشته باشند عبارتند از:

۱. افزایش دانش مراقبین سلامت در مورد عنوان جلسات.
۲. بهبود نگرش مراقبین سلامت در مورد تغییر رفتارهای کلی و اختصاصی.
۳. آموزش مهارت های عمومی تغییر رفتار و مهارت های اختصاصی برای هر رفتار.
۴. ارزیابی اهداف آموزشی هر جلسه.
۵. معرفی منابع برای مطالعه بیشتر.

## محتوای دوره

مبنای آموزشی این کتاب، مبتنی بر سؤال<sup>۱</sup> و تمرینات متعدد گروهی و عملی می باشد. هر بخش با ذکر چند سؤال آغاز می شود که این سؤالات پیش از ورود به نکات آموزشی و کاربردهای آن در کلاس، به مدت ۱۵ الی ۲۰ دقیقه با تکنیک های بارش افکار<sup>۲</sup> براساس دانش و تجربیات شخصی افراد مورد بحث قرار می گیرند.

سپس مربی قسمت اصلی کار را ارائه می کند که شامل مقدمه، تعریف واژه ها، مطالعات مرتبط، کاربردها و ارزیابی های مربوطه و مثال هایی عملیاتی از کاربردهای هر بخش می باشد، که با توجه به حجم و گستردگی مطالب در مدت ۶۰ الی ۹۰ دقیقه و در صورت نیاز در جلسات تکمیلی ارائه خواهد شد. پس از بخش نظری، بخش پرسش و پاسخ آغاز می شود که در این مرحله مربی به سؤالات و ابهامات شرکت کنندگان پاسخ می دهد. در بخش بعدی، شرکت کنندگان آموخته هایشان را در قالب یک مثال<sup>۳</sup> تمرین می کنند. در این مرحله مربی به ذکر مثالی واقعی و عینی می پردازد و براساس تکنیک های تفکر خلاق، تفکر نقادانه و بارش افکار به شرکت کنندگان در حل این مسأله کمک می کند. در واقع با این روش شرکت کنندگان با رویکردهای تغییر رفتار و استفاده عملی آنها در محیط کار و جامعه آشنا می شوند.

در ادامه به شرح مختصر تکنیک های کار گروهی و عملی می پردازیم (جدول ۱).

## بارش افکار

این روش زیرمجموعه روش های تفکر خلاق<sup>۴</sup> است که بیشتر به صورت گروهی انجام می شود. افراد در هر گروه درباره موضوعی

1. Question-Based Learning
2. Brain storming
3. Case study
4. Creative thinking

مشخص بدون هیچ نوع مانع یا خودسانسوری، به ابراز نظر و ایده های خود می پردازند. در نهایت لیستی از بهترین نظرات، برگزیده شده و از میان آنها بهترین گزینه انتخاب می شود.

#### روش اجرا:

- الف. قوانین تکنیک بارش افکار را توضیح دهید، این قوانین شامل موارد زیر است:
- همه نظرات و ایده ها باید بدون جهت گیری نوشته شوند.
  - در هنگام ایده پردازی نباید درباره ایده ها بحث شود بلکه فقط جمع آوری می شوند.
  - بحث فقط در پایان جلسه صورت می گیرد.
- ب. موضوع مورد نظر را بیان کنید و آن را روی تابلو طوری که در معرض دید همه افراد شرکت کننده باشد، بنویسید.
- ج. جهت جلوگیری از تکرار، همه ایده ها را روی تابلو بنویسید.
- د. افراد را تشویق کنید و فضایی انگیزشی برای تفکر و ایده پردازی ایجاد نمایید.
- ه. برای تشویق و تولید ایده های بیشتر، آنها را در چند نوبت بازخوانی کنید.
- و. پس از آنکه دیگر هیچ پیشنهاد جدیدی ابراز نشد، لیست پیشنهادات و ایده ها را بازنگری کنید.
- ز. در خصوص ایده ها به بحث و تبادل نظر بپردازید.

#### تفکر نقادانه<sup>۱</sup>

تفکر نقادانه به مجموعه ای از فرآیندهای ذهنی اطلاق می شود که با استفاده از آنها، فرض های بنیادین ایده ها و نظرات خود و دیگران را مورد سؤال قرار می دهیم. در کلیه تکنیک های بالا می توان برای ایده های نو و ارزیابی ایده های قبلی از تفکر نقادانه استفاده کرد.

#### روش اجرا:

تفکر نقادانه شامل پنج مرحله متوالی می باشد:

- ایجاد یک سؤال
- ارزیابی اطلاعات و پاسخ های موجود
- جستجو
- تفکر و ارائه راه حل های جایگزین و جدید
- جمع بندی راه حل های قبلی با ایده های جدید

#### مطالعه موردی<sup>۲</sup>

به منظور تمرین عملی و شبیه سازی با واقعیت، از این روش برای تفهیم بهتر مطالب و همچنین یافتن خلاءهای اطلاعاتی و تصحیح اشتباهات شرکت کنندگان استفاده می شود. در این روش موقعیتی فرضی مشابه با واقعیت، برای افراد مطرح و درباره آن بحث می شود و در آخر، مسأله توسط مدرس حل شده و اشکالات افراد برطرف می شود.

#### روش اجرا:

- الف. سناریو را برای شرکت کنندگان مطرح کنید.
- ب. به افراد برای آشنا شدن با مورد مطرح شده، زمان کافی بدهید.
- ج. سؤالی که قرار است درباره آن بحث شود را بیان کنید.

1. Critical thinking

2. Case study

د. تأکید کنید که همواره برای یک مسأله، یک پاسخ وجود ندارد و می‌توان از زوایای مختلف به آن نگاه کرد.  
 ه. به شرکت‌کنندگان، زمان کافی برای حل مسأله به صورت انفرادی یا در گروه‌های کوچک اختصاص دهید.  
 و. از نظر مسائل زیر، گروه‌ها را تحت نظر داشته باشید:

- مشارکت همه اعضا در بحث‌های گروهی.
- تمرکز همه افراد بر حل مسأله و نپرداختن به فعالیت‌های دیگر.
- پاسخ به سؤالات افراد.

ز. از همه افراد یا گروه‌ها بخواهید راه‌حل‌های خود را بیان نمایند.

ح. در مورد راه‌حل‌های پیشنهادی بحث کنید.

ط. در خصوص ارتباط بین مورد مطرح شده با موارد واقعی روزمره بحث کنید.

در انتهای جلسه آموزشی باید با بازگشت به سؤالات ابتدای بخش و پاسخ به آنها، خلاصه‌ای از آنچه به صورت عملی و نظری در جلسه آموزش داده شده را مرور کرد. این مرحله حدود ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد.

پس از جمع‌بندی، افراد شرکت‌کننده به گروه‌های چهار نفره تقسیم می‌شوند و به هر گروه، تمرینی بر اساس موضوع جلسه داده می‌شود. افراد پس از ۳۰ دقیقه می‌بایست بر طبق راه‌کارهای تدریس شده، گزارشی از روند کار خود و فرآیندهای طرح پرسش، نحوه رویکرد و راه‌حل‌های پیشنهاد شده، ارائه دهند.

#### جدول ۱. تکنیک‌های ارائه مطلب، کارگروهی و عملی در جلسات آموزشی

نقش مربی	نتایج	فواید	روش تدریس
جمع‌آوری اطلاعات پاسخ به سؤالات	- تبادل میزان زیادی از اطلاعات - مخاطب قرار دادن تعداد زیادی از افراد	- تبادل اطلاعات - ارائه دقیق اطلاعات حول موضوعی خاص	کنفرانس
- تقسیم افراد به گروه‌های کوچک - تعیین فعالیت اختصاصی برای هر گروه - تعیین محدودیت زمانی برای هر فعالیت	- شرکت دادن افراد در فرآیند یادگیری به صورت فعال - به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد با هم - افزایش علاقه افراد به شرکت در جلسه	- ایجاد علاقه و واداشتن افراد به تفکر - تولید پاسخ‌ها و راه‌حل‌های جدید - افزایش یادگیری افراد - ایجاد چالش فکری بین مراقبین	مباحثه و طرح سؤال
- تفهیم دقیق سؤال و مواد لازم برای حل مسأله - هدایت جلسه برای رسیدن به چالش‌های فکری جدید، راه‌حل‌های نو و تفکر خلاق	- شرکت فعال افراد در کلاس - به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد با یکدیگر - به بحث گذاشتن موضوعات و نقد پیش‌فرض‌ها	- حل مسأله - تغییر در نگرش افراد - ایجاد تفکر تحلیلی و انتقادی	مطالعه موردی
سازمان‌دهی افراد و هدایت گروه‌ها	- افزایش فعالیت افراد در کلاس در طول دوره - افزایش توانایی متقاعدسازی	- تشکیل گروه و تبادل اطلاعات - ایجاد انگیزه - افزایش توانایی‌های مباحثه	تمرین گروهی
- ثبت پیشنهادات - هدایت گروه‌ها - جمع‌بندی در پایان فعالیت	- افزایش فعالیت افراد در جلسه - استفاده از ایده‌های مختلف افراد برای رسیدن به راه‌حل	- ایجاد تفکر خلاق - تولید راه‌حل‌های جدید - ایجاد تفکر واگرا و ایده‌های نو	بارش افکار

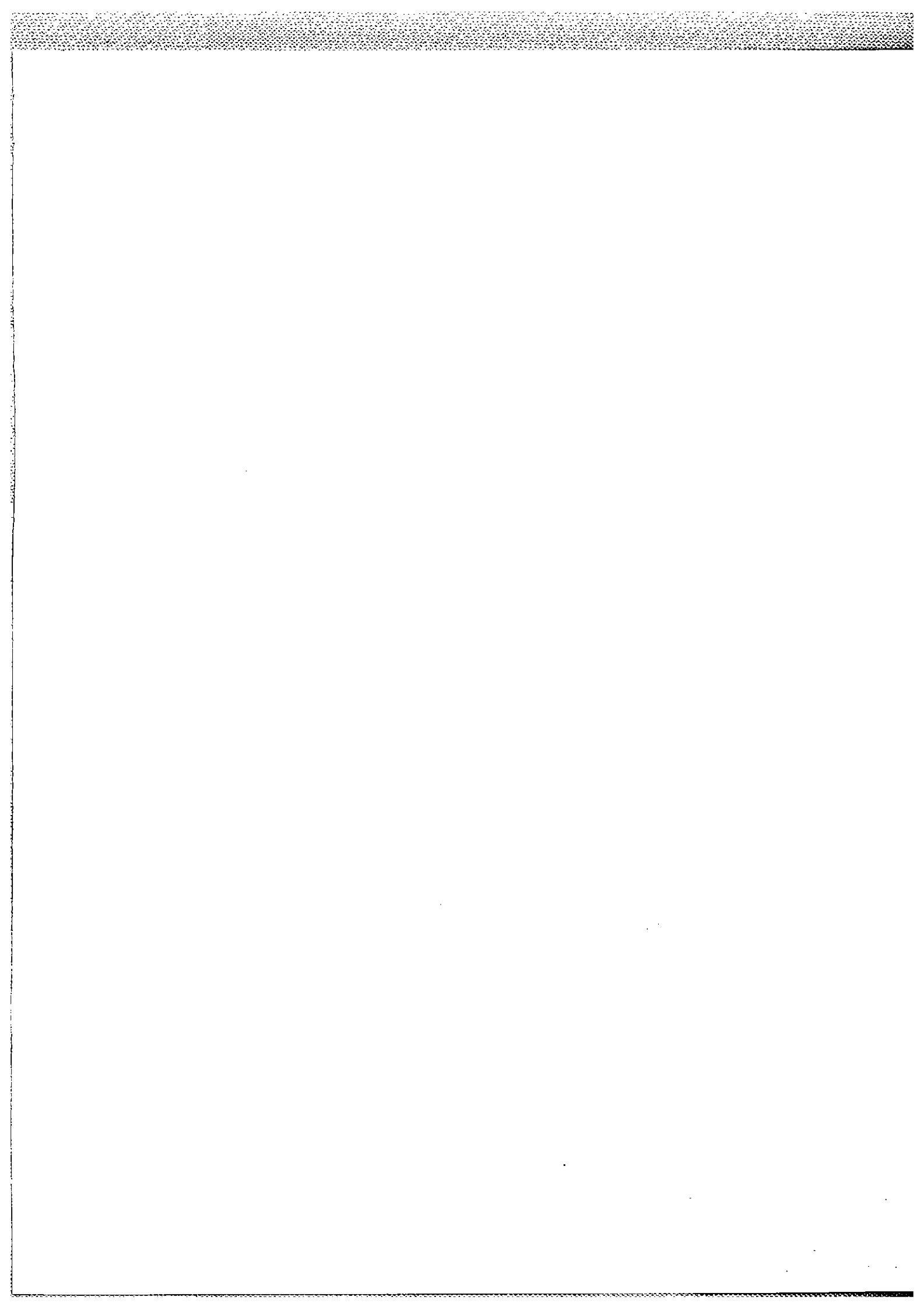





بخش ۱: تغییر رفتار

سلامت و مدل

SOC





## فصل اول

# تغییر رفتار سلامت

پس از خواندن این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- چرا تغییر رفتار سلامت یک مسأله راهبردی است؟
- چرا برای تغییر رفتار به نظریه و مدل نیاز است؟
- چه متغیرهایی بر تغییر رفتار سلامت تأثیر می‌گذارند؟
- چه مدل‌هایی برای تغییر رفتار وجود دارند؟



## مقدمه

قرن بیستم شاهد تغییری اساسی در دغدغه‌ها و نگرانی‌های حوزه سلامت بود. تغییرات مثبتی که تا به آن روز به لطف توسعه سلامت و پیشرفت‌های علم پزشکی به دست آمده بود، همگی توسط جهانی شدن، شهری شدن و صنعتی شدن، به طور جدی تهدید شدند. مطالعات نشان داده‌اند علت این تغییر بزرگ، تغییر الگوهای رفتاری بوده است (جدول ۱). از آن روز تا کنون، رفتارهای سالم، انتخاب اول افراد و جوامع نیستند؛ و تغییر رفتار سلامت به چالشی اساسی برای دولت‌ها و جوامع انسانی تبدیل شده است. افراد و جوامع الگوهای رفتاری معمول خود را تغییر نمی‌دهند، به خصوص رفتاری که با افزایش پاداش یا کاهش درد در مغز همراه باشد (مانند مصرف فست فود). چالش‌های بزرگی مانند رواج وسیع سبک زندگی ناسالم از قبیل مصرف تنباکو، سیگار، الکل، فست فود، افزایش استفاده از وسایل حمل و نقل و ایجاد آلودگی هوا، مشکلات سلامت مرتبط با فقر و حتی چالش‌های مرتبط با صرفه‌جویی نکردن در آب و دیگر انرژی‌های محدود محیطی، همگی نیاز روزافزون به استراتژی‌های کارآمد برای ترویج رفتار سالم در جوامع را افزایش می‌دهند.

جدول شماره ۱. رفتارهای حوزه سلامت و زیر دسته‌های آنها

دسته	رفتارها و عادات غذایی	رفتارها و عادات فعالیت بدنی	رفتارها و عادات سبک زندگی	رفتارها و عادات سلامت روان
زیر دسته‌ها	خرید مواد غذایی	برنامه فعالیت بدنی روزانه	عادات مربوط به خوابیدن	برنامه‌ها و عادات مربوط به خوشحال بودن
	مصرف آب و مایعات	داشتن انگیزه برای انجام فعالیت بدنی	مدیریت استرس	روابط بین فردی
	پخت و پز و مصرف وعده‌های اصلی غذایی	فعالیت بدنی تفریحی-ورزشی	توازن و سازگاری در زندگی روزمره	شایستگی و خودکارآمدی
	مصرف میان وعده و دسر توجه به میزان کل کالری دریافتی	میزان فعالیت بدنی در محیط کار	مصرف سیگار و مواد اعتیادآور	

## آمار رفتار سلامت در ایران

فعالیت بدنی: در سال ۲۰۱۲ مطالعه‌ای بین‌المللی گزارش کرد، در ایران ۲۹/۹ درصد مردان و ۴۹/۹ درصد زنان بی‌تحرک هستند. سایر داده‌های مرتبط نشان می‌دهد در کشورهای توسعه یافته کمتر از یک سوم میانسالان، و فقط حدود ۱۰ درصد میانسالان ایرانی به اندازه کافی تحرک دارند.

چاقی: طی بررسی‌های انجام شده در سال ۱۳۹۲، ۴۹ درصد مردان و ۵۳ درصد زنان دارای اضافه وزن، و ۱۰/۲ درصد مردان و ۱۸/۶ درصد زنان چاق بودند. در هر دو جنس شیوع اضافه وزن در میان رده سنی ۴۹-۴۰ سال و شیوع چاقی در رده سنی بالای ۵۰ سال بیشتر از سنین دیگر بود. داده‌های مشابه دیگر نشان می‌دهند در یک دوره ۱۲ ساله تا سال ۱۳۹۲ چاقی و چاقی شکمی از ۲۳ و ۴۷/۹ درصد به ۳۴ و ۷۱ درصد افزایش یافته است.

سیگار: آمارهای اخیر نشان می‌دهند حدود ۱۲ الی ۱۴ درصد ایرانی‌ها سیگار یا قلیان استعمال می‌کنند. هر چند به نظر می‌رسد کمی از میزان مصرف سیگار کاسته شده باشد اما افزایش مصرف قلیان و کتمان کردن بخشی از آمار واقعی، نگران‌کننده است. برای مثال برخی آمارهای میدانی از تهران نشان می‌دهد که حدود ۲۸ درصد از زنان کشیدن سیگار را در طول زندگی خود تجربه کرده‌اند. در کل



به طور میانگین سالانه ۷۰-۶۰ میلیارد نخ سیگار در ایران مصرف می شود که هزینه آن حدود ۳۲۵۰ میلیارد تومان می باشد.

عادات غذایی: مرکز آمار ایران در اسفند ماه ۹۵، گزارشی منتشر کرد که براساس آن، ۴۷/۷ درصد از ایرانی ها، در ماه حداقل یک بار فست فود مصرف می کنند. اگر هزینه طرفداران ایرانی رستوران و فست فود را با هزینه های آن در امریکا مقایسه کنیم با نهایت تعجب مشاهده می کنیم در ایران به مراتب بیشتر از امریکا برای غذاهای خارج از خانه هزینه می شود. براساس آمار بانک مرکزی و محاسبه تورم و هزینه خانوار، در حال حاضر ایرانی ها سالانه بیش از ۱۶/۳ هزار میلیارد تومان برای غذاهای آماده هزینه می کنند.

#### تغییر رفتار سلامت

به طور کلی رفتار سلامت به عقاید، انتظارات، انگیزه ها، ارزش ها، ادراکات، احساسات و کنش هایی اطلاق می شود که با حفظ یا بهبود سلامت جسم و ذهن فرد ارتباط دارند. تغییر رفتار موضوعی مرکزی و محوری در مداخلات سلامت عمومی است که به میزان زیادی به پیشگیری قبل از ابتلا توجه و تمرکز دارد.

تغییر رفتار سلامت به روندی اطلاق می شود که در طی آن فرد نگرش، عقاید، ادراکات و احساسات خود را در جهت داشتن رفتاری که سلامت جسم و ذهن وی را افزایش می دهند، تغییر می دهد.

#### چرا تغییر رفتار سلامت مسأله ای راهبردی است؟

پاسخ این سؤال چندان ساده نیست زیرا رویکردهای ساده انگارانه به رفتار سلامت باعث شده تا به پیچیدگی عوامل اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مؤثر بر سلامت مردم، کمتر توجه شود و همچنین این واقعیت کمتر دیده شود که قدرت های اقتصادی بزرگی وجود دارند که چندان تمایل ندارند مردم سالم زندگی کنند. با این وجود مستندات علمی و واقعیت ها نشان می دهند تغییر رفتار سلامت ممکن است سیاستی جذاب و راهبردی باشد؛ البته سیاستی که به نقشه راه نیاز دارد. در سال های گذشته نظریه های تغییر رفتار و راهنماهایی مبتنی بر نظریه، طراحی و تدوین شده اند تا به شناسایی عوامل مؤثر بر رفتار، روابط بین این عوامل و زمان و مکان و چگونگی تأثیر این عوامل کمک کنند. این نقشه راه برای طراحی مداخلات تغییر رفتار ضروری است و می توان برنامه های متعددی را بر این اساس طراحی و تولید کرد. ما در اینجا تلاش می کنیم بیشتر به رویکردهای فرد-محور در تغییر رفتار بپردازیم؛ و این در حالی است که تاکنون در مورد مدل ها، استراتژی ها و تکنیک های تغییر رفتار، اطلاعات بسیار کمی در اختیار ذی نفعان سلامت در کشور قرار گرفته است.

#### نیاز به نظریه و مدل تغییر رفتار

اکثر مداخلاتی که برای تغییر رفتار استفاده شده اند، براساس ایده ها و تجارب شخصی بوده اند و تعداد کمتری از مداخلات براساس نظریه های علمی بنا شده اند. سؤال این است که کدام رویکرد کارآمد است؟ امروزه مشخص شده است که برای تغییر رفتار کارآمد، استراتژی های مبتنی بر تجربه و داشتن دانشی سطحی پاسخگو نمی باشد و این انتظار وجود دارد که استراتژی های تغییر رفتار مبتنی بر نظریه های قوی این حوزه باشند. در واقع نظریه، پلی از یافته های یک مطالعه به یافته های مطالعه دیگری می زند. استفاده از ساختارهای تعریف شده دقیق به پژوهشگران اجازه می دهد یافته های مختلف را در مطالعات وسیع با هم مقایسه کنند و مواد لازم برای پاسخگویی کارآمد به یک سؤال را پیدا کنند. به علاوه، استفاده از ساختارهای تعریف شده علمی می تواند به پژوهشگران نشان دهد که چه زمانی یافته های حاصل از جمعیتی خاص می تواند به جمعیت دیگری تعمیم داده شود. در حال حاضر، برای تغییر رفتار، استراتژی ها و ابزارهای بیشتری نسبت به گذشته وجود دارد. همچنین، نسبت به نقش نظریه در ایجاد تغییر رفتار مداوم و مؤثر، درک بهتری وجود دارد.

ضرورت رویکرد چندجانبه

احتمال کمی وجود دارد که نظریه ای واحد برای تمامی سؤالات و چالش های تغییر رفتار سلامت، پاسخگو و کافی باشد. لذا رویکردها، روش ها و استراتژی های مختلف از علوم پزشکی، اجتماعی، روان شناسی، انسان شناسی، اقتصاد و بازاریابی باید با هم به بهترین شیوه ادغام شوند و متخصصین سلامت باید در شرایط و موقعیت های مختلف مانند مدارس، محل های کار، سازمان های غیردولتی و مراکز پزشکی، هم اندیشی کنند و مداخلات کارآمد طراحی کنند.

در طی دو دهه گذشته، برنامه های پژوهشی متعددی برای شناسایی و بررسی مؤثرترین شیوه ها جهت تغییر رفتار سلامت بنا شده است. یکی از مهمترین مثال ها درباره تلاش های علمی در این حوزه پروژه ای است که از سال ۱۹۹۰ در ایالات متحده امریکا در حال انجام است. هدف این پروژه این است که تأثیر دانش و مستندات مختلف بر مداخلات جمعیتی را شناسایی و معرفی کند. متعاقب این روند، این پروژه، جهت پیشگیری و کنترل اختلالات، توصیه هایی بر اساس این مداخلات و شیوه های دانش بنیان فراهم می کند تا به طور صحیحی به دست جمعیت های هدف برسد<sup>۱</sup>. تلاش های انستیتوی ملی توسعه سلامت و پزشکی در انگلستان<sup>۲</sup>، مثال مهم دیگری می باشد که راهنماهای تغییر رفتار را در دهه اخیر طراحی و تدوین نموده است.

مدل های تغییر رفتار

برای اینکه دستورالعمل و توصیه های تغییر رفتار در جمعیتی خاص به بهترین شکل ممکن ارائه و پیشنهاد شود، نیاز است نظریه ها و مدل های مختلف ارائه شده برای تغییر رفتار را بدانیم و از آنها به طور عملی استفاده کنیم. مدل های متعددی برای تغییر رفتار ارائه شده است. ۱. نظریه های فردی مانند مدل مراحل تغییر<sup>۳</sup> (SOC) و نظریه رفتار برنامه ریزی شده<sup>۲</sup>. نظریه های بین فردی مانند نظریه شناخت اجتماعی و ۳. نظریه های سازمانی و اجتماعی مانند نظریه انتشار نوآوری؛ که در ادامه جهت آشنایی به طور مختصر برخی از مدل های مهم تغییر رفتار را بیان می کنیم.

قبل از آنکه مدل های تغییر رفتار را مرور کنیم، مهم است که متغیرهای روان شناختی مشترک مدل ها را بشناسیم. در اینجا لیستی از متغیرهای معمول که در بسیاری از مدل های تغییر رفتار ارائه شده است را گردآوری کرده ایم (جدول شماره ۲). همچنین راه کارها و روش هایی که این متغیرها را برای ایجاد تغییر در رفتار، مورد هدف قرار می دهند نیز بیان شده است.

1. <https://www.thecommunityguide.org>

2. <http://www.nice.org.uk>

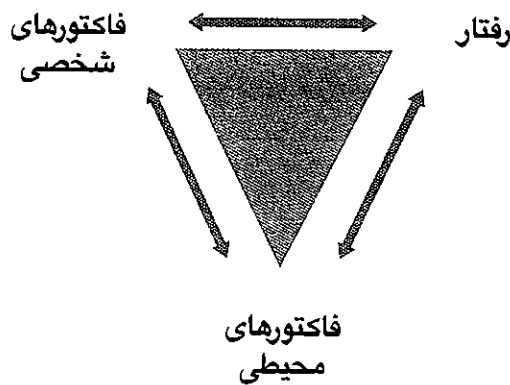
3. Stage of change

جدول شماره ۲. منغیرهای روان شناختی مؤثر بر تغییر رفتار

متغیر	تعریف	راه کارهای تغییر رفتار مرتبط با متغیر
تهدید	خطریا اتفاق خطرناکی که افراد ممکن است به آن آگاهی نداشته باشند مانند خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی در افراد مبتلا به چاقی	افزایش آگاهی نسبت به اینکه تهدید یا تهدیدهایی وجود دارند. تمرکز و توجه بر شدت و احتمال تهدید
ترس	ترس یک برانگیختگی احساسی منفی است که بر اساس درک یک تهدید شخصی و مهم ایجاد می شود. برای مثال زمانی که فرد مبتلا به چاقی به این آگاهی می رسد که به شدت در معرض اختلالات قلبی عروقی است، نگران می شود.	ترس با قدرت زیادی رفتار را تحت تأثیر قرار می دهد و اگر به طور مناسبی کانال بندی و هدایت شود ممکن است باعث افزایش انگیزه افراد برای جمع آوری اطلاعات مناسب شوند. از طرف دیگر ممکن است باعث شود که فرد گاهی خطر را انکار کند.
کارآمدی پاسخ	درک اینکه یک پاسخ توصیه شده، از یک تهدید جلوگیری خواهد کرد. برای مثال فرد مبتلا به چاقی درک می کند با رعایت رژیم غذایی ارائه شده توسط یک متخصص، می تواند به وزن ایده آل برسد.	فراهم کردن مثال های مستند برای اینکه پاسخ توصیه شده، تهدید یا اتفاق خطرناک را از بین می برد.
خودکارآمدی	درک یا اعتمادی که فرد به خود دارد مبنی بر اینکه می تواند پاسخ توصیه شده ای را اجرا کند. برای مثال اگر به فردی مبتلا به چاقی که اظهار می کند «نمی تواند خوردنش را کم کند»، رژیم سختی توصیه شود، باعث می شود که این فرد به طور کلی از مسیر تغییر رفتار خارج شود و از خود ناامید گردد.	با ارائه صحیح مستندات و شدت کافی مداخله ارائه شده، اعتماد فرد به اینکه می تواند پاسخ توصیه شده را اجرا کند و تهدید موجود را از خود دور کند، افزایش می یابد.
موانع	چیزی که در اجرای پاسخ توصیه شده، مانع فرد می شود. مانند نداشتن زمان کافی برای انجام فعالیت بدنی در افراد شاغل مبتلا به چاقی	افزایش آگاهی نسبت به موانع فیزیکی یا فرهنگی و تلاش برای حذف و برطرف کردن آنها
منافع	عواقب مثبت اجرای پاسخ توصیه شده؛ مانند رسیدن به وزن و اندام ایده آل در فردی چاق	ارتباط برقرار کردن با افرادی که عواقب مثبت اجرای پاسخ توصیه شده را تجربه کرده اند.
هنجارهای فردی	تصور فرد از انتظارات دیگران درباره خودش. برای مثال یک مربی تربیت بدنی مدرسه تصور می کند که دانش آموزانش از او انتظار دارند اندام مناسبی داشته باشد.	ارتباط برقرار کردن با افرادی که فرد به میزان زیادی در پاسخ های توصیه شده از آنها پیروی و تبعیت می کند.
نگرش ها	ارزیابی نگرش های مختلف مراجع. برای مثال ممکن است فردی چاق به هیچ وجه در گذشته تصور نمی کرده که روزی چنین وزنی داشته باشد و داشتن وزنی مناسب جزو عقایدش بوده است.	اندازه گیری و ارزیابی عقاید و نگرش های موجود، قبل از تلاش برای هر گونه تغییر.
نیت	برنامه های شخصی ای که فرد برای اجرای پاسخ توصیه شده، در ذهن خود می چیند.	تعیین اینکه آیا نیت تغییر یک رفتار، واقعی یا غیرواقعی است.
انگیزه ها	فاکتورهای خارجی یا داخلی که به افراد کمک می کنند در مورد پاسخ توصیه شده تصمیم بگیرند. برای مثال در یک فرد مبتلا به چاقی پوشیدن لباس هایی که سایز کوچکتری دارند، می تواند یک انگیزه بیرونی باشد.	فراهم کردن ارتباطات و محرک هایی که به فرد کمک می کند تصمیم خود را بگیرد.
مقاومت	زمانی که فرد در برابر پاسخ توصیه شده از خود مقاومت نشان می دهد. مانند اینکه فردی مبتلا به چاقی نمی پذیرد اضافه وزن دارد.	اطمینان دادن به افراد برای اینکه حس نکنند دستخوش دستکاری قرار گرفته اند یا این که قادر نیستند خطر را از خود دور کنند.

## نظریه شناخت اجتماعی

این نظریه بیان می‌کند که افراد نه تنها با نیروهای درونی به سمت تصمیمی سوق داده می‌شوند، بلکه همیشه یک سری فاکتورهای خارجی و محیطی نیز در این کار سهم دارند. این مدل پیشنهاد می‌کند که عملکرد افراد در تغییر رفتار می‌تواند توسط ارتباطی سه‌گانه بین رفتار، فاکتورهای شخصی و فاکتورهای محیطی توضیح داده شود (شکل شماره ۱). فاکتورهای محیطی به معنی تأثیرات موقعیت و محیطی هستند که رفتار فرد در آن انجام می‌شود. در حالی که فاکتورهای شخصی شامل نیت، غرایز، ویژگی‌ها و دیگر نیروهای انگیزشی فردی هستند. این نظریه، مفاهیم و روندهایی از مدل‌های رفتاری، شناختی و احساسی تغییر رفتار جمع‌آوری می‌کند بنابراین مدل مناسبی برای مداخلات مدیریت و جلوگیری از بیماری‌ها است. پایه اصلی این نظریه این است که افراد نه تنها از طریق تجارب خود رفتارهای جدید را یاد می‌گیرند بلکه از طریق مشاهده عمل دیگران و نتایج آنها نیز رفتارهای جدید را یاد می‌گیرند.



شکل شماره ۱. نظریه شناخت اجتماعی

چند سازه محوری برای این مدل تعریف شده است که این سازه‌ها عبارتند از: یادگیری مشاهده‌ای، انگیزه‌های درونی و بیرونی، نیت، خودمراقبتی، تعیین‌کنندگی متقابل و خودکارآمدی.

تعیین‌کنندگی متقابل، سازه اصلی نظریه شناخت اجتماعی می‌باشد. این سازه به این معناست که یک فرد ممکن است هم عامل یک تغییر باشد و هم پاسخ‌گو به یک تغییر. بنابراین، تغییرات محیطی و انگیزه‌های مختلف می‌توانند جهت ترویج رفتار سالم به کار گرفته شوند. هدف‌گزینی و خودمراقبتی از عناصر مهم این نظریه می‌باشند که در مؤثر بودن مداخلات دخیل هستند. بیشترین کاربرد این مدل در کمپین‌های تغییر رفتار شامل کمپین‌های افزایش مصرف میوه و سبزی، افزایش فعالیت بدنی، تغذیه نوزاد با شیر مادر و جلوگیری از ابتلا به ویروس ایدز بوده است.

## نظریه اعتقاد بهداشتی

این نظریه برای درک بهتر این موضوع مطرح شد که چرا افراد از خدماتی که در حوزه‌های سلامت عمومی برای جلوگیری از بیماری‌ها پیشنهاد و ارائه می‌شوند، استفاده می‌کنند یا نمی‌کنند. همچنین، این نظریه در مورد جلوگیری و تشخیص به موقع بیماری‌ها و داشتن سبک زندگی سالم، نگرانی‌ها و چالش‌های جدیدی داشته است. فرضیه اصلی این نظریه، این است که میزان آمادگی افراد برای تغییر رفتار تحت تأثیر دو مؤلفه قرار می‌گیرد؛ ۱- اعتقاد مردم در مورد اینکه آیا در خطر یک بیماری هستند یا خیر. ۲- درک آنها مبنی بر اینکه چقدر ضرورت دارد قدمی برای جلوگیری از یک بیماری بردارند. چندسازه محوری برای این مدل تعریف شده است که این سازه‌ها عبارتند از حساسیت درک شده، موانع و منافع درک شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی که اخیراً به این مدل اضافه شده است. نظریه اعتقاد بهداشتی در اکثر موارد برای نگرانی‌ها و چالش‌های سلامت که مربوط به جلوگیری و شناسایی مراحل اولیه و بدون

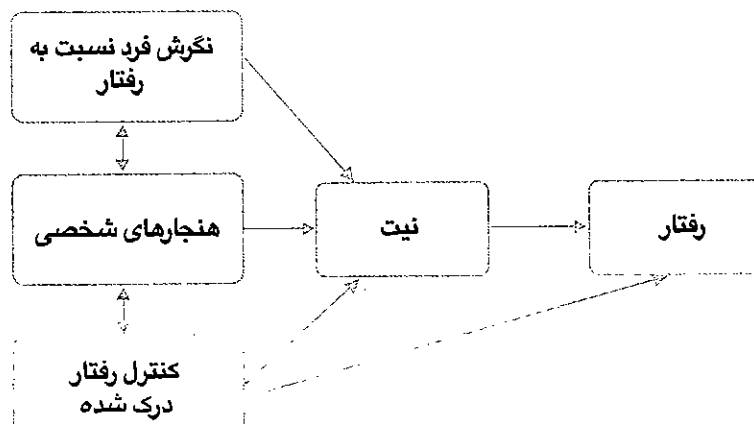
علامت بیماری‌ها هستند، مانند تشخیص زودهنگام سرطان و ارزیابی‌های فشارخون، کاربرد داشته است. در این مثال‌ها اعتقاد بهداشتی بسیار مهم‌تر از هر فاکتور دیگری می‌باشد. به علاوه، این نظریه، برای کاهش خطرات بیماری‌ها مانند اختلالات قلبی عروقی نیز کاربرد داشته است.

### نظریه بوم‌شناسی اجتماعی

این مدل کمک می‌کند تا فاکتورهایی که رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند شناسایی شوند. همچنین، این نظریه پیشنهاد می‌کند که جهت اجرای برنامه‌های موفق تغییر رفتار سلامت در محیط‌های اجتماعی ارائه می‌دهد. مدل بوم‌شناسی اجتماعی بر سطوح چندگانه‌ای که رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مانند سطوح فردی، بین فردی، سازمان‌های مردم‌نهاد و سیاست‌گذاری‌های دولتی، تأکید می‌کند. این نظریه همچنین تأکید می‌کند که رفتار، هم می‌تواند محیط اجتماعی را شکل دهد و هم خود می‌تواند توسط محیط اجتماعی شکل گیرد. قوانین و اصول مدل بوم‌شناسی اجتماعی با مفاهیم نظریه شناخت اجتماعی همخوانی دارد که در آن پیشنهاد می‌شود که ایجاد محیطی که پذیرای تغییر است در ایجاد تغییر رفتار افراد آن محیط بسیار تأثیرگذار و ضروری می‌باشد. برای نمونه با توجه به شیوع روزافزون چاقی در جوامع، دولت‌ها باید توجه بیشتری بر ارزیابی و بهینه‌سازی ویژگی‌های توسعه سلامت محیط اجتماعی افراد کنند. کاهش منابع در دسترس غذاهای فست فود در مناطق مختلف شهر، می‌تواند مثال خوبی از بهینه‌سازی محیط اجتماعی به منظور کاهش شیوع چاقی باشد.

### نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

به عکس نظریه شناخت اجتماعی، این نظریه پیشنهاد می‌کند که تغییر رفتار به نیت فرد (عوامل درونی) وابسته می‌باشد (شکل شماره ۲). نیت، توسط نگرش و هنجارهای شخصی فرد (تعریف شده در جدول شماره ۱) تعیین می‌شود. این نظریه همچنین بیان می‌کند که رفتار به وسیله قدرت کنترلی که فرد در خود حس می‌کند نیز کنترل می‌شود.



شکل شماره ۲. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

چند سازه محوری برای این مدل تعریف شده است که این سازه‌ها عبارتند از هنجارهای شخصی، نگرش‌ها، نیت و خودمراقبتی یا کنترل خود. این نظریه که بسط داده شده نظریه عمل منطقی است، در بهینه‌سازی رفتارهای سلامتی که در آنها نیت درونی بسیار مهم‌تر از نیازها هستند، مانند گرفتن یک رژیم غذایی خاص، انجام فعالیت بدنی منظم و استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری، کاربرد داشته است.

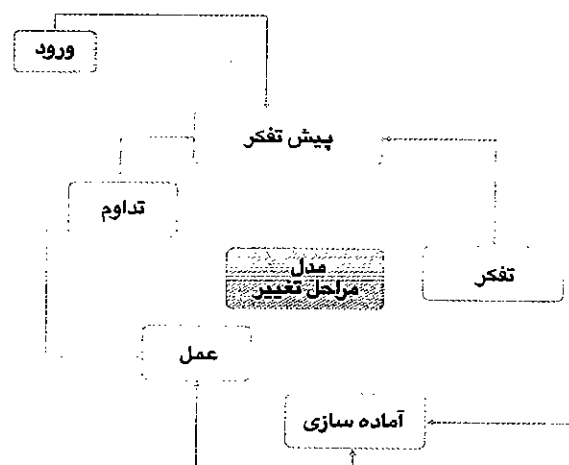
مدل خود - تعیین‌کنندگی<sup>۱</sup>

این مدل، نظریه‌ای انگیزشی است که بیان می‌کند تا چه اندازه رفتارهای انسانی خودکار یا کنترل شده هستند. این نظریه، انگیزش را به عنوان انرژی روانشناختی‌ای که به هدف خاصی تمایل دارد، تعریف می‌کند. اکثر نظریه‌های رفتاری انسانی به جهت رفتار اشاره می‌کنند ولی میزان انرژی این رفتار را نادیده می‌گیرند و به آن توجهی نمی‌کنند. بنابراین برای جبران این کمبود، نظریه خود-تعیین‌کنندگی علاوه بر بررسی کمیت انگیزه به اهمیت کیفیت انگیزه‌ها نیز می‌پردازد. این نظریه رویکردی جامع و ویژه برای مطالعه رفتار سلامت از طریق اندازه‌گیری و مفهومی‌سازی فاکتورهایی نظیر خودکارآمدی، رقابت ادراک شده، ارتباطات فردی و عوامل اجتماعی و تأثیر آنها بر افزایش یا کاهش انگیزه فردی، می‌باشد. قوانین و اصول این نظریه در بسیاری از حوزه‌های زندگی روزمره مانند مهارت‌های فرزندپروری، آموزش سلامت و به خصوص ورزش کاربرد داشته است.

مدل مراحل تغییر یا SOC<sup>۲</sup>

این مدل، که به اسم مدل فرا نظریه‌ای تغییر رفتار هم شناخته می‌شود مدلی جامع در حوزه تغییر رفتار سلامت می‌باشد که چگونگی روند تغییر رفتار باداوم و طولانی مدت را توضیح می‌دهد. تغییرات طولانی مدت در رفتار سالم شامل مراحل چندگانه و تطابقات مختلف در ظرف زمان می‌باشد. برخی افراد ممکن است آماده شروع تغییر رفتار نباشند در حالیکه برخی دیگر ممکن است قبل از مراجعه، خود گام‌هایی را جهت تغییر رفتار برداشته باشند. ساختار مرکزی این مدل «مراحل تغییر» است. پیشروی از مرحله‌ای به مرحله بعدی، غیرخطی و چرخشی است که این پدیده‌ای کاملاً طبیعی در روند تغییر رفتار می‌باشد (شکل شماره ۳). به منظور پیشروی در مراحل، این مدل پیشنهاد می‌کند که از روندهایی که تغییر را تسهیل می‌کنند، تحلیل سود و زیان و خودکارآمدی استفاده شود. این مدل در مطالعات مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج این مطالعات نشان دهنده مؤثر بودن این مدل در پیش‌بینی تغییر رفتار در حوزه‌های متنوعی شامل ترک سیگار، فعالیت بدنی و رژیم‌های غذایی بوده است. سازه‌های محوری این نظریه عبارتند از مراحل تغییر، روندهای تغییر، تحلیل سود و زیان و خودکارآمدی.

مزیت نسبی مدل SOC این است که از سایر نظریه‌ها و استراتژی‌های آنها در تغییر رفتار بهره می‌برد و به همین دلیل رویکردی فراگیر به موضوع دارد. این مسأله بعلاوه راحتی استفاده آن برای کاربران موجب شده که مدل SOC به عنوان یکی از کارآمدترین مدل‌ها و نظریه‌ها در بحث تغییر رفتار به شمار آید و بسیاری از سیاست‌گذاران سلامت در کشورهای مختلف، از این مدل برای تغییر رفتار سلامت استفاده کنند. ما نیز در این کتاب مدل SOC را مبنای تغییر رفتار سلامت در نظر گرفته‌ایم. در فصل‌های بعدی با جزئیات بیشتر این مدل را بررسی خواهیم کرد.



شکل شماره ۳. ماهیت چرخشی مدل مراحل تغییر یا SOC

1. Self determinism theory
2. Stage of Change

### تمرین

۱. بر اساس مدل SOC، درستی گزاره های زیر را تعیین کنید:

- همه افراد تا حدی آماده تغییر رفتار هستند.
- از این مدل برای پیش بینی تغییر رفتار استفاده می شود.
- بر اساس این مدل، تغییر رفتار روندی خطی دارد.

۲. بر اساس سازه «تعیین کنندگی متقابل» کدام یک از گزاره های زیر به عنوان عاملی محیطی جهت تغییر رفتار سلامت محسوب می شود؟

- داشتن برادر یا خواهری که دیابت نوع ۲ دارد.
- یک ورزشکار حرفه ای که در یکی از پارک های شهر یک بار در هفته، برای کودکان ورزش عمومی برپا می کند.
- دانش یک فرد در مورد خطرات دیابت.
- سیاست گذاری یک مدرسه مبنی بر ترویج وعده غذایی اصلی سالم.

۳. کدام یک از گزاره های زیر در مورد خودکارآمدی و نقش آن در تغییر رفتار صحیح می باشد؟

- فراهم کردن وسایل و ابزار مورد نیاز برای تغییر یک رفتار خاص در فرد.
- نشان دادن ویدئوهایی به نوجوانان دچار دیابت، که توانایی افراد هم سن و سال آنها را در مدیریت قند خون به نمایش می گذارد.
- شکستن یک هدف بزرگ به هدف های هفتگی کوچک که دست یافتنی تر می باشند.

۴. کدام سازه یا سازه ها از نظریه شناخت اجتماعی می تواند به عنوان بخشی مهم در برنامه افزایش میزان دست شستن در کودکان دبستانی باشد؟

- یادگیری مشاهده ای
- انگیزه های بیرونی
- خودکارآمدی

۵. بر اساس نظریه بوم شناسی اجتماعی، هر کدام از گزاره های زیر در چه سطحی قرار دارند؟

- داشتن دانش کافی در مورد خطرات فشار خون بالا.
- داشتن دوستان و اقوام نزدیک که مبتلا به فشار خون هستند.
- توصیه های دولت در مورد ارزیابی های منظم فشار خون.
- دسترسی آسان به مراکز ارزیابی فشار خون.

### پاسخ

۱. غلط - صحیح - غلط  
۲. گزینه ۲ و ۴  
۳. گزینه ۳  
۴. گزینه ۱ و ۲  
۵. فردی - بین فردی - سیاست گذاری دولتی - سیاست گذاری دولتی

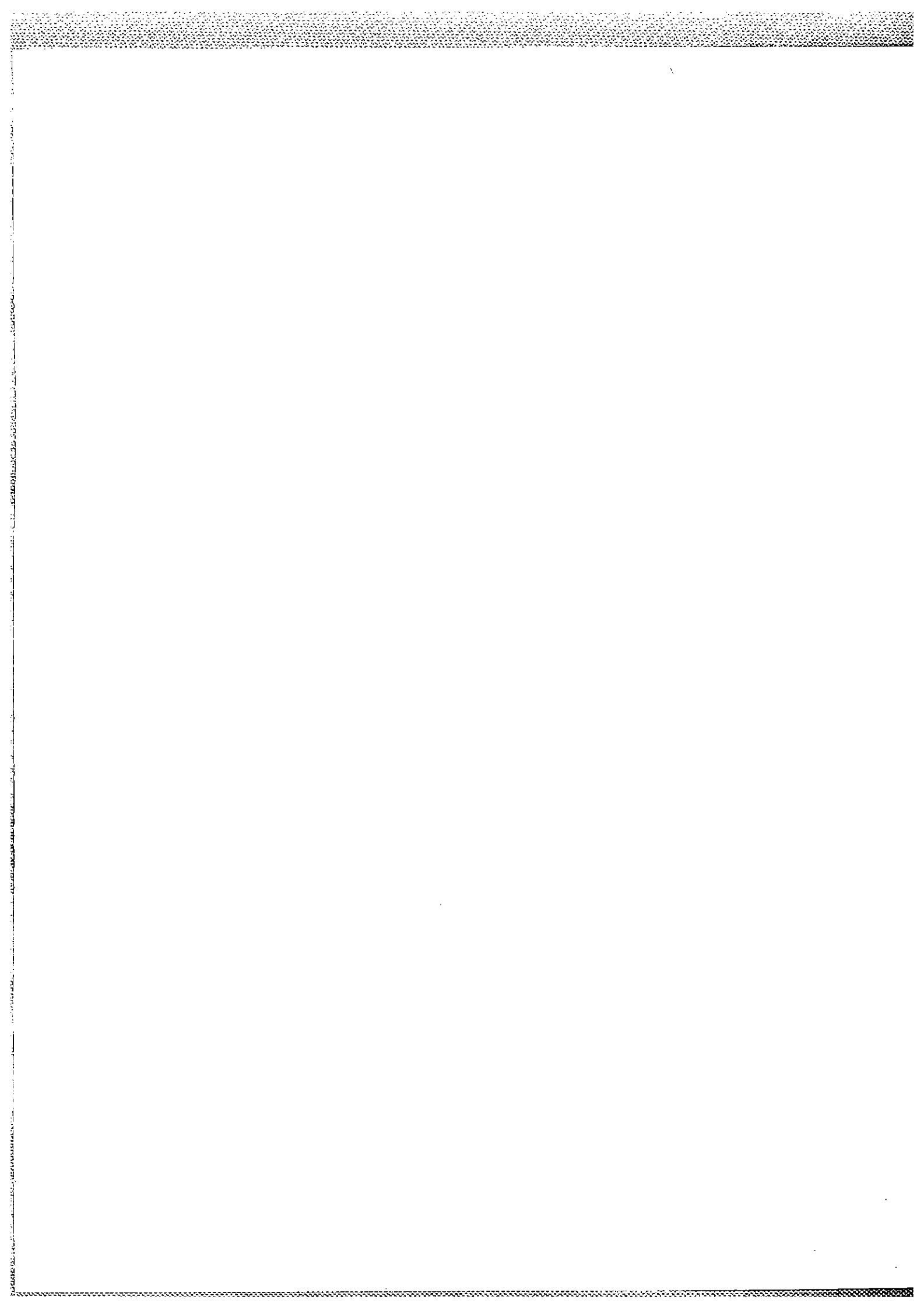


## فصل دوم

### مدل مراحل تغییر رفتار (SOC)

پس از خواندن این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید.

- مراحل مختلف تغییر بر اساس مدل SOC کدامند؟
- سازه‌های اصلی مدل SOC کدامند؟
- خودکارآمدی و تحلیل سود و زیان چگونه به پیشروی در مراحل تغییر کمک می‌کنند؟



مدل SOC<sup>۱</sup>

## مقدمه

مدل مراحل تغییر (SOC) برای اولین بار در سال ۱۹۸۲ به عنوان مکانیسمی پیشنهادی برای ترک سیگار معرفی شد. این مدل، مدلی جامع و مبتنی بر جنبه های زیستی-روانی-اجتماعی می باشد که روند تغییر رفتار را به صورت مفهومی ارائه می دهد. با فهم اینکه تغییر رفتار، فرایند و روند است نه یک اتفاق واحد، SOC تلاش می کند تا چگونگی تغییر رفتار (به جای چرایی تغییر رفتار) را توضیح دهد. برعکس مدل های رفتاری قبلی، SOC رویکردی عملگرا دارد و برای حمایت از چگونگی تغییر رفتار فرد، یک سری پیشنهاد های عینی و عملی ارائه می کند. همچنین، در حالی که دیگر مدل های تغییر رفتار، بر ابعاد خاص تغییر (مانند بعد اجتماعی یا زیستی) به صورت جداگانه تمرکز می کنند، SOC تلاش می کند تا ابعاد کلیدی دیگر نظریه ها را با هم در نظریه ای واحد و در عین حال جامع، ادغام و یکپارچه کند و مدلی را بسازد که قبل از آن به حدود ۳۰۰ نظریه روان درمانی تقسیم شده بود. جامع بودن این مدل باعث شده است تا برای طیف های مختلف رفتار و جمعیت های گوناگون قابل اعمال باشد. به همین علت نام دیگر این مدل «فرانظریه ای» می باشد. درمان های سنتی در بهبود رفتارهای سلامت مانند مشارکت مردم در فعالیت های بدنی، موفقیت هایی داشته اند اما در تداوم تغییر رفتار چندان موفق نبوده اند. اگرچه در ابتدا، SOC برای ترک سیگار مطرح شد، کاربرد آن در افزایش میزان فعالیت بدنی نیز تأیید شده است. علاوه بر این، موفقیت های مدل SOC در کمک به افراد برای تغییر طیفی از رفتارهای ناسالم، به افزایش اعتبار این مدل در حوزه های سلامت منجر شده است.

از زمانی که مطالعات اولیه SOC در حوزه ترک سیگار آغاز شد، پژوهشگران حوزه های دیگر سلامت جسمی و روانی نیز به طور گسترده کار بر روی SOC را آغاز کردند. این حوزه ها شامل ترک الکل، اختلالات اضطرابی، پانیک، بزهکاری، افسردگی، اختلالات تغذیه ای، چاقی، جلوگیری از انتشار ویروس ایدز، و زندگی بی تحرک بوده است. لذا به مرور زمان سازه های اصلی و محوری SOC دست خوش تغییر شده و کاربران، آنها را گسترده تر و البته معتبرتر از قبل ارائه دادند. تاکنون، و پس از تطبیق و اصلاحات متعدد، مدل فعلی SOC شامل پنج مرحله جداگانه در تغییر رفتار طولانی مدت است (جدول شماره ۱ خلاصه ای از این مدل را نشان داده است).

## جدول شماره ۱. مراحل مدل SOC

مرحله	تعریف
پیش تفکر	در این مرحله افراد هیچ قصدی برای تغییر رفتار ندارند و قصدی هم ندارند که در آینده تغییر کنند.
تفکر	در این مرحله افراد هیچ حرکتی برای تغییر رفتار انجام نداده اند ولی قصد دارند تا ۶ ماه آینده برنامه ای را شروع کنند.
آماده سازی	در این مرحله افراد نیت می کنند تا برنامه تغییر رفتار خود را در آینده ای نزدیک، تا ۳۰ روز آینده، شروع کنند و در حال حاضر نیز تغییرات کوچکی در جهت تغییر رفتار انجام داده اند.
عمل	در این مرحله افراد برنامه تغییر رفتار را شروع کرده اند ولی کمتر از ۶ ماه از مدت آن می گذرد.
تداوم	در این مرحله افراد تغییر رفتار را بیشتر از ۶ ماه است که حفظ کرده اند.

## SOC مدنی برای تغییر رفتار

مطالعات نشان داده اند که افراد در گذار از رفتاری به رفتار دیگر از مراحل مختلفی عبور می کنند. در حالی که مدت زمانی که یک فرد در هر مرحله سپری می کند متغیر می باشد، وظایف و تکلیف هایی که فرد برای گذر از مرحله ای به مرحله دیگر باید انجام دهد نسبتاً ثابت

هستند. براساس مدل فعلی SOC، برای پیشروی در مراحل مختلف تغییر رفتار از سه سازه محوری به نام روندهای تغییر، تحلیل سود و زیان<sup>۱</sup> و خودکارآمدی<sup>۲</sup> استفاده می‌شود. بنابراین در هر مرحله، سازه‌های محوری SOC به کاهش مقاومت و بهبود روند تغییر رفتار و جلوگیری از عود<sup>۳</sup> رفتارهای ناسالم در فرد کمک می‌کنند. در واقع این سازه‌های محوری توضیح می‌دهند که در فرآیند تغییر رفتار، چه چیزهایی افراد را از یک مرحله به مرحله بعدی هدایت می‌کنند و به جلو می‌برند. براساس مدل SOC، در مراحل مختلف تغییر رفتار، بعد زمان در نظر گرفته شده است، یعنی تغییر پدیده‌ای است که در طول زمان رخ می‌دهد و شامل ۵ مرحله می‌باشد. جالب است که، هیچ کدام از نظریه‌های قبلی در ساختار خود زمان را لحاظ نکرده بودند.

فقط عده کمی (معمولاً کمتر از ۲۰ درصد) از کل جمعیت در خطر، آماده هستند تا در هر زمان تصمیم به تغییر رفتار بگیرند و بر اساس آن عمل کنند. بنابراین، دستورالعمل‌های نتیجه محور در مراحل اول فرآیند ممکن است باعث شانه خالی کردن جمعیت عمومی شود. اما توصیه‌هایی که براساس SOC ارائه شده است، باعث افزایش مشارکت افراد در فرآیند تغییر رفتار می‌شود زیرا به جای اینکه تنها برای عده کمی جذاب باشد، برای کل جمعیت جذاب و انگیزشی است.

### فرضیات مهم SOC

مدل SOC بر ۵ مرحله و ۱۰ روند تغییر، تحلیل سود و زیان و خودکارآمدی تمرکز می‌کند. این مراحل و سازه‌های محوری براساس فرضیات مهمی درباره طبیعت و ماهیت تغییر رفتار و مداخلاتی هستند که به بهترین شکل قادرند چنین تغییری را در فرد ایجاد کنند. فرضیات مهمی که در زیر شرح داده خواهد شد، به مطالعات، پژوهش‌ها و کاربردهای مختلفی در باره مدل SOC منجر شده است. فرضیه شماره ۱: هیچ نظریه واحدی نمی‌تواند مسئولیت تمامی چالش‌های مربوط به تغییر یک رفتار خاص را بر عهده بگیرد. مناسب‌ترین مدل، مدلی است که از ترکیب و ادغام چندین مدل رفتاری ایجاد شده باشد. فرضیه شماره ۲: تغییر رفتار یک فرآیند است که در طول زمان و در طی چندین مرحله اتفاق می‌افتد. فرضیه شماره ۳: مراحل تغییر هم ثابت هستند و هم پذیرای تغییر، درست همانگونه که عوامل خطرزای رفتاری مزمن هم ممکن است ثابت باشند و هم پذیرای تغییر. فرضیه شماره ۴: اکثر جمعیت‌های در معرض خطر، آماده تغییر کردن و وارد عمل شدن نیستند و به طور کارآمد به مداخلات مرسوم و سنتی پاسخ نمی‌دهند.

فرضیه شماره ۵: در هر مرحله باید بر سازه‌های محوری تغییر رفتار تأکید شود تا تغییر رفتار به بهترین نحو صورت گیرد.

### مراحل تغییر رفتار

همانطور که قبلاً توضیح داده شد بخش بسیار مهم مدل SOC، مراحل تغییر رفتار است. مراحل تغییر رفتار، نشان دهنده آمادگی فرد برای تغییر در رفتاری خاص است و ساختار سازماندهی‌کننده مدل SOC می‌باشد. جالب است که افراد به صورت خطی از این مراحل عبور نمی‌کنند. بلکه براساس مدل SOC فرآیند تغییر بسیار پویا، چرخشی و غیر خطی است. ممکن است افراد در تلاش برای تغییر رفتاری خاص، در مراحل تغییر رفتار به سمت جلو پیش روند، به عقب بازگردند و دوباره به سمت جلو و یا عقب به صورت چرخشی در حال رفت و آمد باشند. در حقیقت، بازگشت به رفتارهای ناسالم نباید به عنوان شکست دیده شود، بلکه باید به عنوان پدیده‌ای

1. Processes of change
2. Decisional balance
3. Self-efficacy
4. Relapse

طبیعی در مراحل تغییر رفتار در نظر گرفته می شود.

#### مرحله اول: پیش تفکر

افراد در این مرحله، هیچ‌گونه قصدی برای اینکه در آینده حرکتی برای تغییر رفتار انجام دهند (معمولاً تا ۶ ماه بعد) ندارند. مطلع نبودن در مورد عواقب رفتار ممکن است باعث شود تا فرد در مرحله پیش تفکر بماند. به علاوه، افرادی که تلاش‌های متعدد و ناموفق در تغییر رفتاری داشته‌اند، در مورد توانایی خود برای تغییر رفتار دچار تضعیف روحیه شده‌اند و در این مرحله باقی مانده‌اند. هر دو گروه افرادی که در این مرحله هستند، تمایل دارند که از صحبت کردن و یا اندیشیدن به خطرهای رفتارهای ناسالم خود، خودداری کنند. افرادی که در مرحله پیش تفکر قرار دارند، معمولاً با عنوان افراد مقاوم، بی‌انگیزه و یا غیرآماده برای دریافت کمک و توصیه، معرفی می‌شوند. حقیقت این است که برنامه‌های سنتی و معمول برای چنین افرادی برنامه‌ای ندارند و نیازهای چنین افرادی را در نظر نمی‌گیرند.

#### مرحله دوم: تفکر

مرحله تفکر، مرحله‌ای است که در آن افراد تصمیم می‌گیرند تا فرآیند تغییر رفتار خود را طی ۶ ماه آینده آغاز کنند. این افراد از جوانب مثبت و منفی تغییر رفتار خود آگاه هستند. این ارزیابی یا تحلیل سود و زیان تغییر رفتار، ممکن است حالت دمدمی مزاج شدن را در افراد ایجاد کند؛ که این موضوع باعث می‌شود تا فرد در این مرحله برای مدت بسیار طولانی باقی بماند. این پدیده، اغلب به عنوان مرحله تفکر مزمین یا تعویق رفتاری مزمین معرفی می‌شود. افراد در مرحله تفکر، آمادگی برنامه‌های عملیاتی مرسوم که از افراد انتظار دارند تا سریعاً وارد عمل شوند را ندارند.

#### مرحله سوم: آماده‌سازی

مرحله آماده‌سازی، مرحله‌ای است که در آن افراد نیت می‌کنند تا در آینده‌ای نزدیک (تا ۳۰ روز آینده) وارد «عمل» شوند. به طور معمول، افرادی که در این مرحله هستند ظرف یک سال گذشته و در حال حاضر، اقدامات کوچک مهمی را برای تغییر رفتار خود انجام داده‌اند. این افراد برنامه‌ای برای اجرا دارند مانند شرکت در باشگاه ورزشی، مشورت با مشاور و یا مطالعه بیشتر با رویکرد تغییر خود-محور. اینها افرادی هستند که باید برای برنامه‌های عمل-محور انتخاب شوند.

#### توصیه‌ای برای مربیان

فردی سیگاری را در نظر بگیریم. در وهله اول، فرد سیگاری، مصرف را با لذت آغاز می‌کند ولی به تدریج متوجه می‌شود که علاوه بر لذت بردن، ضررهای بسیاری در مصرف سیگار وجود دارد. شاید زمان زیادی طول بکشد تا این فرد به ترک کردن فکر کند و در نهایت تصمیم خود را عملی کند. حتی زمانی که این فرد به مرحله «عمل» می‌رسد، ممکن است دوباره به عقب برگشت کند و دوباره در مورد تصمیم خود فکر کند و بارها این سیکل را تکرار کند. اگرچه، با حمایت صحیح، چنین شخصی ممکن است مراحل ترک را به درستی تا انتها طی کند و زندگی جدیدی را از نو بسازد. بنابراین زمانی که می‌خواهید به فردی برای تغییر رفتار کمک کنید، در مورد این موضوع فکر کنید که این فرد در حال حاضر در کجای روند تغییر رفتار قرار دارد و چگونه می‌توان او را به سمت جلو هدایت کرد، نه اینکه سریعاً فرد را وادار به «عمل» کنید.

#### مرحله چهارم: عمل

مرحله عمل، مرحله‌ای است که در آن فرد طی ۶ ماه گذشته تغییر واضحی را در نحوه زندگی خود اعمال کرده است. به علت اینکه این عمل قابل مشاهده می‌باشد، فرآیند کلی تغییر رفتار اغلب با مرحله عمل برابر دانسته می‌شود. اما در مدل SOC، مرحله عمل فقط جزئی از ۵ مرحله مدل می‌باشد.

### توصیه ای برای مربیان

به طور معمول، همه اصلاحات و تغییرات رفتار به عنوان «عمل» در نظر گرفته نمی شوند. در اکثر موارد، افراد باید به شاخص خاصی که از نظر متخصصین به عنوان شاخص کافی برای کاهش خطر می باشد، برسند. برای مثال، کاهش در تعداد سیگار و یا مصرف سیگارهایی که نیکوتین کمتری دارد، قبلاً به عنوان «عمل» قابل قبول در نظر گرفته می شد. اما در حال حاضر، فقط یک توافق واضح وجود دارد: تنها ترک کامل، مرحله «عمل» محسوب می شود.

### مرحله پنجم: تداوم

مرحله تداوم مرحله ای است که در آن، افراد اصلاحات واضح و خاصی در نحوه زندگی خود انجام داده اند و در تلاشند تا در این زمینه پسرفت نکنند. این افراد نیاز ندارند تا راهکارهای تغییر رفتار را به میزان افرادی که در مرحله «عمل» هستند انجام دهند، چرا که در مرحله تداوم، افراد کمتر وسوسه می شوند تا به مراحل قبلی برگردند و به تدریج اعتماد به نفسشان در مورد اینکه تغییرات خود را می توانند حفظ کنند، افزایش می یابد. مرحله تداوم ممکن است بین ۶ ماه تا ۵ سال ادامه داشته باشد. حتی بعد از ۱۲ ماه پرهیز مداوم، حدود نیمی از افرادی که سیگار را کاملاً ترک کرده بودند، سیگار کشیدن را شروع خواهند کرد. لازم به ذکر است که بعد از گذشت ۵ سال از زمان ترک، فقط ۷ درصد افراد در ترک باقی می مانند که افت قابل توجهی می باشد.

### توصیه ای برای مربیان

حتی زمانی که فرد به مرحله تداوم می رسد نیز نباید تصور کرد که بازگشت رفتارهای ناسالم رخ نمی دهد. افراد در مرحله تداوم نیز باید همچنان از طریق راه کارهای مرتبط، رفتار سالم خود را ثابت نگه دارند. هر چه زمان بیشتری صرف این موضوع شود، احتمال عود و بازگشت رفتارهای ناسالم کمتر خواهد بود.

در برخی مطالعات SOC مرحله دیگری به نام مرحله اتمام وجود دارد.

### مرحله ششم: اتمام

افرادی که در این مرحله هستند، با اطمینان، هیچ گونه وسوسه ای برای بازگشت به رفتار قبلی از خود نشان نمی دهند. این افراد چه افسرده شوند، چه مضطرب، چه تنها و یا عصبانی و استرسی، در هر شرایطی مطمئن هستند که به رفتار ناسالم قبلی خود باز نمی گردند. رفتار این افراد به مثابه آن است که هیچ وقت رفتار ناسالمی را قبلاً تجربه نکرده اند و رفتار سالم جدید در این افراد خودکار شده است. مثال این مرحله افرادی هستند که وقتی وارد ماشین می شوند بدون هیچ مکث یا تفکری سریعاً کمربند ایمنی خود را می بندند و یا افرادی که رأس زمان مقرر بدون اینکه راجع به شرایط خود فکری کنند، داروی فشار خون خود را مصرف می کنند. در مطالعه ای که بر روی افرادی که سیگار و الکل مصرف می کردند انجام شده بود، نشان داده شد که کمتر از ۲۰ درصد در هر گروه به مرحله اتمام و خودکار آمدی کامل رسیده اند.

### توصیه ای برای مربیان

مرحله اتمام ممکن است برای بسیاری از افراد سخت گیرانه باشد و یا شاید برای آن ها رؤیا یا هدفی بسیار ایده آل به نظر بیاید. به طور مفهومی، مرحله اتمام، تنها مرحله ای است که رفتارهای اتخاذ شده عمیقاً وارد عادات زندگی فرد شده است و احتمال عود رفتارهای ناسالم بسیار ناچیز است. این مرحله تنها بعد از گذر چندین سال ثبات در تغییر رفتار ایجاد می شود بنابراین، این مرحله برای رفتارهای طولانی مدتی مانند ترک مواد مخدر و یا کنترل کالری دریافتی مناسب می باشد. این مرحله نسبت به مراحل دیگر بسیار کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است.

## سازه‌های محوری SOC

## ۱. تحلیل سود و زیان

مقایسه بین ضررها و فواید احتمالی یک رفتار، یا به عبارتی تحلیل سود و زیان هم اکنون تبدیل به یک سازه محوری در SOC شده است. برطبق این مدل، در روند تصمیم‌گیری، چهار دسته جوانب مثبت (منافع ابزاری برای خود، منافع ابزاری برای دیگران، تأیید خود و تأیید دیگران) و چهار دسته جوانب منفی (ضررهای ابزاری به خود، ضررهای ابزاری به دیگران، عدم تأیید خود و عدم تأیید دیگران) وجود دارد. همانگونه که افراد در مراحل SOC پیشرفت می‌کنند و به مراحل بالاتر می‌رسند، تحلیل سود و زیان به روش‌های متنوعی به سمت فواید رفتار سوق پیدا می‌کند. زمانی که فردی در مرحله پیش تفکر است، جوانب منفی تغییر دادن رفتار بر جوانب مثبت آن غلبه دارد و فرد مایل است که در رفتار فعلی باقی بماند. در مرحله تفکر، جوانب مثبت و منفی برای فرد برابر می‌شوند و فرد به ایجاد تغییر نزدیک‌تر می‌شود. اگر به دلایل مختلف نوک پیکان کمی به سمت جوانب مثبت کج شود، بسیاری از افراد به مرحله آماده‌سازی و یا عمل وارد می‌شوند. همانگونه که افراد وارد مرحله تداوم می‌شوند، جوانب مثبت تغییر رفتار باید بر جوانب منفی برتری داشته باشند تا خطر برگشت کاهش پیدا کند.

## ۲. خودکارآمدی

مدل SOC، سازه خودکارآمدی را از نظریه خودکارآمدی باندورا (۱۹۸۸) وام گرفته است. خودکارآمدی شامل دو جزء اطمینان داشتن و وسوسه شدن می‌باشد. اطمینان داشتن، نشان‌دهنده میزان کارایی افراد و اعتمادشان به خود برای تداوم تغییر رفتار سالم در شرایطی است که فرد برای عود و بازگشت رفتار ناسالم تحریک می‌شود. حس وسوسه شدن به این معناست که فرد در شرایط سخت تمایلی قوی پیدا می‌کند تا به عادات یا رفتارهای ناسالم قبلی بازگردد. در واقع حس وسوسه شدن در نقطه مقابل خودکارآمدی قرار دارد. در مرحله پیش تفکر و تفکر، وسوسه شدن برای برگشت به رفتار قبلی، بسیار بیشتر از نیروی خودکارآمدی فرد برای پرهیز از رفتار ناسالم است. همانگونه که افراد به مرحله آماده‌سازی و عمل می‌رسند، اختلاف بین احساس خودکارآمدی و احساس وسوسه شدن کمتر می‌شود و تغییر رفتار تداوم پیدا می‌کند. عود رفتار قبلی و بازگشت اغلب در شرایطی اتفاق می‌افتد که احساس وسوسه برای برگشت به رفتار قبلی بر احساس خودکارآمدی فرد برای حفظ رفتار صحیح، غلبه می‌کند.

مدل SOC این پیش فرض را بیان می‌کند که در گذر از مراحل تغییر رفتار، عود رفتار قبلی، توقف، و یا بازگشت به مرحله یا مراحل قبلی امری امکان‌پذیر و محتمل می‌باشد. افراد ممکن است در این مراحل به سمت جلو و یا عقب بروند؛ فردی در مرحله تفکر ممکن است به مرحله پیش تفکر بازگشت کند، فردی در مرحله عمل ممکن است به عقب برگشت کند و به مرحله آماده‌سازی برگردد. عود رفتار قبلی و بازگشت در مراحل به سادگی نشان می‌دهد که برنامه‌های اختصاصی آن مرحله به درستی استفاده نشده‌اند و یا اینکه تعهد فرد ضعیف و ناپایدار بوده است. به علت اینکه این چرخش اغلب بیشتر از یک بار برای هر فرد ممکن است اتفاق بیفتد، یک یا دو بار برگشت به معنای شکست محسوب نمی‌شود بلکه فرصتی است که نشان می‌دهد مشاور باید با دید انتقادی بیشتری به برنامه قبلی نگاه کند و اصلاحاتی در برنامه و مداخلات ایجاد کند. بنابراین، مهم است که این موضوع برای خود افراد نیز شرح داده شود تا اگر بازگشت یا عود رفتار ناسالم اتفاق افتاد از تغییر رفتار نا امید نشوند.

## ۳. روندهای تغییر

هرگونه فعالیتی که فرد شروع می‌کند تا نحوه فکر کردن، احساسات، یا رفتارش را اصلاح کند، روند تغییر رفتار محسوب می‌شود. بنابراین، روندهای تغییر رفتار، مکانیسم‌ها یا ابزارهایی هستند که اتمام موفقیت‌آمیز مرحله‌ای را در جاده تغییر رفتار تسهیل



می‌کنند. به عبارت دیگر، روندهای تغییر، فعالیت‌های عینی و ضمنی‌ای هستند که افراد از آنها استفاده می‌کنند تا از یک مرحله به مرحله بعدی صعود کنند. روندهای تغییر، کمک می‌کنند تا به سؤالاتی نظیر اینکه افراد «چگونه» تغییر می‌کنند، پاسخ دهیم. این سازه برگرفته از سیستم‌های مختلف روان‌درمانی است و فعالیت‌های مخفی و آشکاری هستند که افراد برای پیشرفت در مراحل تغییر انجام می‌دهند. براساس مطالعات و مداخلات گذشته، ۱۰ روند مختلف شناسایی و معرفی شده‌اند (جدول شماره ۲ خلاصه‌ای از این روندها را نشان داده است).

### جدول شماره ۲. روندهای تغییر در مدل SOC

افزایش آگاهی	یافتن و یادگیری حقایق، ایده‌ها و نکات جدیدی که از تغییر رفتار حمایت می‌کند.
تسکین هیجان	رفتارهای ناسالم احساس‌هایی منفی از قبیل ترس، اضطراب و نگرانی ایجاد می‌کند که تصمیم برای تغییر رفتار، احساس آسودگی را جایگزین این احساس‌ها می‌کند.
ارزیابی مجدد خود	فهمیدن این نکته که تغییر رفتاری یکی از مهم‌ترین جنبه‌های هویت فرد می‌باشد. تعهد رسمی دادن به خود برای تغییر رفتار ناسالم.
ارزیابی مجدد محیط خودرہاسازی	درک کردن تأثیرات منفی رفتارهای ناسالم، یا تأثیرات مثبت رفتارهای سالم بر محیط فیزیکی یا اجتماعی اطراف. تعهد رسمی دادن به خود برای تغییر رفتار ناسالم.
روابط یاری رسان	یاری جستن از روابط اجتماعی نزدیک برای حمایت از تغییر رفتار ناسالم.
جایگزینی	جایگزینی رفتارها و تفکرات ناسالم با رفتارها و اندیشه‌های سالم‌تر.
مدیریت تقویت	افزایش پاداش برای مدیریت مناسب تغییر رفتار و کاهش پاداش دادن به رفتارهای ناسالم.
کنترل محرک	حذف یادآورها و سرنخ‌هایی که فرد را به انجام رفتارهای ناسالم تشویق می‌کنند و اضافه کردن محرک‌هایی که فرد را به انجام رفتارهای سالم تشویق می‌کنند.
رہاسازی اجتماعی	درک این نکته که هنجارهای اجتماعی از تغییر رفتار ناسالم به رفتار سالم حمایت می‌کنند.

#### روند شماره ۱: افزایش آگاهی

این روند شامل افزایش آگاهی در مورد ماهیت رفتار، علل، عواقب و درمان‌های یک رفتار ناسالم خاص می‌باشد. به علت اینکه ممکن است افراد به طور کامل در مورد عواقب منفی رفتاری خاص مانند سیگار کشیدن و یا ورزش نکردن آگاهی نداشته باشند، یادگیری بیشتر در مورد اثرات مثبت و منفی این رفتارها ممکن است باعث افزایش نگرانی و انگیزه در افراد و به تبع آن تصمیم‌گیری مناسب شود. مداخلاتی که باعث افزایش آگاهی می‌شوند شامل بازخورد گرفتن، مشاوره گرفتن، کتاب و کمپین‌های رسانه‌ای می‌باشند.

#### روند شماره ۲: تسکین هیجان

افزایش آگاهی در مورد خطرات رفتارهای ناسالم در ابتدا باعث افزایش تجربه احساس‌های منفی در فرد می‌شود و سپس متعاقب آن اگر فرد تصمیم به تغییر رفتار بگیرد، و نسبت به شرایط خود آگاهی پیدا کند، این تجربه احساس‌های منفی تا حدودی کاهش می‌یابد و آسودگی ناشی از پیش‌بینی تغییر رفتار، جایگزین آن می‌شود.

#### روند شماره ۳: ارزیابی مجدد خود

این روند با استفاده از ارزیابی‌های شناختی و احساسی، تصویر ذهنی فرد را قبل و بعد از تغییر رفتار با هم ترکیب می‌کند و به فرد ارائه می‌دهد. در واقع فرد نسبت به این مسأله آگاهی پیدا می‌کند که چگونه رفتار فعلی او، با ارزش‌های شخصی، اهداف زندگی و تصاویر مطلوب وی از خود در تضاد است. از طریق این روند، فرد شروع می‌کند به خوداندیشی و ارزیابی مجدد احساسی و عقلانی

از شرایط فعلی و احتمالات آینده، و در ذهنش تصور می‌کند که چگونه در صورتی که رفتار فعلی اش تغییر کند به تصاویر مطلوب از خودش رسیده است. شفاف سازی ارزش‌ها، آشنایی با مدل‌های انسانی رفتارهای سالم و تصویر سازی تکنیک‌هایی هستند که باعث می‌شوند فرد خود را مجدد ارزیابی کند.

#### روند شماره ۴: ارزیابی مجدد محیط

در این روند از طریق ارزیابی شناختی و احساسی، فرد آگاه می‌شود که آیا تغییر یا عدم تغییر رفتار بر محیط اجتماعی وی تأثیری داشته است (مانند تأثیر سیگار کشیدن و نکشیدن بر اطرافیان). همچنین این روند فرد را آگاه می‌کند که می‌تواند نقش یک الگوی مثبت یا منفی را برای انسان‌های اطراف خود بازی کند. به علاوه این روند به فرد کمک می‌کند تا از تأثیر رفتار فعلی خود بر محیط زندگی اش (مانند گروه‌هایی که فرد در آن عضو است یا وضعیت اشتغال وی) آگاه شود. آموزش همدلی، مشاهده مستندات واقعی و مداخلات خانوادگی ممکن است در این زمینه به فرد کمک کند.

#### روند شماره ۵: رها سازی اجتماعی

این روند نشان می‌دهد که ممکن است سیاست‌های اجتماعی/محیطی، فرصت‌ها و شرایط جایگزین محیطی، تغییر رفتار فرد را تشویق و از آن حمایت کنند. همچنین این روند ممکن است شناسایی منابع موجود در محیط را شامل شود. این روند نیازمند افزایش فرصت‌ها و یا جایگزین‌های اجتماعی برای افرادی است که نسبتاً محروم هستند. حمایت‌ها، رویه‌های توانمند سازی و سیاست‌های مناسب، ممکن است باعث افزایش فرصت‌ها برای جمعیت‌های اقلیت و ارتقاء سلامت آنها شوند.

#### روند شماره ۶: خود رهاسازی

این روند دو قسمت دارد؛ یکی این عقیده که فرد توانایی تغییر کردن را دارد و دوم این‌که بر عقیده تغییر رفتار خود تعهد داشته باشد. این تعهد ممکن است شامل تعهد به خود، تعهد به اطرافیان و یا پیشروی مناسب در مراحل باشد.

#### روند شماره ۷: جایگزینی

این روند نیازمند یادگیری رفتارهای سالم‌تری است که می‌توانند جایگزین رفتارهای ناسالم شوند. در شرایطی که دوری کردن از محرک‌های وسوسه‌انگیز برای فرد دشوار است، یک راهکار کارآمد این است که فرد پاسخ‌های خود را به محرک تغییر دهد. آرام سازی، حساسیت زدایی، جایگزینی، مهارت‌های کنترل خود و افزایش عزت نفس از راهکارهایی هستند که به فرد در این روند کمک می‌کنند.

#### روند شماره ۸: کنترل محرک

این روند نیازمند حذف سرنخ‌هایی است که یادآور عادات ناسالم فرد و فراهم آوردن محرک‌هایی است که یادآور رفتارهای سالم برای فرد می‌باشد. دوری کردن، بازچینی ساختارهای محیطی و خود-کمکی ممکن است به فرد کمک کنند تا پسرفت نکنند.

#### روند شماره ۹: پاداش و تقویت

این روند شامل پاداش دادن و تقویت تغییر رفتار می‌باشد. اگرچه، این روند ممکن است شامل استفاده از تنبیه باشد، مطالعات نشان داده‌اند که برای تغییر رفتار استفاده از پاداش بیشتر از تنبیه تأثیر دارد. این پاداش ممکن است پاداشی واقعی باشد، یا همان تجربه و لذت بردن از عواقب مثبت تغییر رفتار را شامل شود. برای تغییر رفتار استفاده از محرک‌های مختلف انگیزشی تأکید شده است زیرا یکی از فلسفه‌های مدل SOC این است که فرد باید به صورت طبیعی تغییر کند.

#### روند شماره ۱۰: روابط یاری رسان

این روند شامل اعتماد سازی، مراقبت کردن، پذیرا بودن و حمایت دیگر افراد از فرد مورد نظر است. در واقع این روند به معنای

دسترسی داشتن به روابطی است که از فرد حمایت و مراقبت عاطفی می‌کنند. افراد به خصوص افرادی که مواد مخدر مصرف کرده‌اند اغلب احساس تنهایی و دور افتاده شدن می‌کنند؛ لذا این روند از اهمیت خاصی برای این افراد برخوردار می‌باشد.

روندهای ذکر شده در بالا به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱. روندهای تجربی: شامل روندهای شناختی / احساسی هستند. در واقع این روندها، مربوط به ارزیابی افکار، احساسات و تجارب فرد در مورد تغییر رفتار می‌باشند. در مراحل اولیه تغییر رفتار مانند مرحله پیش تفکر و تفکر، بر این روندهای تجربی تأکید بیشتری می‌شود. این روندها شامل افزایش آگاهی، تسکین هیجان، ارزیابی مجدد محیط، ارزیابی مجدد خود و رهاسازی اجتماعی می‌باشند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگرچه روند رهاسازی اجتماعی جزو روندهای تجربی محسوب می‌شود اما ممکن است در مراحل انتهایی نیز برای تداوم تغییر رفتار استفاده شود.

۲. روندهای رفتاری: استراتژی‌هایی هستند که فرد برای اصلاح و مدیریت رفتار مشکل‌زا به کار می‌گیرند. این روندها شامل: خود رهاسازی، جایگزینی، روابط یاری‌رسان، مدیریت تقویت و کنترل محرک می‌باشد. در مراحل انتهایی تغییر رفتار مانند مرحله عمل و تداوم، بر این روندهای رفتاری تأکید می‌شود. در بخش‌های بعدی در این مورد توضیح بیشتری داده خواهد شد.

روندهای تغییر به افراد کمک می‌کنند «عمل مناسب را در زمان مناسب خود» انجام دهند تا به طور موفقیت‌آمیزی از مراحل عبور کنند و به مرحله انتهایی تغییر رفتار برسند. برخی برنامه‌های درمانی فقط با یکی دو روند اختصاصی در فرآیند تغییر رفتار، فرد را هدایت می‌کنند. برای مثال در برنامه ترک سیگار، بیشتر بر روند «جایگزینی» تمرکز می‌شود. اگرچه تمامی روندها در انواع مختلف برنامه‌های درمانی استفاده نمی‌شوند، زمانی که افراد وارد فرآیند تغییر رفتار می‌شوند معمولاً ناچارند که از چندین روند استفاده کنند.

علی ۴۵ سال، ۱۷۵ سانتی متر قد و ۹۲ کیلو وزن دارد. وی ۱۵ سال است که ازدواج کرده و صاحب دو فرزند دختر، ۶ و ۹ ساله می باشد. یکی از عادات علی این است که حتی برای خرید از محله خود هم از ماشین استفاده می کند و نمی تواند خود را در وضعیت «پایه رفتن» تصور کند. او مردی خانواده دوست است و تا حد امکان به طور هفتگی برای گذراندن اوقات فراغت با همسر و فرزندان وقت می گذارد. بنابراین عمده تفریحاتی که او برای خانواده اش به خصوص دخترانش فراهم می کند، شامل رستوران گردی یا خرید رفتن است. علاوه بر این علی از این مسأله لذت می برد که به عنوان جایزه انجام تکالیف مدرسه دخترانش، هر بار که به خانه می آید برای دخترانش کیک و شیرینی بیاورد. به تازگی مراقب بهداشت مدرسه پیغامی برای وی و همسرش فرستاده که برای مسأله اضافه وزن دخترشان، باید به مدرسه مراجعه کنند تا در این مورد با هم صحبت کنند. به نظر شما چه رفتارهای ناسالمی در علی باید تغییر کند؟ علی در مراحل تغییر رفتار در کدام مرحله به سر می برد؟ چه روند یا روندهای مهمی ممکن است به علی برای تغییر رفتار کمک کند؟

### اقدامات انجام شده

- علی اضافه وزن داشت. از آن جایی که کالری زیادی دریافت می کرد. ولی تا آن زمان هیچ قصدی برای تغییر نداشت و حتی به آن فکر هم نکرده بود. لذا در مرحله «پیش تفکر» قرار داشت. به همین دلیل فعالیت های بدنی و رژیم غذایی او مورد هدف قرار گرفتند.
- به این علت که علی در مرحله پیش تفکر قرار داشت از روندهایی استفاده شد که برای مرحله پیش تفکر مناسب بودند. این روندها شامل افزایش آگاهی، ارزیابی مجدد خود و محیط، رهاسازی اجتماعی و تسکین هیجان می شدند.
- علی نسبت به تأثیرات این رفتارهای ناسالم بر سلامت خود آگاه نبود. لذا با استفاده از مشاوره های فردی و کتابچه های انگیزشی اطلاعات او در مورد تأثیرات زندگی بی تحرک و اضافه وزن افزایش پیدا کرد و روند «افزایش آگاهی» و «ارزیابی مجدد خود» در او فعال شد.
- همچنین علی به تأثیرات رفتارهای ناسالم خود بر همسر و فرزندان نیز مطلع نبود. با استفاده از مشاوره های فردی و ایجاد همدلی، روند ارزیابی مجدد محیط در وی فعال شد. این موضوع باعث شد تا علی احساس کند که سلامت دخترانش را در معرض خطر قرار داده است و باید به راه حلی باندیشد.
- با اطمینان دادن به علی که هنوز دیر نشده و می تواند تغییر اساسی در نحوه زندگی خود ایجاد کند و سلامت دخترانش را بهبود بخشد، روند «تسکین هیجان» و با استفاده از مشاوره های فردی روند «رهاسازی اجتماعی» در وی فعال شد. به این معنا که او متوجه شد، امکانات محیطی و اجتماعی از تغییر رفتار او حمایت می کنند و این فهم، تسکین بیشتری برای ایجاد کرد.
- با استفاده از این روندها و بعد از ۷ ماه علی توانست مراحل پیش تفکر، تفکر و آماده سازی را بگذراند و به مرحله «عمل» برسد.

mindset به سببی

سوالکده شخصی

خانم فرهادی ۴۹ ساله است. او از مادرش که آلزایمر دارد مراقبت می‌کند. او مادرش را هفته‌ای دو بار به یک مرکز درمانی می‌برد و در خانه نیز تمام وقت از او مراقبت می‌کند. خانم فرهادی در مورد وضعیت سلامت عمومی خود نگران است زیرا می‌داند که باید از پس مراقبت مادرش به درستی برآید. اما متأسفانه سختی این دوره باعث شده خانم فرهادی بسیار خسته و درمانده شده باشد. او بعد از اینکه به مدت ۵ سال سیگار کشیدن را ترک کرده بود، به تازگی دوباره سیگار کشیدن را شروع کرده است. خانم فرهادی می‌داند که سیگار کشیدن، ضرر دارد اما در خود توانایی ترک کردن کامل را نمی‌بیند. او همچنین، فکر می‌کند نیازی نیست که به طور کامل سیگار را ترک کند.

کدام رفتار سلامت می‌تواند زندگی خانم فرهادی را تحت تأثیر قرار دهد؟ ایشان در کدام مرحله تغییر رفتار سلامت است؟ چرا؟ چگونه می‌توان حس ناتوانی در ترک کامل سیگار را در خانم فرهادی کم‌رنگ تر کرد؟

اقدامات انجام شده

اقدامات و ملاحظات زیر در مورد خانم فرهادی انجام شد:

- هیچ سطح امن و بدون ضرری در مصرف سیگار وجود ندارد لذا در ابتدا با استفاده از مشاوره حضوری و کتابچه‌های مختلف، اطلاعات و آگاهی خانم فرهادی را در این مورد افزایش دادیم و ایشان متوجه شدند که حتی مصرف یک نخ سیگار نیز برای وضعیت سلامت ناامن محسوب می‌شود.
- در اکثر موارد مصرف تنباکو و به طور اخص در مورد خانم فرهادی، تمایل به مصرف تنباکو از این موضوع ناشی می‌شود که فرد تصور می‌کند با مصرف سیگار می‌تواند استرس خود را کاهش دهد. بنابراین راه‌ها و رفتارهای جایگزین که استرس را به طور مؤثرتری کاهش می‌دهند به خانم فرهادی معرفی شدند مانند تکنیک‌های آرام‌سازی، تکنیک‌های افزایش آگاهی از خود، یوگا، ورزش کردن، مطالعه کردن و گوش دادن به موسیقی آرام.
- درست است که خانم فرهادی قبلاً به مدت ۵ سال سیگار را ترک کرده بود ولی مصرف دوباره سیگار به معنای این است که عود و بازگشت اتفاق افتاده و فرد دوباره به مراحل پایین تر تغییر رفتار برگشت کرده است. نکته مهم این بود که با استفاده از روندهای مناسب تغییر رفتار مانند افزایش آگاهی، تسکین هیجان، ارزیابی مجدد محیط، ارزیابی مجدد خود و رها سازی اجتماعی پله پله به خانم فرهادی کمک شود تا به سمت مراحل بالاتر هدایت شود.
- تا زمانی که فرد به مرحله آماده سازی و عمل نرسیده، این موضوع طبیعی می‌باشد که احساس خودکارآمدی و احساس توانایی برای تغییر رفتار، پایین و کم باشد و فرد در شرایط استرس‌زا و سوسه برگشت به رفتار قبلی را داشته باشد. لذا علاوه بر این حقیقت که فرد در مراحل بالاتر، ناخودآگاه احساس خودکارآمدی بیشتری پیدا می‌کند، تکنیک‌های افزایش عزت نفس، اعتماد به نفس و استقلال فردی نیز به خانم فرهادی آموزش داده شد.
- ایشان بعد از ۸ ماه جلسات درمانی پی‌درپی توانستند مجدداً سیگار را به طور کامل ترک کنند.

ابراهیم به مدت ۳۰ سال سیگار کشیده است (تقریباً از زمانی که نوجوان بوده) و به مدت ۲۵ سال از این ۳۰ سال، روزی یک پاکت سیگار بدون فیلتر مصرف کرده است. در خانه پدر و مادر ابراهیم، سیگار به عنوان جایزه محسوب می شده و زمانی که ابراهیم اولین شغل خود را پیدا کرد، پدر و مادرش به او یک سیگار هدیه دادند. بنابراین سیگار کشیدن برای ابراهیم یک عادت بوده و به تدریج تعداد سیگارهای روزانه ابراهیم افزایش پیدا کرده است. سیگار کشیدن برای ابراهیم رفتاری لذتبخش، آرام کننده و خوشایند است. غیر از مصرف سیگار در خانه و محل کار، ابراهیم اوقات فراغت خود را اکثراً در قهوه خانه‌ای که متعلق به یکی از دوستانش است می گذراند و در آنجا به همراه دوستان دیگرش سیگار می کشند و تفریح می کنند. تا کمی پیش ابراهیم با پدر و مادرش زندگی می کرد که آنها نیز شدیداً سیگاری هستند ولی به تازگی ابراهیم ازدواج کرده و به خانه جدید خود نقل مکان کرده است. در خانه جدید، ابراهیم اجازه ندارد که در داخل منزل سیگار بکشد و هر بار که قصد سیگار کشیدن دارد باید منزل را ترک کند. این کار برای ابراهیم دشوار است لذا اکثر اوقات به خانه آن‌ها می رود تا به راحتی در آنجا سیگار بکشد. به علاوه، در آخرین چک آپ انجام شده، پزشک ابراهیم به او در مورد وضعیت سلامت ریه هایش هشدار داده و بر لزوم کاهش یا ترک سیگار خودش و پدر و مادرش تأکید کرده است. پدر و مادر ابراهیم ۷۵ و ۸۰ ساله هستند و قصد ترک سیگار ندارند و در مورد وضعیت پزشکی ابراهیم نیز نگرانی خاصی نشان نمی دهند. مادر ابراهیم اخیراً به ابراهیم گفته مگر چه تفریح دیگری غیر از سیگار داری که می خواهی آن را هم ترک کنی؟ در این سناریو، ابراهیم در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار به سر می برد؟ چرا؟ چه سازه‌هایی از SOC به ابراهیم کمک می کند تا رفتار خود را تغییر دهد؟





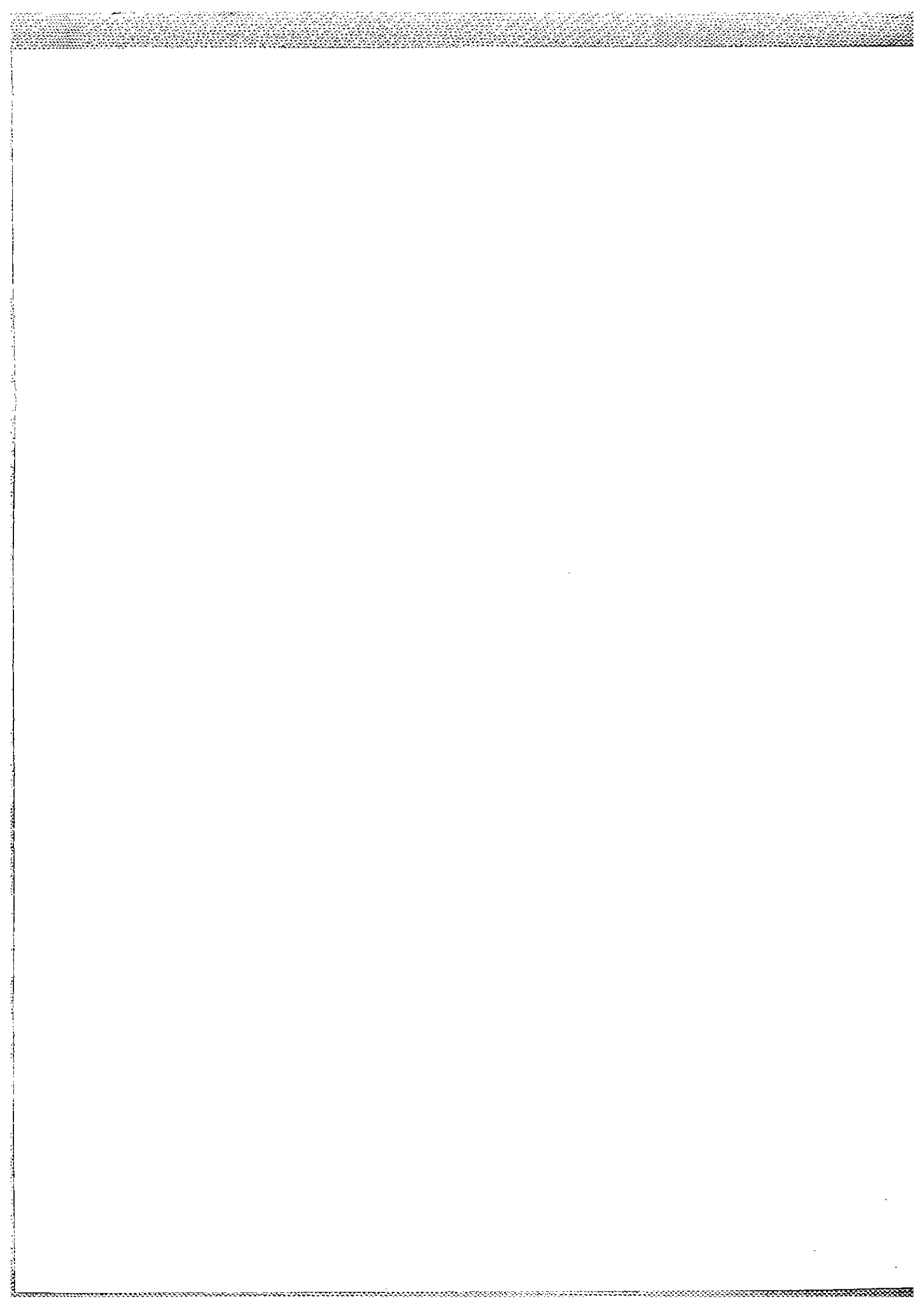
فصل سوم

## ارتباط

# بین سازه‌های مدل مراحل تغییر رفتار (SOC)

بعد از خواندن این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- چه ارتباطی بین مراحل و سازه‌های محوری SOC وجود دارد؟
- چه استراتژی‌هایی به پیشروی فرد در مراحل تغییر رفتار کمک می‌کند؟
- نقش انگیزش در پیشروی فرد در مراحل تغییر رفتار چیست؟

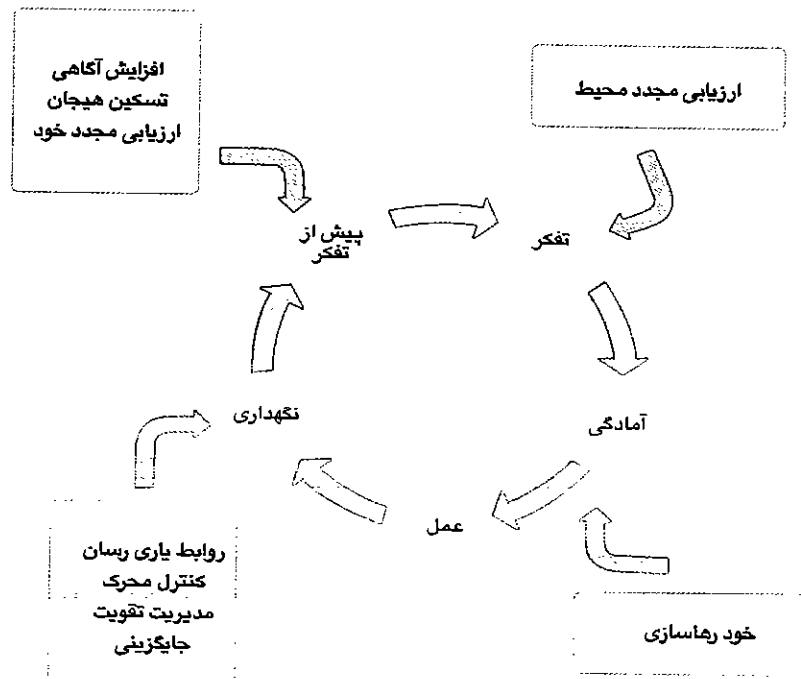


## مقدمه

هر کدام از سازه‌های محوری SOC در جمعیت‌های مختلف و در طیف وسیعی از رفتارهای گوناگون مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. به طور معمول، هنگامی که SOC بر روی رفتارهای جدید اعمال می‌شود، در فازهای ابتدایی آن، اندازه‌گیری و ارزیابی‌های اولیه آغاز می‌شود و سپس طراحی مداخله انجام می‌شود. برای طراحی برنامه‌های درمانی سودمند و کارآمد براساس مدل SOC، بررسی صحیح ارتباطات متقابل بین مراحل و سازه‌های محوری مدل بسیار ضروری می‌باشد. برای مثال، ارتباط متقابل بین مراحل و روندهای تغییر که در قلب مدل SOC هستند، حاکی از آن است که برخی روندها در برخی مراحل مهم‌تر و پررنگ‌تر می‌باشد (شکل شماره ۱). در این فصل ارتباط بین مراحل و سازه‌های محوری SOC شرح داده شده است.

## ارتباط متقابل بین مراحل و روندهای تغییر رفتار

مدل SOC پیشنهاد می‌کند که برای تغییر رفتار موفقیت‌آمیز، برنامه‌های تغییر باید براساس مرحله فعلی فرد طراحی و اجرا شوند. بدین منظور، شناسایی روابط نظام‌مند بین مراحل و روندهای تغییر اهمیت بالایی دارد (جدول شماره ۱). شکل شماره ۱ تقابل بین روندها و مراحل تغییر رفتار را نشان می‌دهد. تجارب نشان می‌دهند که در مراحل اولیه، افراد از روندهای ارزیابی، احساسی و شناختی برای پیشرفت به مراحل بالاتر استفاده می‌کنند. در حالی که، در مراحل بالاتر، افراد بیشتر از تعهدات، کنترل‌های محیطی و حمایت‌های اجتماعی استفاده می‌کنند. البته برخی اوقات از یک روند می‌توان در چند مرحله استفاده نمود و یکی از مسایل اساسی، نحوه ترکیب و یکپارچه سازی ۱۰ روند در میان ۵ مرحله می‌باشد. لذا روندهای تغییر نیازمند پژوهش‌های بیشتری می‌باشد و احتمالاً می‌توانند برای هر رفتار خاص، اختصاصی‌تر عمل کنند.



شکل شماره ۱. ارتباط متقابل بین مراحل و روندهای تغییر رفتار براساس SOC

برای کمک به فردی که تلاش می کند سیگار را ترک کند، دانستن این نکته ضروری است که وی برای ترک سیگار چقدر آمادگی دارد. فردی که حتی به ترک سیگار فکر هم نمی کند (مرحله پیش تفکر)، آمادگی دریافت اطلاعات در مورد روش های ترک سیگار را ندارد (روند افزایش آگاهی). در این مورد، تمرکز بر تکنیک های عملی ترک سیگار این پیام را می رساند که مراقب بهداشت به درستی به صحبت های بیمار خود گوش نداده است. این مسأله نه تنها باعث برهم زدن آرامش بیمار می شود بلکه باعث افزایش مقاومت وی در برابر تغییر رفتار و ترک سیگار نیز می گردد. درمان مرحله - محور و اختصاصی تری برای این فرد مورد نیاز است تا فرد در مورد ترک سیگار شروع به فکر کردن کند (مرحله تفکر). زمانی که فرد به مرحله تفکر رسید، راه کارها و روندهای مناسبی باید اتخاذ شوند تا فرد را به سمت مراحل بالاتر هدایت کنند.

جدول شماره ۱. تقابل بین مراحل و سازه های محوری SOC: چه فرایندی در چه زمانی به فرد کمک می کند تا در مراحل پیشروی کند؟

از پیش تفکر به تفکر	از تفکر به آماده سازی	از آماده سازی به عمل	از عمل به تداوم	تداوم داشتن/انجام
افزایش آگاهی	ارزیابی مجدد خود	خودکارآمدی	خودکارآمدی	خودکارآمدی
تسکین هیجان	ارزیابی مجدد محیط	خود رها سازی	خود رها سازی	خود رها سازی
ارزیابی مجدد خود	تحلیل سود و زیان	کنترل محرک	کنترل محرک	کنترل محرک
ارزیابی مجدد محیط	خود کارآمدی	جایگزینی	جایگزینی	جایگزینی
تحلیل سود و زیان	رها سازی اجتماعی	روابط یاری رسان	روابط یاری رسان	روابط یاری رسان
		مدیریت تقویت	مدیریت تقویت	مدیریت تقویت
				رها سازی اجتماعی

مربوط ترین روندها

### ارتباط متقابل بین مراحل تغییر رفتار و تحلیل سود و زیان

در مطالعات مختلفی روابط بین مراحل تغییر رفتار و تحلیل سود و زیان نشان داده شده است. نتایج این مطالعات چند قانون را معرفی کرده اند. اول، در مرحله پیش تفکر جوانب منفی تغییر رفتار معمولاً بیشتر از جوانب مثبت آن می باشد و عکس این موضوع در مرحله عمل صادق است. این موضوع نشان می دهد هر چه فرد نسبت به مسأله تغییر رفتار، تفکر مثبت تری پیدا کند و جوانب منفی تغییر رفتار در نظرش کاهش یابد، از مرحله ای به مرحله ای بالاتر پیش می رود. دوم، در ابتدای مرحله تفکر، تقابلی برابر بین جوانب مثبت و منفی رخ می دهد و سپس به تدریج بار جوانب مثبت در این مرحله بیشتر می شود. این امر نشان دهنده این است که در مرحله تفکر در نظر فرد جوانب مثبت تغییر رفتار بیشتر و جوانب منفی آن کمتر می شوند. این مطالعات نشان دادند که جوانب مثبت بین مرحله پیش تفکر و تفکر افزایش می یابد. همچنین، در گذر از مرحله تفکر به مرحله آماده سازی و عمل، جوانب منفی تغییر رفتار کاهش بیشتری پیدا می کنند. در مطالعات مختلف نشان داده شده است که برای پیشرفت از مرحله پیش تفکر به مراحل بالاتر، جوانب مثبت تغییر باید افزایش یابند، در حالیکه برای پیشرفت از مرحله تفکر، جوانب منفی باید کاهش بیشتری پیدا کنند. در نهایت می توان گفت که برای پیشرفت در میان مراحل ابتدایی و حتی مراحل انتهایی، افزایش جوانب مثبت مهم ترین جنبه در تشویق افراد است.

امین ۴۲ سال دارد و کارمند شرکتی خصوصی است. نامبرده مدتی است که در جلسات مشاوره سلامت شرکت می‌کند. در ابتدا او توسط مدیر شرکتی که در آن کار می‌کند به یک مرکز بهداشت حرفه‌ای معرفی شد زیرا مدیرش در مورد مصرف سیگار وی و تأثیر آن بر کارش نگران بود. امین در ابتدا در مورد ترک سیگار خود تردید داشت و در برابر ترک مقاومت می‌کرد. بعد از چند جلسه، به نظر می‌رسید که او از تأثیر مصرف سیگار بر زندگی خود آگاه شده است. وی اذعان می‌داشت که نمی‌خواهد به واسطه مصرف سیگار شغل خود را از دست بدهد، و این شاید بهترین فرصتی است که برای تغییر رفتار خود دارد. از طرف دیگر امین بیان می‌کرد که مصرف سیگار بخش مهمی از زندگی او را تشکیل می‌دهد به طوری که نمی‌داند چگونه بدون سیگار زندگی کند. امین در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار بوده است؟ در این شرایط کدام سازه‌های محوری SOC به شرایط امین کمک خواهد کرد تا بتواند سیگار را ترک کند؟

### اقدامات انجام شده

- با توجه به اینکه تا زمان اولین جلسه مشاوره، امین هیچ وقت به ترک سیگار فکر نکرده بود، لذا وی در مرحله پیش تفکر بوده است. در طی چند جلسه با افزایش اطلاعات وی در مورد مضرات سیگار، فواید ترک سیگار، تأثیر ترک سیگار بر روش زندگی خود و حتی اطرافیان و همچنین کمک به وی برای ارزیابی مجدد نگرش‌ها و اهداف خود در زندگی و تأثیر مصرف سیگار بر این عقاید و اهداف، امین توانسته وارد مرحله تفکر شود.
- در مرحله تفکر، وی همچنان برای ترک سیگار تردید داشت و این تردید ناشی از این بود که نمی‌توانست موازنه درستی بین فواید و ضررهای رفتار خود ترسیم کند. و این اتفاقی است که در مرحله تفکر بسیار شایع می‌باشد. با هدایت صحیح مشاور، امین موفق شد تا کفه فواید ترک سیگار را سنگین‌تر ببیند. او همچنین برای گذر از مرحله تفکر به مرحله آماده‌سازی و عمل، نزد مشاور برگه تعهد رفتاری را امضا کرد (نمونه در ضمایم موجود است).
- در نهایت بعد از گذشت ۹ ماه امین موفق شد تا سیگار را از زندگی‌اش حذف کند. او می‌گفت که دیگر در انتهای روز و در مهمانی‌ها به همراه دوستانش سیگار مصرف نمی‌کند. او به این موضوع اشاره می‌کرد که گاهی اوقات این مسئله برایش سخت است اما در خود تعهدی برای ترک سیگار حس می‌کند.
- جمع‌بندی در مورد سازه‌های SOC در این مورد نشان می‌دهد، مراجعه‌کننده بیشترین سود را از سازه تحلیل سود و زیان برده است و همچنین با مشاوره دقیق و پیگیری‌های مشاور سلامت، از روندهای تغییر به درستی استفاده کرده؛ به گونه‌ای که از مرحله ۱ به مرحله ۴ انتقال یافته است که موفقیت قابل توجهی است. هر چند سازه خودکارآمدی هم در ایشان تقویت شده، اما به نظر می‌رسد تقویت خودکارآمدی برای انتقال به مرحله بعد و جلوگیری از بازگشت به سیگار مهم‌ترین چالش پیش‌روی امین خواهد بود.

### ارتباط متقابل بین مراحل تغییر رفتار و خودکارآمدی

علاوه بر ملاحظات مربوط به تحلیل سود و زیان، شاخص دوم که جزئی اساسی در تغییر رفتار موفقیت‌آمیز محسوب می‌شود، افزایش اعتماد فرد بر توانایی تغییر کردن است. مطالعات حوزه سوء مصرف الکل و بیماران معتاد به سیگار نشان داده است که افرادی که به مرحله عمل نزدیک هستند، نسبت به افراد مراحل پایین‌تر حس و سوسه کمتری برای مصرف و اطمینان بیشتری برای ترک کامل دارند. در مثال دیگری، تفاوت بین میزان سوسه شدن فرد برای مصرف و اطمینان فرد به ترک کامل، عامل مؤثری بر ترک یا عدم ترک کامل در سه سال آینده بوده است. علاوه بر این، افزایش سوسه شدن و کاهش حس اطمینان که با عنوان خطر عود نشان داده می‌شود، ابعاد مختلف عود یا پسرفت را پیش‌بینی کرده است که شامل زمان اولین مصرف، تعداد دفعات مصرف و تعداد روزهای مصرف می‌شود.

## مراحل و سازه های تغییر رفتار در یک نما

در نهایت با توجه به آنچه که در مورد ارتباط متقابل بین مراحل و سازه های محوری تغییر رفتار بیان شد، جدول شماره ۱ ارتباط متقاطع بین مراحل، روندهای تغییر، تحلیل سود و زیان و خودکارآمدی را در نمایی کلی نشان می دهد. چنانچه با دقت به جدول نگاه کنید، متوجه می شوید برخی متغیرها در بیش از یک مرحله حضور دارند. لازم به ذکر است که از این جدول باید به عنوان راهنمایی برای پیشروی فرد در مراحل تغییر رفتار استفاده شود نه یک قانون غیرقابل تغییر.

توجه داشته باشید که مرحله تفکر مرحله ای حیاتی است. اگر فرد به مرحله تفکر رسیده، به این معناست که اکنون به دلایل مختلف، به رفتار ناسالم خود به طرز متفاوتی نگاه می کند. لذا بودن در این مرحله، زمانی است که فرد به راحتی توسط احساس هایی مانند حس گناه، ناامیدی و درماندگی احاطه می شود. کمک کردن به فرد برای اینکه به نقطه ای برسد که در مورد خودش تصویر ذهنی بهتری پیدا کند بسیار ضروری و حیاتی می باشد. زیرا این مسأله، جاده تغییر رفتار را برای فرد هموار می کند. در غیر این صورت ممکن است به علت حس درماندگی، فرآیند تغییر رفتار را نیمه کاره رها کند.

## پیشروی در مراحل

جدول شماره ۱ کاربردهای مهم برای طراحی برنامه های درمانی را ارائه می دهد. همانگونه که در بخش قبلی بیان شد، از روندهای مهمی که در مراحل ابتدایی برای پیشروی در فرآیند تغییر رفتار اهمیت دارند، افزایش آگاهی و ارزیابی مجدد خود می باشد که باعث افزایش اطلاعات و نگرانی در فرد می شود. اکثر برنامه ها و مداخلات درمانی با تلاش در جهت بالا بردن سطح آگاهی فرد درباره رفتار ناسالم آغاز می شود، اما متأسفانه در همین نقطه به پایان می رسد. مطالعات نشان داده است که زمانی که فردی نسبت به رفتار ناسالم خود آگاهی پیدا می کند، این نکته نیز حائز اهمیت است که وی جوانب مثبت و منفی رفتار ناسالم خود را در نظر بگیرد و تصمیم فاطعانه ای برای تغییر رفتار اتخاذ کند. در روند «ارزیابی مجدد خود» فرد در مورد چگونگی تأثیرات رفتار ناسالم بر زندگی اش شروع به اندیشیدن می کند. سپس با استفاده از روند «رهاسازی اجتماعی» فرد چگونگی حمایت محیط و جامعه را از تغییر رفتار و جایگزینی رفتارهای سالم تر بررسی می کند. همچنین در این نقطه، افراد اغلب به تدریج این نکته را در نظر می گیرند که چگونه رفتار ناسالم شان با ارزش های شخصی تضاد دارند و حتی به این نکته فکر می کنند که چگونه زندگی شان ممکن است با تغییر رفتار، دگرگون شود. به علاوه، از طریق روند «ارزیابی مجدد محیط» فرد در مورد چگونگی تأثیر تغییر رفتار خود بر اطرافیان فکر می کند و اطلاعات خود را افزایش می دهد. بنابراین، هر کدام از روندهای مورد استفاده در مراحل ابتدایی با همدیگر ارتباط دارند و مجموعاً برای عبور فرد از مراحل ابتدایی به مراحل بعدی از اهمیت بالایی برخوردار هستند. لازم به ذکر است در حالی که روند «رهاسازی اجتماعی» در مراحل ابتدایی اهمیت دارد، در مراحل انتهایی نیز کاربرد دارد.

در مرحله تفکر، روند «رهاسازی اجتماعی» نقش خود را زمانی ایفا می کند که افراد به روش هایی توجه می کنند که جامعه رفتار ناسالم را با رفتارهای سالم تر جایگزین می کند. در مرحله عمل و تداوم، افراد اغلب تلاش می کنند که خود دست به کار شوند و محیط اجتماعی اطراف را در جهتی که تغییر رفتارشان را حمایت کند، تغییر دهند. در حالی که، روندهای مراحل ابتدایی نسبتاً جدا از هم هستند، ۳ روند از روندهای مراحل انتهایی، به نام های کنترل محرک، جایگزینی و مدیریت تقویت اغلب با همدیگر عمل می کنند. برای اهداف مداخله ای کارآمد، مهم است که بدانیم چگونه این ۳ روند با همدیگر در ارتباط هستند.

روندهای کنترل محرک، جایگزینی و مدیریت تقویت به طور نظری رفتار را به مثابه پدیده ای در نظر می گیرند که به میزان زیادی توسط محیط کنترل می شود. مصرف کنندگان مواد مخدر، الکل و سیگار اغلب مثال های فراوانی از موقعیت ها، تجارب، افراد و مکان ها گزارش می کنند که میل فراوانی برای مصرف مجدد در آنها ایجاد کرده اند و در نهایت به صورت تکانشی باعث انجام رفتارهای ناسالم

در آنها شده‌اند. روند کنترل محرک، تلاش می‌کند تا محرک‌ها را در محیط تغییر دهد. دوری کردن از افراد، مکان‌ها و فعالیت‌هایی که عود رفتار ناسالم را تحریک می‌کنند، مثال‌های خوبی از هدف این روندها می‌باشد. روند جایگزینی، در جهت تغییر پاسخ‌ها و عکس‌العمل‌ها در برابر یک محرک تلاش می‌کند. برای مثال، اضطراب و خستگی اغلب ممکن است به صورت تکانشی بازگشت به رفتار ناسالم را تحریک کنند. پاسخی سالم‌تر به این محرک‌ها این است که فرد تمرینات آرام‌سازی، مدیتیشن، یوگا و تمرینات ذهنی انجام دهد تا نحوه مدیریت شرایط استرس‌زا را یاد بگیرد.

همانگونه که قبلاً نیز بیان شد، روند تغییر رفتاری که به صورت مستقیم بر عواقب رفتار تمرکز می‌کند «مدیریت تقویت» نام دارد. این روند تلاش می‌کند تا تقویت‌کننده‌هایی که عود رفتارهای ناسالم را تحریک می‌کنند و لذت آن را در نظر فرد افزایش می‌دهند، تغییر دهد. تشویق خود (کلامی و غیرکلامی)، در صورت انجام ندادن رفتاری ناسالم در شرایط سخت، مثالی از خودمدیریتی است. علاوه بر این، نتایج مثبت تغییر رفتاری خاص، ممکن است تقویت‌کننده تغییر رفتار باشد. گاهی اوقات، ممکن است افراد محرکی که باعث عود رفتاری ناسالم می‌شود را تغییر دهند مانند اینکه فرد معتاد، مواد مخدر موجود در منزلش را دور بریزد. ولی شاید دوری کردن از برخی محرک‌ها مانند سیگار که اطرافیان مدام از آن استفاده می‌کنند، سخت و چالش‌برانگیز باشد. در این گونه موارد، پاسخ کارآمد شاید این است که به جای تغییر دادن محرک، افراد نحوه پاسخ به این محرک‌ها را تغییر دهند (روند جایگزینی). در این روش افراد با استفاده از روند جایگزینی، پاسخ‌های درونی خود به محرک را تغییر می‌دهند (مانند افکار و احساسات) و یا زمانی که پاسخ‌های درونی تحریک شده‌اند، پاسخ‌های بیرونی خود را تغییر می‌دهند و جایگزین می‌کنند. به طور خلاصه، استراتژی‌های تغییر رفتار در روند جایگزینی شامل، مدیریت محرک‌های تکانشی، جایگزینی رفتارها و پاسخ‌های جدید و توسعه تقویت‌کننده‌ها در جهت رفتارهای سالم می‌باشند. شکل شماره ۲ نشان می‌دهد که چگونه این روندهای رفتاری کار می‌کنند.

اگرچه این ۳ روند به طور جداگانه توضیح داده شده‌اند و استراتژی‌های درمانی‌ای وجود دارند که به طور جداگانه هر کدام را ارائه می‌دهند، ولی اکثر مداخلات ۲ یا ۳ روند از این روندها را در ترکیب با هم استفاده می‌کنند. دو روند رفتاری بعدی در مراحل انتهایی، به نام خود-رهاسازی و روابط یاری‌رسان شامل پذیرفتن مسئولیت تغییر رفتار، تعهد دادن، اجرای فعالیت‌های مربوط به تغییر و استفاده از حمایت دیگران در جهت تغییر رفتار می‌باشند. این تعهد و اطمینان از حمایت شدن، برای هدایت فرد به سمت مراحل آخر و تداوم موفقیت، ضروری می‌باشند.



شکلی شماره ۲. ارتباط ۳ روند کنترل محرک، جایگزینی و مدیریت تقویت.

بین روندهایی که توسط مراجع برای پیشروی در مراحل استفاده می کند و تکنیک ها یا استراتژی هایی که مشاور جهت فعال کردن این روندها به کار می گیرد، تفاوت مهمی وجود دارد.

• روندها، مکانیسم هایی هستند که به وسیله آنها، فرد ممکن است به طور موفقیت آمیزی وظایف خود را در هر مرحله به انجام برساند.

• تکنیک ها و استراتژی ها، مکانیسم هایی هستند که مشاور برای پیشروی در مراحل و فعال کردن روندها در فرد مورد نظر پیشنهاد می کند.

برای مثال، آموزش آرام سازی فردی در مواجهه با محرک های استرس زا (تنفس عمیق) باعث فعال سازی روند «جایگزینی» در شرایط استرس زا می شود. به طور مشابهی، آموزش سطوح خطرناک مصرف مشروبات الکلی می تواند باعث فعال سازی روندهای ارزیابی مجدد خود و محیط در فرد شوند. بازخورد دادن چیزی است که فرد مشاور ارائه می دهد و ارزیابی مجدد خود، چیزی است که مراجع انجام می دهد. برای هر روند، ممکن است ده ها تکنیک وجود داشته باشد که می توانند به طور مؤثری روندهای مؤثر را در فرد فعال کنند.

### نقش انگیزش در تغییر رفتار

پایبندی و عدم پایبندی جزو ویژگی های شخصی محسوب می شوند و برای پایبندی افراد به اصول و برنامه های تغییر رفتار، راهکارهایی مناسب مورد نیاز است. انگیزش عاملی کلیدی در تغییر رفتار موفقیت آمیز است و در مستندات مختلف نشان داده شده است که انگیزش باعث پایبندی به درمان های طولانی مدت می شود. در این قسمت روش هایی ارائه و معرفی می شوند که در بررسی انگیزش و کمک به افزایش آن در افراد بزرگسال برای انجام برنامه های تغییر رفتار، سودمند می باشند. برای این منظور دو مدل وجود دارد؛ یکی آمادگی برای تغییر و دوم مصاحبه انگیزشی. می توان از این تکنیک ها در فرآیند تغییر رفتار که بحث اصلی این کتاب می باشد، استفاده کرد.

### آمادگی برای تغییر

همانطور که به طور مفصل در فصل قبل صحبت کردیم، تغییر رفتار یک اتفاق واحد نیست، بلکه فرآیندی تقریباً پیچیده است که مراحل مختلفی دارد. بنابراین سؤالی که به افراد کمک می کند تا میزان آمادگی خود برای تغییر رفتار را ارزیابی کنند ممکن است به سادگی این سؤال باشد: آیا شما حاضر هستید که برای تغییر شرایط فعلی خود درمانی دریافت کنید؟

میزان آمادگی فرد برای تغییر رفتار ممکن است توسط مقیاس های کمی سنجش شوند. برای مثال از فرد درخواست می شود تا میزان آمادگی خود را برای تغییر شرایط فعلی اش و شروع رفتارهایی مانند رعایت رژیم غذایی مناسب و شروع ورزش، از ۱ تا ۱۰ نمره بدهد.

دو عامل مهم و اساسی «اهمیت» و «خودکارآمدی» در میزان آمادگی فرد برای تغییر رفتار تأثیر گذار هستند. اهمیت، توسط میزان ورزشی که فرد برای تغییر رفتار خود قائل است، تعیین می شود. خودکارآمدی نیز، شامل اطمینان فرد به توانایی خود برای تغییر موفقیت آمیز رفتار می باشد. افراد ممکن است سطوح مختلفی از اهمیت و خودکارآمدی را از خود نشان دهند که این موضوع به نوع رفتار سلامت بستگی دارد. برای مثال فردی که دارای اضافه وزن است ممکن است اهمیت کاهش وزن را بداند ولی بر اساس تجارب



و شکست های قبلی، توانایی یا اطمینان کمی برای انجام این مهم در خود ببیند. واضح است که هرگونه نقص در دیوار «اهمیت» و یا «خودکارآمدی» ممکن است باعث شود فرد تمایلی برای تعهد دادن و پایبندی به تغییر رفتار نداشته باشد. قانون «آمادگی برای تغییر» برای ارزیابی سریع فرد استفاده می شود تا نشان دهد وی در کجای پیوستار «عدم آمادگی» و «آمادگی کامل برای تغییر رفتار» قرار دارد. همچنین این قانون موانع شناسایی شده تغییر رفتار را برطرف می کند. این مدل همچنین پیش زمینه ای است برای مدل بعدی که مصاحبه انگیزشی نام دارد.

### مصاحبه انگیزشی

مصاحبه انگیزشی رویکردی است که اولین بار در مطالعات اعتیاد به منظور افزایش پایبندی به درمان، استفاده شد. این مدل یک روش ارزیابی و همچنین یک راهکار درمانی می باشد. مصاحبه انگیزشی میزان آمادگی فرد را برای مشارکت در رفتاری هدفمند مانند ترک سیگار تعیین می کند؛ سپس بر اساس میزان آمادگی، برای ایجاد تغییرات مطلوب، راهکارها و مهارت های اختصاصی پیشنهاد می دهد. مصاحبه انگیزشی روشی مستقیم و فرد محور با هدف افزایش انگیزش درونی از طریق بررسی و برطرف کردن مقاومت ها و دمدمی مزاج بودن فرد می باشد. در شرایط معمول افراد ممکن است به راحتی پیشنهادات را نادیده بگیرند یا کلی دلیل بیاورند که تغییرات پیشنهاد شده امکان پذیر نیستند. اما مصاحبه انگیزشی با ماهیت مشارکتی خود به ایجاد ارتباط در یک فضای بین فردی مثبت کمک می کند.

در مصاحبه انگیزشی، هدف کلی این است که انگیزش درونی فرد افزایش یابد به طوری که تصمیم به تغییر رفتار از درون فرد آغاز شود، نه اینکه از بیرون به فرد تحمیل شود. در واقع در مصاحبه انگیزشی مسئولیت تغییر رفتار بر عهده خود فرد گذاشته می شود. بسیار مهم است که فرد مورد نظر دریابد که شخصاً نیاز به تغییر رفتار دارد و اثرات تغییر رفتار در زندگی شخصی خودش بازتاب خواهد داشت و نه در زندگی فرد مشاور یا مراقب بهداشت. بنابراین، در مصاحبه انگیزشی تغییر رفتار بحث می شود ولی دیکته نمی شود.

### اصول مصاحبه انگیزشی

در مصاحبه انگیزشی به منظور فراهم کردن بستری مناسب برای تغییر رفتار، از تعدادی تکنیک فرد محور استفاده می شود. به طور کلی ۶ اصل مهم در مصاحبه انگیزشی وجود دارد. این اصول الزاماً به ترتیبی که در زیر به شرح آن می پردازیم اعمال نمی شوند ولی استفاده تمامی این اصول در سراسر مصاحبه ضروری است.

#### ۱. موازی بودن با مقاومت

مقاومت در برابر تغییر رفتار، شکل های مختلفی دارد مانند نفی کردن، سرزنش کردن، بهانه آوردن، کم اهمیت جلوه دادن، بحث کردن، نادیده گرفتن و به چالش کشیدن موضوع. در مصاحبه انگیزشی فرد مشاور یا مراقب بهداشت نباید به صورت مستقیم در برابر مقاومت فرد بایستد، در عوض باید با آن بچرخد و یا با آن جریان داشته باشد. مواجهه و مقابله مستقیم با مقاومت فرد، موانع عدیده ای ایجاد می کند که فرد را از مسیر تغییر رفتار دورتر می کند. مراقب بهداشت باید در مصاحبه انگیزشی، مقاومت فرد را انتظار داشته باشد و آن را نتیجه ای منفی قلمداد نکند. در واقع فردی که مقاومت می کند در حال فراهم کردن اطلاعات برای مراقب بهداشت در مورد عواملی است که پایبندی به تغییر رفتار را تسهیل یا کمرنگ می کنند. بنابراین، چرخش یا موازی بودن با مقاومت فرد شامل اجازه دادن به مشارکت فعال وی در روند حل مسأله تغییر رفتار است.

مقاومت فرد ممکن است نشان دهنده این باشد که وی اطلاعات جدید را باور ندارد. در این حالت مراقب بهداشت باید اطلاعات

جایگزین دیگری را امتحان کند و راه حل های جدید را جستجو کند. جستجو کردن اطلاعات و راه حل های جایگزین جدید ممکن است فرد را به طور جدی در مسیر تغییر رفتار به سمت جلو، هدایت کند.

## ۲. همدلی کردن

توانایی همدلی کردن مراقب سلامت از نکته های اساسی و محوری مصاحبه انگیزشی است، زیرا در مصاحبه انگیزشی ایجاد و نگه داشتن آرامش فرد ضروری است. این موضوع نیازمند گوش دادن ماهرانه برای درک احساسات و نقطه نظرهای فرد بدون قضاوت کردن، نقد کردن، یا سرزنش کردن وی است. پذیرش و احترام به عقاید فرد، باعث ایجاد رابطه ای مؤثر بین مراقب بهداشت و مراجع می شود و عزت نفس فرد را برای تغییر رفتار افزایش می دهد. همدلی کردن نشان می دهد که مراقب بهداشت، نقطه نظرات فرد را درک می کند و این موضوع باعث می شود پایه ای اساسی برای مشارکت فرد در روند تغییر رفتار، ایجاد شود. و این موضوع باعث می شود فرد برای تغییر رفتار مشارکت اساسی داشته باشد.

## ۳. خودداری از بحث کردن

مقاومت فرد در برابر تغییر، به میزان زیادی تحت تأثیر پاسخ ها و واکنش های مراقب بهداشت است. بنابراین، مراقب بهداشت باید از هرگونه بحث کردن پرهیز کند. مقابله مستقیم معمولاً باعث واکنش های دفاعی و افزایش مقاومت فرد برای تغییر می شود. مقاومت کردن نشانه این است که مراقب بهداشت باید به جای بحث کردن، راهکارهای خود را تغییر دهد. تأکید مصاحبه باید بر این باشد که به فرد کمک شود تا مشکلات شناختی خویش را شناسایی کند، نه اینکه فرد در طی مصاحبه مجازات شود.

## ۴. ایجاد اختلاف

این اصل بر اساس این مفهوم بوجود آمده که انگیزش مورد نیاز برای تغییر کردن زمانی ایجاد می شود که فرد اختلافی بین رفتار فعلی و اهداف مهم شخصی خود پیدا کند. این موضوع اغلب شامل شناسایی و شفاف سازی اهداف شخصی فرد می باشد. این اهداف باید مختص خود فرد باشند نه مراقب بهداشت، در غیر این صورت فرد احساس خواهد کرد که روند تغییر رفتار به او تحمیل شده است و در برابر تغییر رفتار مقاومت می کند. بنابراین هدفی مهم در مصاحبه انگیزشی این است که به فرد کمک شود تا این اختلاف را شناسایی و تقویت کند. تکنیک های متعددی وجود دارند که ممکن است به فرد کمک کند تا این اختلاف را احساس کند. یک تکنیک این است که از فرد بپرسیم از نظری، در مورد رفتارش چه چیزهای مثبت یا منفی وجود دارد. سنجیدن این جوانب منفی و مثبت به ایجاد و توسعه اختلاف کمک می کند. زمانی که این کار ماهرانه انجام شود، مصاحبه انگیزشی باعث می شود درک فرد از این اختلاف، بدون حس تحت فشار بودن یا مجبور بودن، بالا برود.

## ۵. حمایت از خودکارآمدی

خودکارآمدی، احساس اطمینان به توانایی فرد برای انجام موفقیت آمیز رفتار مورد نظر می باشد. هدف کلی مصاحبه انگیزشی، این است که اطمینان فرد نسبت به توانایی خود جهت موفقیت در روند تغییر رفتار و غلبه بر موانع افزایش پیدا کند. مراقبین بهداشت می توانند از خودکارآمدی فرد با شناسایی گام های مثبت کوچکی که فرد برای تغییر رفتار به آنها نیاز دارد، حمایت کنند. از طریق عبارت های حمایتی ساده ای مانند: «خیلی خوبه که مشتاقی اطلاعات در مورد تغذیه سالم بیشتر بشه»، و نیز مشخص کردن و تعیین اهداف منطقی و دست یافتنی ای که فرد به راحتی می تواند آنها را انجام دهد، می توان اعتماد به نفس و خودکارآمدی فرد را افزایش داد. مهم است که خود فرد نیز در تعیین اهداف مشارکت فعال داشته باشد. برای مثال برای فردی با اضافه وزن که از لحاظ فیزیکی نیز غیرفعال است، حتی ایجاد یک برنامه ورزشی ۱۰ دقیقه ای دو بار در هفته گامی کوچک ولی مؤثر محسوب می شود. برای چنین فردی دیدن اینکه می تواند این گام کوچک را بردارد باعث ایجاد انگیزه بیشتر برای ادامه روند تغییر رفتار می شود. در نهایت، ذکر این نکته مهم است که مراقبین بهداشت باور داشته باشند که فرد می تواند به هدف تعیین شده دست یابد. این باور مراقب بهداشت ممکن است اثر قدرتمند مثبتی بر نتیجه کار داشته باشد.

## ۶. استخراج اطلاعات، فراهم کردن راهکارها و استخراج مجدد اطلاعات

منبع اصلی راهکارها برای یافتن راه حل جهت تغییر رفتار، خود فرد است و نه مراقب بهداشت. برای اینکه فرد مسئولیت سلامت خود را بر عهده بگیرد، نیاز است که در جلسات بطور فعال شرکت داشته باشد. مصاحبه انگیزشی در روند پیوسته از مفاهیم کلی استخراج، فراهم کردن راهکار و استخراج مجدد اطلاعات استفاده می‌کند. استخراج اطلاعات از فرد باعث می‌شود که مراقب بهداشت بتواند نگرش‌ها، عقاید، ارزش‌ها و آمادگی فرد را برای تغییر بهتر درک کند. مراقب بهداشت به دقت گوش می‌کند که فرد چه چیزی می‌گوید و در صورت نیاز شفاف سازی می‌کند که به چه اطلاعات بیشتری نیاز دارد. این موضوع باعث ایجاد رابطه مشارکتی فعال و توسعه همدلی می‌شود. اطلاعات استخراج شده ممکن است به ایجاد حس اختلاف در فرد کمک کند. سپس مراقب بهداشت، اطلاعات مورد نیاز خود را به فرد می‌گوید و دوباره از فرد اطلاعات می‌گیرد. این روند پیوسته، کمک می‌کند تا حد زیادی به نگرانی‌ها و سؤالات فرد در مورد روند تغییر رفتار پاسخ داده شود.

## مطالعه موردی

خانم حمیدی ۳۲ ساله و مبتلا به دیابت نوع ۲ است. وی از بیماری خود متنفر است و از گفته‌های پزشکان که به او می‌گویند «قند خونت خیلی بالاست»، بسیار ناراحت و عصبانی می‌شود. از نظر دکتر سعید نژاد، پزشک خانوادگی خانم حمیدی، ایشان باید رژیم غذایی خاصی را رعایت کنند و به طور منظم در یک برنامه ورزشی و فعالیت بدنی شرکت کنند. از آنجایی که خانم حمیدی هیچ کدام از این توصیه‌ها را رعایت نمی‌کند، دکترش احساس نگرانی می‌کند و در انتهای جلسه مشاوره، مجبور می‌شود تا او را شدیداً به دلیل نداشتن خودمراقبتی، سرزنش کند و اظهار کند که مجبور است او را به یک روانشناس ارجاع دهد. خانم حمیدی از نظر مراحل تغییر رفتار در چه مرحله‌ای است؟ چه مشکلی در برخورد دکتر سعید نژاد وجود دارد و چگونه، مصاحبه انگیزشی می‌تواند به دکتر کمک کند تا بتواند خانم حمیدی را در اتخاذ تصمیم‌های درست یاری کند؟

## اقدامات انجام شده

- پس از مشورت با یکی از همکاران روانپزشک، دکتر سعید نژاد متوجه شد که با رعایت کردن اصول مصاحبه انگیزشی ممکن است تأثیر بیشتری بر خانم حمیدی داشته باشد.
- دکتر ابتدا از رویکرد مراحل تغییر رفتار استفاده کرد تا بتواند ارتباطی مؤثر با خانم حمیدی برقرار کند زیرا متوجه شده بود که مشکل اصلی خانم حمیدی این است که در مرحله پیش تفکر گیر کرده و مقاومت بالایی برای گذر از این مرحله دارد. در واقع بیمار به تغییر نگرش در مورد بیماری، تغییر در رژیم غذایی و تغییر در رفتار فعالیت بدنی نیاز داشت.
- برای کمک به خانم حمیدی برای پیشروی از مرحله پیش تفکر به مرحله تفکر و آماده سازی، دکتر سعید نژاد توانست با تکنیک عدم مقاومت در برابر اظهارات و احساسات خانم حمیدی، از ایشان بپرسد که چرا وی از دیابت متنفر است و در این مورد چه چیزی او را به بیشترین میزان اذیت می‌کند. او با به کارگیری تکنیک‌های ارتباط مؤثر و شنونده فعال، با دقت به صحبت‌های خانم حمیدی گوش می‌داد (با اصلاح زبان بدنی و ارتباط چشمی صحیح)؛ نشان می‌داد که احساسات او را درک می‌کند (با بیان این که حس شما را کاملاً می‌فهمم) و از بحث کردن با ایشان خودداری می‌کرد.
- سپس، دکتر توانست با خانم حمیدی در مورد اهداف و آرزوهای آینده وی، و تأثیر دیابت بر این اهداف و آرزوها صحبت کند. در این مرحله به نظر می‌رسید که تا حدودی از مقاومت خانم حمیدی برای تغییر رفتار کاسته شده بود.
- پرسیدن سؤالات با انتهای باز مانند اینکه «به نظر خودت زندگی با و بدون دیابت چگونه است؟»، گوش دادن همدلانه و جلوگیری از هرگونه قضاوت کردن، به دکتر کمک کرد تا بتواند اعتماد خانم حمیدی را جلب کند و فرصتی برای وی فراهم کند تا بتواند جنبه‌های مثبت و منفی تصمیم‌های خود را بسنجد (موازنه تصمیم‌گیری).
- در نهایت خانم حمیدی توانست بعد از ۹ جلسه مصاحبه انگیزشی وارد مرحله تفکر و سپس مرحله آماده سازی شود.

کلید تغییر کردن، منطبق بودن مرحله و روندهای به کار گرفته شده می باشد. زمانی که مطمئن باشیم فرد در چه مرحله ای قرار دارد، می توانیم از طریق تکنیک های بی شماری، روندهای مناسب را در فرد مورد نظر فعال کنیم تا بتواند به طور موفق از مرحله ای به مرحله دیگر گذر کند. جالب است که گاهی مشاور، روندهای کارآمد و مؤثر هر مرحله و استراتژی های سودمند را از زبان خود فرد خواهد شنید. برای مثال، زمانی که افراد در مورد اتفاقات اخیر که آنها را ناراحت کرده و باعث شده تصمیم به تغییر رفتار بگیرند، صحبت می کنند، روندهای ارزیابی مجدد خود و محیط، بطور واضح خود را در صحبت ها نشان می دهند و بنابراین مشاور می تواند از مهارت های افزایش انگیزه برای وسعت بخشیدن به این روندها استفاده کند. همانگونه که مشاور در فهمیدن و دیدن این روندها و چگونگی ارتباط این روندها با مراحل تغییر، تجربه بیشتری کسب می کند، در گذر از یک مرحله به مرحله دیگر قادر خواهد بود که مشکل بیمار را بیشتر و مؤثرتر حل کند.

#### تمرین

۱. علی ۳۵ سال دارد و بعد از ۴ سال سیگار کشیدن، ۱۰۲ روز است که سیگار نکشیده است. او به شما مراجعه کرده و از این بابت بسیار مفتخر است که در این مدت هیچ سیگاری نکشیده است. او از شما درخواست راهکارهای مؤثر برای ادامه روند ترک سیگار خود دارد.

• او در چه مرحله ای از تغییر رفتار قرار دارد؟

• فیدبک شما به ترک سیگار وی و موفقیت وی در این زمینه چگونه باید باشد؟

• چه راهکارها و روندهایی به علی کمک خواهد کرد تا ترک سیگار خود را تداوم بخشد؟

۲. خانم ۴۲ ساله ای که از اهالی روستایی در شمال کشور است به علت تنگی نفس در هنگام شالیکاری به شما مراجعه کرده است. او تک والد دو فرزند می باشد که هزینه زندگی خود را از راه کار در شالیزار تأمین می کند. بعد از فوت همسرش، او به مدت ۱۰ سال است که سیگار مصرف می کند و در ظرف یک سال گذشته روزانه نصف بسته سیگار کشیده است. به گفته خودش او این کار را از پدر و همسرش یاد گرفته است. در همان جلسه اول اقرار می کند که او تا به حال هیچ وقت به ترک سیگار فکر نکرده است. او در حال حاضر فقط نگران این موضوع است که وقتی برای مریض شدن ندارد و باید هزینه مخارج خانواده خود را در بیاورد.

• او در چه مرحله ای از تغییر رفتار قرار دارد و افراد در این مرحله چه ویژگی هایی دارند؟

• بر چه نوع اطلاعاتی در این مرحله باید تأکید شود؟

• چه روندهایی به ایشان کمک می کند تا از مرحله ای که در آن قرار دارد قدم بردارد و به مرحله بعدی وارد شود؟

۳. دختر ۳۴ ساله و مجردی به شما مراجعه می کند که ۲۵ کیلو اضافه وزن دارد. او بیان می کند که به خوبی می داند باید وزن کم کند ولی هنوز قدمی در این راه برنداشته است و هنوز غذاهای پر کالری مصرف می کند و ورزش نمی کند. ایشان فردی باهوش به نظر می رسد ولی اظهار می کند که از خود و نحوه زندگی اش خسته شده است زیرا نمی تواند آنچه را که باید انجام دهد. اخیراً یکی از دوستانش عمل لیپوساکشن انجام داده و ۱۰ کیلوگرم وزن کم کرده، اما او از عمل جراحی می ترسد و در حال حاضر دقیقاً نمی داند باید چه کار کند.

• او در چه مرحله ای از تغییر رفتار قرار دارد و افراد در این مرحله چه ویژگی هایی دارند؟

• چه سازه ای از سازه های محوری مدل SOC می تواند بیشترین کمک را به ایشان برای تغییر رفتار بکند؟

• چه روندهایی به ایشان کمک می کند تا از مرحله ای که در آن قرار دارد قدم بردارد و به مرحله بعدی وارد شود؟

فصل چهارم

## کاربردهای مدل مراحل تغییر رفتار (SOC)

پس از خواندن این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- مدل SOC چه کاربردی در طراحی کمپین‌های سلامت دارد؟
- مدل SOC چه کاربردی در طراحی مداخلات هدفمند و سفارشی شده دارد؟
- مدل SOC چه محدودیت‌هایی دارد؟



## مقدمه

مدل SOC قادر است در حوزه طراحی مداخلات کارآمد و مبتنی بر دانش، و همچنین طراحی پیام‌های مرتبط با سلامت، پیشنهاد‌های متنوعی ارائه دهد. مهم‌ترین نکته، این رویکرد تأکید می‌کند که تغییر رفتار، روندی گام به گام و پیچیده است که بلافاصله پس از برگزاری کمپین‌های سلامت یا ارائه مداخله‌ای انفرادی اختصاصی ایجاد نمی‌شود. بنابراین، جای تعجب نیست که بسیاری از محققین اظهار می‌دارند که SOC نه تنها برای ایجاد پایه‌ای اساسی برای پیام‌های کمپین‌ها و مداخلات ضروری است، بلکه برای ارزیابی تأثیر این مداخلات نیز ارزشمند می‌باشد.

## کاربرد مدل SOC در طراحی مطالعات

مطالعات گسترده‌ای که درباره SOC انجام شده است، نشان می‌دهد مراحل و سازه‌های محوری SOC توانسته است در سطح مقطعی و همچنین طولی، رفتارهای مختلف سلامت را پیش‌بینی کند. مطالعاتی که در مورد مداخلات مبتنی بر SOC انجام شده بیشتر بر موضوع ترک سیگار، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی متمرکز بوده است. البته اخیراً، مطالعات کارآزمایی بالینی، کاربرد این مدل در مدیریت استرس، وابستگی به دارو و جلوگیری از بزهکاری را نیز بررسی کرده‌اند. به علاوه، بررسی کاربردهای SOC در ترک الکل، استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری، اهدای عضو و تغییر رفتارهای چندگانه نیز به طور روزافزون در حال انجام و مطالعه می‌باشد. جالب اینکه مدل SOC در بسیاری از موقعیت‌ها مانند کلینیک‌ها، منازل، اماکن مذهبی، مدارس، دانشگاه‌ها، جوامع و محل‌های کار اعمال شده است. با وجود اینکه بسیاری از این کاربردها مؤثر بوده‌اند، اما برخی نیز مؤثر نبوده‌اند. می‌توان گفت SOC، نظریه‌ای است که به بیشترین میزان در میان طیف وسیعی از رفتارها استفاده شده است. همچنین مطالعات نشان داده است که نتایج استفاده از مدل SOC به مراتب درخشان‌تر از سایر مداخلات بوده است. نکته قابل توجه این که در مداخلات هر چقدر مدل SOC، کامل‌تر استفاده شده باشد، شانس موفقیت تغییر رفتار افزایش می‌یابد. برای مثال وقتی به منظور ترک سیگار از مراحل تغییر رفتار استفاده شده بود، شانس موفقیت ۴۰ درصد گزارش شد؛ در حالیکه وقتی از مراحل تغییر رفتار و تحلیل سود و زیان استفاده شد، شانس موفقیت به ۶۰ درصد افزایش یافت؛ و در نهایت مواردی که از تمامی مراحل و سازه‌های محوری SOC استفاده کرده بودند، حدود ۸۰ درصد موفقیت را گزارش نمودند.

## کاربرد مدل SOC در طراحی پیام‌های سلامت

مدل SOC چندین کاربرد مهم در طراحی پیام‌های تغییر رفتار سلامت دارد (جدول شماره ۱).  
اول این مدل پیشنهاد می‌کند که جمعیت‌های مورد مطالعه باید ارزیابی دقیقی شوند و سپس براساس مراحل تغییر به طور دقیق تقسیم‌بندی شوند. برای مثال، مطالعات ترک سیگار دریافته‌اند که حدود ۴۰ درصد سیگاری‌ها در مرحله پیش‌تفکر، ۴۰ درصد در مرحله تفکر و ۲۰ درصد در مرحله آماده‌سازی هستند. در غیاب چنین اطلاعاتی، یک طراح کمپین ممکن است فرض کند که تمام سیگاری‌ها آماده ترک سیگار هستند و بنابراین تمامی پیام‌های کمپین را مناسب مرحله آماده‌سازی طراحی کند. و متأسفانه این اتفاق در برنامه‌های ترک سیگار و دیگر رفتارهای ناسالم رایج است. اما با در دست داشتن اطلاعاتی که از SOC داریم، مشخص می‌شود که حدود ۸۰ درصد افراد، آماده تغییر رفتار نیستند. بنابراین برای محققین، ارزیابی دقیق جمعیت براساس مرحله تغییر، بسته اطلاعاتی جامع و دقیقی جهت طراحی پیام و مداخله، فراهم می‌کند (برای جزئیات بیشتر به فصل طراحی پیام رجوع کنید).

جدول شماره ۱. اصول به کارگيري SOC در طراحی پیام های تغيير رفتار

کاربرد	اصل
جمعیت مورد بررسی برای هر رفتار خاص بر اساس مرحله تغيير رفتار، به دسته های مجزا دسته بندی شوند.	افراد بر اساس الگوها و ابزارهای معتبر اندازه گیری به گروه های پيش تفکر، تفکر، آماده سازی، عمل و تداوم تقسیم می شوند.
به صورت کیفی، برای هر گروه فعالیت های مختلفی توصیه می شود که به طور اختصاصی برای هر مرحله طراحی شده است.	برای افرادی که در مراحل ابتدایی هستند، فعالیت های شناختی و برای افرادی که در مراحل انتهایی هستند، فعالیت های رفتاری توصیه می شود.
برای هر گروه به طور مجزا پیام های اختصاصی طراحی شود.	برای افرادی که در مراحل ابتدایی هستند پیام هایی طراحی شود که افراد را بر نیت خود نگه دارد و برای افرادی که در مراحل بالاتر هستند پیام هایی طراحی شود که به تغيير واضح رفتار در آنها منجر شود.
بين افرادی که در یک مرحله تغيير هستند، تنوع و ناهمگونی شناسایی می شود. برای این کار از متغیرهای دیگر مدل ها نیز علاوه بر مدل SOC استفاده می شود.	بر متغیرهایی تأکید می شود که بر اساس مدل، افراد را در ساختار مرحله به سمت جلو هدایت می کنند. جایی که امکان پذیر باشد، پیام هایی اختصاصی مرتبط با هر متغیر گذاشته می شود.

دوم، در حوزه تغيير رفتارهای ناسالم به خصوص در حوزه اعتیاد و ترک سیگار، مقاومت نسبت به توصیه های مشاور بسیار شایع است. این موضوع ممکن است به خصوص در مورد افرادی که در مرحله پيش تفکر هستند صحت داشته باشد. بنابراین، طراحی که رویکرد SOC دارند قادرند با دقت پیام های اختصاصی برای افراد این مرحله (پيش تفکر و تفکر) طراحی کنند و بر مقاومت افراد غلبه نمایند. برای مثال، تمرکز پیام ها در این مراحل بر افزایش انگیزه آنان برای موضوع مورد نظر معطوف است.

سوم و در نهایت، قدرت SOC نه تنها به علت وجود مراحل تغيير است بلکه به علت وجود سازه های محوری SOC است که باعث پیشروی در مراحل می شوند (جدول شماره ۲). بنابراین، پیام ها باید با استفاده از این سازه ها طراحی شوند. برای مثال، SOC پیشنهاد می کند که به خصوص در مراحل اولیه، جوانب مثبت تغيير رفتار باید افزایش یابند و در مراحل انتهایی تغيير رفتار، جوانب منفی باید کاهش یابند. بنابراین، پیام هایی که بر اساس این تعیین کننده های نظری طراحی می شوند باید برای هر مرحله هدفمند باشند. همچنین، در زمینه مداخلات سفارشی، افرادی که در مرحله یکسانی هستند ممکن است بر اساس تفاوت در دیگر ابعاد مدل، پیام ها و مداخلات متفاوتی را دریافت کنند. رویکرد سفارشی از تمرکز صرف بر مراحل تغيير دوری می کند، و بیشتر به تفاوت های افرادی که در یک مرحله مشابه هستند می پردازد.



## جدول شماره ۲. پیام‌های مبتنی بر مدل SOC برای تشویق افراد به منظور پیشرفت در مراحل تغییر

سازه‌ها	پیامی تفکر به تفکر	تفکر به آماده‌سازی	آماده‌سازی به عمل	عمل به تداوم
تحلیل سود و زیان	تشویق به تفکر درباره جوانب مثبت رفتار و روش‌های تغییر	تأکید بر جوانب مثبت تغییر رفتار و روش‌های تغییر رفتار	تقویت جوانب مثبت رفتار و روش‌های تغییر رفتار	تقویت جوانب مثبت تغییر رفتار
جوانب منفی تغییر رفتار	تشویق به ارزیابی مجدد جوانب مثبت و منفی	تغییر رفتار	تغییر رفتار	تغییر رفتار
شروع به اطمینان‌سازی	ادامه اطمینان‌سازی	ادامه اطمینان‌سازی	تقویت خود کارآمدی برای مبنی بر اینکه فرد می‌تواند	تقویت خود کارآمدی برای مبنی بر اینکه فرد می‌تواند
تغییر رفتار را انجام دهد	مبنی بر اینکه فرد می‌تواند تغییر رفتار را انجام دهد	مبنی بر اینکه فرد می‌تواند تغییر رفتار را انجام دهد	تقویت مهارت‌ها به خصوص مهارت‌های بازدارنده عود و بازگشت	تقویت مهارت‌ها به خصوص مهارت‌های بازدارنده عود و بازگشت
خودکارآمدی	انجام دهد	انجام دهد	انگیزه دادن به فرد برای امتحان کردن رفتار برای اجرای رفتار جدید	انگیزه دادن به فرد برای امتحان کردن رفتار برای اجرای رفتار جدید
تشویق به کسب اطلاعات	تحریک ارزیابی مجدد نگرش‌ها و احساسات	تشویق تعهد دادن به فرد در مورد رفتار	فراهم کردن پاداش برای تأکید بر یادگیری اطلاعات جدید در مورد رفتار سالم	فراهم کردن پاداش برای تأکید بر یادگیری اطلاعات جدید در مورد رفتار سالم
روندهای تغییر	تشویق به ابراز احساسات کردن در مورد رفتار	تشویق به ابراز احساسات کردن در مورد رفتار	جمع‌آوری حمایت‌های اجتماعی برای تغییر رفتار	جمع‌آوری حمایت‌های اجتماعی برای تغییر رفتار
دیگران	تأکید بر چگونگی تأثیر رفتار بر دیگران	تأکید بر چگونگی تأثیر رفتار بر دیگران	بازچینی مجدد ساختارهای محیطی برای دوری کردن از رفتار قبلی و تشویق رفتار جدید	بازچینی مجدد ساختارهای محیطی برای دوری کردن از رفتار قبلی و تشویق رفتار جدید

## مداخلات مبتنی بر SOC

مداخلات هدفمند و کمپین‌های سلامت

کمپین سلامت، مجموعه‌ای از اقدامات آموزشی، ترغیب‌کننده، اطلاع‌رسان و ارتباطی برای رسیدن به هدف تغییر رفتار می‌باشد و در آن پیام‌های اختصاصی از طریق کانال‌های متعدد، در زمان معین، به مخاطبین منتقل می‌شود. مهم‌ترین ابزار در یک برنامه کمپین سلامت، پیام می‌باشد. با توجه به اینکه کمپین‌های ارتباطی سلامت در سطح گروه‌های اجتماعی برگزار و ارائه می‌شوند، معمولاً پیام‌های هدف دار را در سطح گروهی ارائه می‌دهند. در بحث پیام یا محتوا، طیفی از محتویات شامل آگاهی، آموزش و یا ایجاد انگیزش در نظر گرفته می‌شوند تا کمپین بر اساس اصول ارتباط سلامت و انتقال پیام طراحی شود (برای جزئیات بیشتر به فصل طراحی پیام رجوع کنید).

قوانین طراحی کارآمد کمپین، شامل دسته بندی جمعیت براساس متغیرهای مختلف و هدف گذاری برای هر گروه و یا تقسیم بندی جمعیت براساس مراحل تغییر SOC به گروه های همگن و هدف گذاری اختصاصی برای هر گروه می باشد. جمعیت کمپین ها ممکن است براساس انواع مختلف متغیرها مانند متغیرهای دموگرافیک، جغرافیایی، روان شناختی، نگرشی، فرهنگی و یا متغیرهای رفتاری دسته بندی شوند. در ادامه انواع کمپین ها شرح داده شده است.

### انواع کمپین های سلامت براساس محتوا

به طور کلی در کمپین های سلامت، بر حسب مخاطب و موضوعات مورد بحث، سه دسته پیام آگاهی دهنده، آموزشی و ترغیب کننده طراحی می شوند:

#### ۱. کمپین های آگاهی دهنده

بیشتر برنامه های کمپین مردمی سلامت، پیام هایی با هدف افزایش آگاهی و هوشیاری مخاطب در حوزه های متنوع سلامت طراحی می کنند (مانند آگاه کردن افراد برای اینکه بدانند چه کسی باید فلان رفتار را انجام دهد، نوع رفتارها و کارهایی که باید انجام شود، و زمان و مکان انجام رفتارهای توصیه شده). این پیام ها، برای مخاطبان مستعد و آماده برای تغییر رفتار، ماشه فعال سازی می باشند و افراد را برای جستجوی اطلاعات بیشتر ترغیب می نماید. در واقع این قبیل پیام ها، مخاطب را حساس می کنند.

معمولاً این کمپین ها به منظور نیل به اهداف زیر طراحی می شوند:

الف) ایجاد شناخت و افزایش آگاهی درباره موضوع یا رفتاری خاص، برای بخش بزرگی از جمعیت.

ب) نشان دادن این مسأله که مشکل بهداشتی مورد نظر مهم و ضروری است.

پ) ارائه اطلاعات جدید و آسان درباره موضوع بهداشتی مورد نظر.

ت) برانگیختن فعالیت داوطلبانه در بین مخاطبین مستعد و آماده.

ث) تحریک ارتباط بین فردی در شبکه های غیر رسمی.

ج) تشویق به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره موضوع یا مسأله مورد نظر.

خ) حساس سازی افراد برای رویارویی با پیام های فراتر از کمپین.

دو هدف آخر یعنی حساس سازی و جستجوی اطلاعات، در مراحل پیشرفته فرایند تغییر تحقق می یابند.

#### ۲. کمپین های آموزشی

در بسیاری از کمپین های سلامت، باید اطلاعاتی در مورد اینکه فرد چگونه باید رفتار خاصی را انجام دهد، به او ارائه داده شود (ارائه دانش و مهارت). اگر رفتار مورد نظر دارای جزئیات پیچیده باشد، پیام کمپین باید از طریق طرحی اولیه و آسان، مخاطب را آموزش دهد. اگر افراد اطمینان کافی نداشته باشند که قادرند رفتار را انجام دهند، پیام باید راه کارهایی برای افزایش کارآمدی فردی ارائه دهد و او را تشویق کند. اگر مخاطبین ما تحت فشار همتایان یا رسانه های دیگر قرار داشته باشند، پیام های آموزشی باید مهارت های سواد رسانه و مقاومت در برابر فشار همتایان را تعلیم دهد. باید توجه داشت که استفاده از این نوع پیام ها در کمپین های سلامت محدود است. علت این امر شاید ظرفیت محدود رسانه ها برای ارائه جزء به جزء اطلاعات باشد، یا سایر ملاحظات مربوط به طراحان کمپین مردمی سلامت را در برگیرد. با وجود این ها، کمپین ها می توانند برای ارائه این اطلاعات از کانال های غنی تر مانند پمفلت ها، وب سایت ها یا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی استفاده کنند. در واقع در پیام های آموزشی با دادن اطلاعات به افراد در زمینه مشکلات رفتاری موجود، و آموزش در خصوص اهمیت تغییر رفتار، و فواید و جوانب مثبت رفتار مورد نظر، راهکارهای تحلیل سود و زیان به فرد آموزش داده می شود تا فرد را در مراحل SCO به سمت جلو هدایت کنند.

## مطالعه موردی

بروشوری حاوی چند نوع پیام آموزشی در کمپین آدلاید به منظور کاهش خطر بیماری قلبی-عروقی در افراد دیابتی طراحی شده است که در زیر به شرح آن می‌پردازیم. اگر چه خطرایجاد بیماری قلبی-عروقی در افراد دیابتی زیاد است، اما راه‌هایی وجود دارد که شما می‌توانید به وسیله آنها، سلامت قلب و عروق خود را حفظ کنید. این راه‌ها عبارتند از:

۱. قطع مصرف سیگار: مصرف سیگار به دلیل تأثیرات مخرب خود بر عروق خونی، خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی را در افراد دیابتی ۲ برابر می‌کند. همین امروز با ما تماس بگیرید و در مورد ترک سیگار مشاوره بگیرید.
۲. مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک: داروهای تجویز شده به شما کمک می‌کنند تا فشار خون و کلسترول خود را در سطح مناسب نگه دارید. شما می‌توانید همه داروهای تجویز شده توسط پزشک خود را مرتب مصرف کنید.
۳. غربالگری منظم: بررسی منظم فشار خون، چربی‌های خون و میزان قند خون برای شناختن خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی و مدیریت این بیماری مهم هستند. لذا پزشک شما باید فشار خون، قندخون و چربی خون شما را بطور منظم بررسی کند.
۴. فعالیت فیزیکی بیشتر: فعالیت بدنی منظم به کاهش فشار خون و کلسترول شما کمک می‌کند، وزن شما را متعادل نگه می‌دارد و سبب افزایش عزت نفس و احساس سلامت شما می‌شود.
۵. حفظ وزن مناسب برای بدن: داشتن اضافه وزن به خصوص در میان‌سالی سبب افزایش سطح کلسترول می‌شود و به واسطه افزایش مقاومت انسولین، قند خون شما را افزایش می‌دهد. حتی یک کاهش وزن جزئی می‌تواند به صورت مشخصی خطر بیماری قلبی-عروقی را در شما کاهش دهد.
۶. لذت بردن از یک برنامه غذایی سالم: غذای سالم می‌تواند به حفظ وزن متعادل و کاهش فشار خون، کلسترول و چربی و سطح قند خون شما کمک کند.

همان طور که مشاهده می‌شود این پیام‌های آموزشی در صدد هستند که دانش و مهارت لازم در جهت پیشگیری از بیماری قلبی-عروقی را به افراد دیابتی ارائه دهند.

## ۳. کمپین‌های انگیزشی

در برخی مواقع، کمپین‌های تغییر رفتار باید پیام‌هایی را ارائه دهند که نشان بدهد چرا افراد باید رفتار خاصی را انجام دهند و یا از انجام آن خودداری کنند. در واقع در این کمپین‌ها به اهمیت تغییر رفتار مورد نظر پرداخته می‌شود. در این نوع پیام‌ها، تمرکز اصلی بر تغییر یا ایجاد نگرش مثبت است. کمپین‌های اطلاع‌رسانی در مواجهه با مخاطبینی که تمایل بیشتری به تغییر دارند و در مراحل بالاتری از مدل SOC هستند، ممکن است به نحو ساده‌تری نگرش‌های مثبت را تقویت نماید، رفتارهای سالم گذشته را مستحکم کند، و امکان تداوم رفتار توصیه شده را در طول زمان افزایش دهد. به وسیله جاذبه‌های متعدد مثبت و دافعه‌های منفی نسبت به رفتار مورد نظر می‌توان پیام‌های ترغیب‌کننده یا انگیزشی را طراحی نمود.

### توصیه ای برای مربیان

برای طراحی پیام هایی که بیشترین میزان کارآیی را دارند، نکات زیر را در مورد سبک های مختلف طراحی پیام، مد نظر داشته باشید:

- پیام منطقی یا احساسی: گاهی پیام های عاطفی اثرات بیشتری دارند؛ به عنوان مثال جهت ترغیب و تشویق افراد چاق به رعایت رژیم غذایی سالم، می توان با تمرکز بر مبحث لاغر و خوش اندام شدنشان، انگیزه رعایت رژیم غذایی سالم را ایجاد کرد. ولی جهت تشویق افراد به ترک سیگار، از طریق استدلال و بیان تأثیر مهم آن بر بروز بیماری ها و کیفیت زندگی افراد، می توان انگیزه لازم را برای پذیرش پیام مدنظر ایجاد کرد.
- پیام مثبت یا منفی: معمولاً افراد به پیام های مثبت بهتر از پیام های منفی پاسخ می دهند. مثلاً در ارتباط با تشویق افراد به داشتن فعالیت بدنی، می توان با تأکید بر نکات و اثرات مثبت آن بر سلامت جسمانی و روانی افراد، آنها را تشویق به پذیرش پیام کرد. اما در مورد تشویق افراد به ترک سیگار، می توان انگیزه لازم را با تأکید بر اثرات منفی سیگار بر زندگی و سلامت فرد، در آنها ایجاد کرد.
- پیام جمعی یا فردی: بطور مثال در زمان تشویق افراد به استفاده از دوچرخه به جای ماشین با تأکید بر اثرات آن بر سلامت محیط زیست، کاهش ترافیک و بهتر شدن سلامت و زندگی مردم، می توان افراد را تشویق و ترغیب کرد، در حالی که در مورد تشویق افراد به داشتن رژیم غذایی سالم تأکید بر اثرات فردی این رفتار است.
- پیام بسته یا باز: به طور مثال در پیام عدم استعمال سیگار اشاره می شود که این کار باعث طول عمر و افزایش کیفیت زندگی شما می شود؛ در این مثال، نتیجه رفتار مورد نظر به صورت صریح بیان شده است. اما در پیام مربوط به ورزش و مبارزه با بی تحرکی، نتیجه پیام برعهده خود فرد گذاشته شده است (پیام باز).
- پیام مکرر یا یک باره: گاهی پیام ها به دفعات و مکرر به موضوعی می پردازند و گاه بیان پیامی، تنها برای یک بار صورت می گیرد.

مدل SOC می تواند به طور کارآمد در طراحی و اجرای کمپین های سلامت کاربرد داشته باشد. از جمله این که برای تغییر یک رفتار خاص، کاربرد دارد. همچنین مدل SOC مخاطبین را براساس شباهت ها و تفاوت های درون مرحله ای و بین مرحله ای دسته بندی می کند. مدل SOC در تقسیم بندی جمعیت به گروه هایی که براساس مرحله تغییر رفتار با هم تفاوت دارند، سود مند می باشد و از طرفی اعضای درون گروه ها نسبتاً با هم همگن هستند. نهایتاً، SOC کاربردهای روشنی در طراحی پیام اختصاصی ویژه هر گروه دارد. لذا پیامی که ممکن است برای افراد در مرحله پیش تفکر مناسب باشد با پیامی که برای افراد در مرحله آماده سازی مناسب است، تفاوت خواهد داشت.

یک مثال خوب از کمپین هایی که از رویکرد SOC در سطح جامعه استفاده کرده اند، پروژه «تظاهرات اجتماعی کنترل بیماری ها»<sup>۱</sup> مختص بیماری ایدز می باشد. این پروژه جلوگیری از بیماری ایدز، مداخلاتی در سطح جامعه اعمال می کند که شامل ۱. پیام های کلامی ای که توسط داوطلبان منتشر می شوند ۲. ابزارهای رسانه ای کوچک مانند بروشور، پمفلت و روزنامه و ۳. انتشار ابزارهای جلوگیری از بارداری می باشند. هدف این پروژه این بود که مصرف کنندگان مواد مخدر را در پنج شهر بزرگ تشویق به استفاده از سوزن یک بار مصرف و استفاده ثابت از ابزارهای جلوگیری از بارداری کنند. در این پروژه از ترکیب SOC و نظریه های رفتاری استفاده شده است و گروه ها بر اساس مرحله تغییر، پیام های مرتبط را دریافت می کنند و نتایج پیام های درمانی نیز با استفاده از SOC بررسی می شود. نتایج این پروژه نشان داده است که استفاده از رویکرد SOC در سطح کمپین های گروهی، باعث پیشروی گروه ها در تغییر رفتار مربوط به استفاده از سوزن یک بار مصرف و استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری شده است.

1. Center for Disease Control's Community Demonstration Project

### کاربرد مدل SOC در کمپین ها

مطالعات متعدد مربوط به کمپین نیز از رویکرد SOC استفاده کرده اند تا به طور اختصاصی بر افرادی که در مرحله تفکر و پیش تفکر هستند تمرکز کنند. در چنین مواردی، هدف کمپین ها این است که جهت پیشرفت افراد از مراحل اولیه تغییر رفتار به مراحل بالاتر، پیام های کارآمد و سودمندی طراحی کنند. برای مثال، یک کمپین رسانه ای با هدف بهبود فعالیت بدنی در میان بزرگسالان در آریزونا، تنها بر مراحل اولیه تغییر رفتار تمرکز کرد. با توجه به اینکه چه روندهایی ممکن است باعث هدایت افراد به سمت مراحل بالاتر شوند، این کمپین بیشتر به انتشار اطلاعات، حقایق، ایده ها و نکات مربوط به اثرات فعالیت بدنی می پرداخت (روند افزایش آگاهی). همچنین این کمپین، برای هدایت افراد به مراحل بالاتر تغییر رفتار، اثرات خودکارآمدی و فواید و موانع فعالیت بدنی را با استفاده از اطلاع رسانی های عمومی، پوستره های کارگاهی و نقاشی ها یا کاریکاتورهای مفهومی ارزیابی کرده است. نتایج این کمپین نشان داده است که این کمپین بیشتر از آنچه انتظار می رفت در هدایت افراد از مراحل اولیه به مراحل بالاتر تغییر رفتار تأثیر داشته است. رویکرد SOC پیشنهاد می کند که عواملی مانند «تهدید درک شده» و «نگرش ها» ممکن است در پیشروی در مراحل اولیه (پیش تفکر به تفکر) مؤثر باشند در حالیکه عوامل دیگری مانند خودکارآمدی و اکتساب مهارت ممکن است در مراحل انتهایی مؤثرتر باشند. نهایتاً، در حالیکه، مدل SOC به طور موفقیت آمیزی در طراحی پیام های کمپین های سلامت نقش داشته است، ذکر این نکته حائز اهمیت است که رایج ترین کاربرد SOC در کمپین های سلامت مربوط به حوزه «ارزیابی» بوده است. در واقع SOC ابزاری حساس و قدرتمند برای ارزیابی تأثیر مداخله در افراد، فراهم می کند.

### مداخلات سفارشی سازی شده

برخلاف کمپین ها که در سطح جامعه طراحی و اجرا می شوند، مداخلات سفارشی شده در سطح فردی اجرا می شوند. مداخله سفارشی شده به روند طراحی پیام ها و اطلاعات اختصاصی یک فرد خاص بر اساس ارزیابی ویژگی های آن فرد گفته می شود. مشابه مداخلات هدفمند، مداخلات سفارشی شده ممکن است بر روی طیف وسیعی از متغیرها انجام شود. در حقیقت، هر متغیر می تواند به طور مجازی ارزیابی شود و آنهایی که نیاز به مداخله دارند انتخاب شوند. در عمل، مداخلات سفارشی بیشتر با استفاده از متغیرهای روانی-اجتماعی که از نظریه های رفتاری مانند SOC استخراج شده است، انجام می شود. در حالیکه مطالعات انجام شده اولیه به طور اساسی بر بسته های چاپی تمرکز داشته اند، مطالعات به طور روز افزون به این سمت می روند که مداخلات سفارشی را از طریق اینترنت انجام دهند. مطالعات مروری انجام شده بر روی هر دو روش (چاپی و اینترنتی) نشان داده است که در اکثر مطالعات از SOC استفاده شده است. برای مثال، مطالعه متا آنالیزی از ۵۷ مداخله چاپی سفارشی شده، گزارش کرد که ۶۲ درصد از SOC (چه به صورت تنها و چه به صورت ترکیبی با دیگر نظریه ها) استفاده کرده اند. به طور مشابهی مطالعه مروری سیستماتیک دیگری بر

مداخلات اینترنتی سفارشی شده استفاده کرده بودند، نشان دادند که حدود ۴۰ درصد مطالعات از SOC استفاده کرده‌اند. مطالعه مروری دیگری بر مداخلات سفارشی شده مربوط به نحوه زندگی، نشان داد که تقریباً در ۷۵ درصد مطالعات فعالیت بدنی، ۵۰ درصد مطالعات مربوط به رژیم غذایی و ۵۰ درصد مطالعات ترک سیگار از SOC استفاده شده است.

ممکن است این سؤال مطرح شود که مدل SOC چگونه در مداخلات سفارشی شده به کار می‌رود؟ به طور معمول، مراحل تغییر به عنوان سازه محوری جهت سازمان دادن مداخله استفاده می‌شود. این بدین معناست که افراد در ابتدا بر اساس مرحله تغییر ارزیابی می‌شوند و سپس تمامی پیام‌های درمانی، تحت تأثیر مرحله‌ای که فرد در آن قرار دارد، طراحی و اجرا می‌شوند. این رویکرد در اکثر مطالعات ترک سیگار، فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی و تغییر رفتارهای چندگانه استفاده شده است. به عنوان نمونه، در مطالعه‌ای که در حوزه تغییرات تغذیه‌ای در جوانان انجام گرفته بود، افراد در مرحله پیش تفکر، موانع زیادی بر سر راه تغییر رفتار حس می‌کردند؛ خود کارآمدی پایینی داشتند و آماده تغییر کردن نبودند. در نتیجه، برنامه‌ای کارآمد از ترکیب این ویژگی‌ها استفاده می‌کند تا به فرد انگیزه تغییر رفتار را بدهد. گاهی از ترکیب SOC با دیگر نظریه‌ها استفاده می‌شود. در این گونه موارد، SOC به عنوان ساختار مرکزی قرار داده می‌شود و دیگر متغیرها برای طراحی پیام استفاده می‌شوند. برای مثال، مطالعات مداخله‌ای سفارشی شده از ترکیب SOC با نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، یا نظریه شناخت اجتماعی باندورا استفاده می‌کنند. نظریه‌های رفتاری دیگری نیز از قبیل نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، مدل رفتار منطقی و مدل عقیده سلامت، در ترکیب با SOC برای تغییر رفتار در مداخلات سفارشی استفاده شده‌اند.

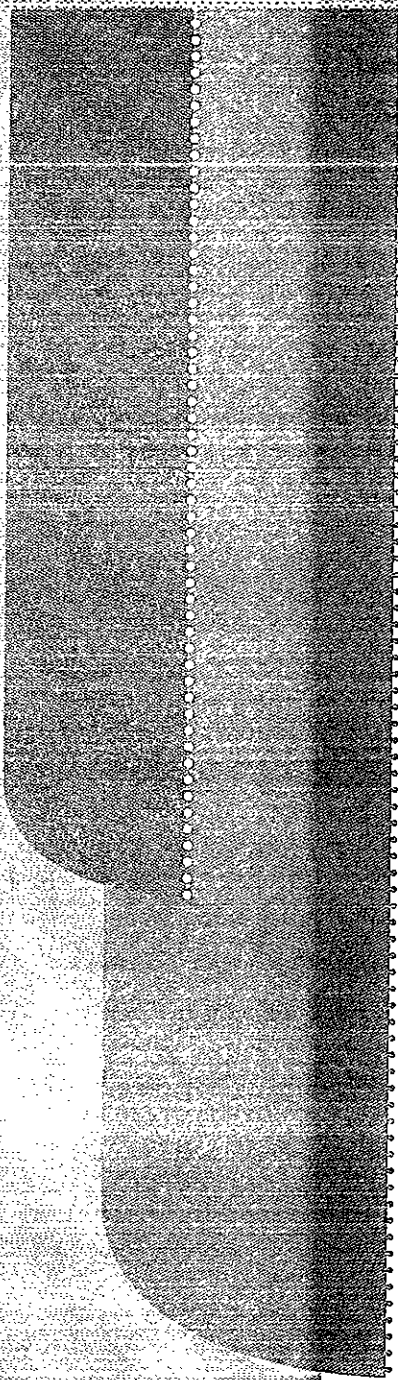
#### محدودیت‌های مدل SOC

- اگرچه SOC تا کنون بر روی ۴۸ رفتار مختلف و در جمعیت‌های گوناگونی در کشورهای مختلف اعمال شده است، اما هنوز دارای محدودیت‌هایی است.
- یکی از حوزه‌هایی که SOC نتوانسته است در آن تأثیرات امیدوارکننده به جا بگذارد، جلوگیری از سوء مصرف مواد مخدر در کودکان بوده است.
- سؤالی پایه‌ای این است که از چه سنی می‌توان مداخلات تغییر رفتار را شروع کرد؟ مثلاً مطالعات در حوزه جلوگیری از بزهکاری نشان می‌دهند دوران ابتدایی برای این کار زمان مناسبی است.
- محدودیت دیگر این است که مدل SOC در کاهش عوامل بیشتر به کار رفته و کمتر در پیشگیری از عوامل خطر بررسی شده است.
- نکته دیگر این که SOC در چه فرهنگ‌هایی ممکن است به صورت کارآمد اعمال شود و در چه فرهنگ‌هایی نیاز به تطبیق و اصلاح اساسی دارد.

۱. خانم‌های متأهل خانه‌دار، دارای فرزند و از طبقه متوسط یک شهرستان را در نظر بگیرید. معمولاً این خانم‌ها مشغله رسیدگی به همسر و فرزند و کارهای خانه را دارند و ممکن است کمتر فرصت ورزش کردن داشته باشند. این مسأله ممکن است استرس و احساس عدم شایستگی در بانوان به وجود آورد. بانوان قلب تپنده در هر خانه هستند و اگر بانوانی شاد و سالم داشته باشیم، در نهایت خانواده و جامعه‌ای سلامت و شاد خواهیم داشت. لذا با توجه به موارد گفته شده، کمپینی براساس مرحله تغییر رفتار، با هدف افزایش فعالیت بدنی بانوان خانه‌دار طراحی کنید. به طور فرضی، برای گروه‌های دسته‌بندی شده براساس مرحله تغییر رفتار، یک شعار کمپینی طراحی کنید. مسیرها و فرصت‌های انتشار این پیام‌ها را نام ببرید. محدودیت‌های اجرایی برای هر گروه را در نظر بگیرید و برای هر کدام راه حلی بیندیشید.
۲. سعید ۵۲ ساله و تاجری موفق در حوزه الکترونیک می‌باشد که ۱۵ سال است سیگار می‌کشد. او به شما مراجعه کرده و می‌گوید که می‌داند باید سیگار را ترک کند و برای این کار آماده است. او همچنین بیان می‌کند که برای این کار یک سری برنامه و ایده دارد که دوست دارد در ترک سیگار با مشورت شما از آنها بهره‌بردار شود. او در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار است؟ در این مرحله چه ملاحظاتی را باید در نظر بگیرید؟ چه ابعاد محوری به سعید بیشترین کمک را می‌کنند؟ چگونه در یک مداخله سفارشی شده و به کمک اینترنت برای وی برنامه تغییر رفتار را طراحی و ارائه می‌نمایید؟

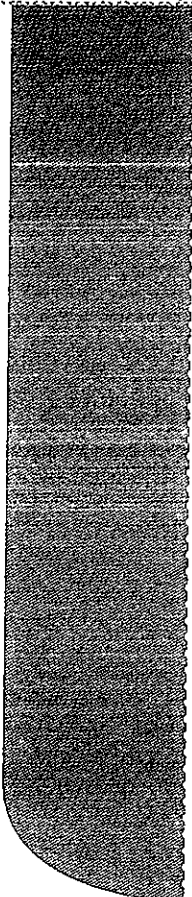






بخش ۲: استراتژی‌ها و  
تکنیک‌های تغییر رفتار

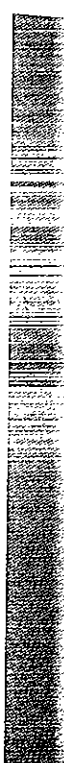




فصل پنجم

## ارتباط برای سلامت و طراحی پیام

شما در پایان فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ  
دهید:

- ارتباط برای سلامت چه ویژگی‌هایی دارد؟
  - چگونه می‌توان یک ارتباط مؤثر برای سلامت برقرار کرد؟
  - مراحل طراحی پیام سلامت و ارسال آن چگونه است؟
- 



## مقدمه

برقراری ارتباط مؤثر با گروه‌های مخاطب برنامه‌های سلامت و تأثیرگذاری بر آنها در راستای اهداف سلامت، از وظایف مهم ذی‌نفعان و مراقبین سلامت به شمار می‌رود و بدون آشنایی آنان با اصول و مفاهیم کاربردی ارتباط برای سلامت، اهداف اصلی برنامه‌های تغییر رفتار سلامت میسر نخواهد بود. هدف این فصل، توانمندسازی ذی‌نفعان به منظور برقراری ارتباط برای سلامت و چگونگی طراحی پیام برای ایجاد تغییر مناسب در رفتار سلامت افراد جامعه است. پیام‌هایی که برای تغییر رفتار افراد در حوزه سلامت طراحی می‌شوند باید اطلاعاتی متناسب با افراد و دغدغه‌های آنان ارائه دهند. افراد نه تنها باید محتوای پیام را متناسب با وضعیت خود بدانند، بلکه باید رفتارهای توصیه شده در پیام را پذیرفته و به آن عمل کنند.

## ارتباط برای سلامت

ارتباط برای سلامت رویکردی چند وجهی و چند رشته‌ای است، که هدفش دستیابی به مخاطبان و به اشتراک گذاشتن اطلاعات با آنهاست تا با تأثیرگذاری، تشویق و حمایت از افراد، جامعه، کارکنان نظام ارائه خدمات سلامت، گروه‌های اختصاصی، تصمیم‌گیرندگان و عموم مردم، رفتار یا سیاستی که پیامدهای سلامت را ارتقا می‌بخشد، ترویج دهد. ارتباط، ابزاری است برای اثرگذاری و نفوذ در تصمیمات افراد و جامعه، که در نهایت سبب افزایش سلامت و پیشگیری از بیماری می‌شود. طی چند دهه گذشته، انجام انواع رفتارهای پرخطر و ناسالم مانند خوردن غذاهای آماده، کشیدن سیگار، بی‌حرکی و استفاده غیرقانونی از دارو در عموم مردم به سرعت افزایش یافته است. این موضوع خاطر نشان می‌سازد که به انواع اقدامات پیشگیری کننده نیاز است.

افراد مختلف یک جامعه نیاز دارند تا در مورد رژیم غذایی، فعالیت بدنی، رژیم‌های درمانی و انجام سایر رفتارهای سلامت تصمیم‌گیری کنند و برای این امر، اطلاعات را از منابع مختلف دریافت می‌کنند. افراد ممکن است تحت تأثیر تجارب شخصی، مشاهده رفتار دیگران یا شنیدن از ذی‌نفعان سلامت، رفتاری خاص را انجام دهند. در برخی موارد، بین کاری که افراد انجام می‌دهند و آنچه باید انجام دهند، فاصله وجود دارد و به تعبیری، مردم آن‌طور که می‌خواهند، نه آن‌طور که می‌دانند، عمل می‌کنند. در اینجا ذی‌نفعان سلامت (از جمله مراقبین سلامت) وظیفه دارند افراد را برای شروع یا ادامه یک رفتار سالم تشویق کنند.

### توصیه‌ای برای مربیان

ارتباط برای سلامت، هنر و فن اطلاع‌رسانی، تأثیرگذاری، و انگیزه دادن به مراجعین، سازمان‌ها و عموم مردم درباره موضوعات مهم سلامت است.

## انواع ارتباط

ارتباط بین فردی<sup>۱</sup>: که بین دو نفر و به شکل معمول چهره به چهره برقرار می‌شود. در این نوع ارتباط انواع پیام‌های کلامی و غیرکلامی منتقل خواهد شد. ارتباط پزشک-بیمار نمونه بارز این نوع ارتباط است.

ارتباط گروهی<sup>۲</sup>: که در آن یک نفر با چند نفر ارتباط برقرار کرده و پیام خود را منتقل می‌نماید. سخنرانی برای گروهی از افراد، نمونه شناخته شده این نوع ارتباط است.

ارتباط جمعی<sup>۳</sup>: که در آن انتقال پیام به تعداد زیادی از افراد به طور همزمان صورت می‌گیرد. به عنوان نمونه می‌توان به ارسال

1. interpersonal communication
2. group communication
3. mass communication

اطلاعات و ایده‌ها از طریق وسایل ارتباط جمعی به تعداد زیادی از افراد در یک زمان از طریق رادیو، تلویزیون، روزنامه، مجله و سایر رسانه‌های جمعی اشاره کرد.

### ارتباط پزشک-بیمار: نمونه‌ای از ارتباط برای سلامت

ارتباط پزشک-بیمار باید به گونه‌ای باشد که بیمار را در مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله توانمند سازد که نتیجه آن اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر و بهبود سلامت جامعه می‌باشد. به عنوان مثال پزشک می‌تواند با توضیح در مورد مشکل بیمار و شرایط پیش آمده، میزان اضطراب بیمار را کاهش دهد. به علاوه رابطه مطلوب بین پزشک و بیمار ممکن است به طور غیرمستقیم نیز به بیماران کمک کند. یعنی در ابتدا باعث افزایش درک متقابل، اعتماد، رضایت بیمار و ورودش در روند تصمیم‌گیری شده و سپس به تغییر در رفتارهای سلامت بیمار، خود-مراقبتی، پایبندی به برنامه تغییر و تصمیم‌گیری بهتر منجر خواهد شد. ممکن است در ایجاد رابطه‌ای مؤثر بین پزشک و بیمار، عوامل متعددی نقش داشته باشند؛ بررسی این عوامل برای بهبود برنامه تغییر رفتار سلامت و همچنین برقراری ارتباط مؤثر بین سایر متولیان سلامت و گیرندگان خدمت، نقش اساسی دارند. لذا با رویکرد بهبود ارتباط برای سلامت در اینجا عواملی را مطرح می‌کنیم که امکان تغییر آنها وجود دارد (راه کارهای مربوطه در شکل ۱ ارائه شده است):

- سطح دانش سلامت
- فاصله اجتماعی
- نگرش درمانگر به بیماران
- نگرش و تمایلات بیماران
- عامل زمینه‌ای

رابطه متولیان سلامت به طور اعم و پزشکان به طور اخص با بیماران، در افزایش سلامت عمومی تأثیری جدی دارد زیرا:

- ارتباط مؤثر پزشک و بیمار باعث می‌شود بیمار درک بهتری از مشکل خود داشته باشد و در صورت عدم موفقیت با کمک پزشک خود استراتژی درمان را تغییر دهند.
- رابطه مناسب پزشک و بیمار ممکن است به لحاظ انگیزشی و شناختی، نقش مؤثری در جایگزین کردن عادات و رفتارهای بیماری‌زا با رفتارهای سلامت داشته باشد.

### دانش سلامت مراجعه‌کننده

دانش سلامت، ظرفیت هر فرد برای دریافت، پردازش و ارتباط برقرار کردن حول اطلاعات مربوط به سلامت می‌باشد.

### فاصله اجتماعی

اصطلاح «فاصله اجتماعی» به میزان تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بین بیمار و پزشک اطلاق می‌شود، که از به وجود آمدن بستری مناسب برای ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار ممانعت می‌کند. این فاصله اجتماعی ممکن است مبتنی بر شاخصه‌های بیرونی و عینی و یا صرفاً دریاقتی درونی باشد. فاصله‌های اجتماعی شامل تفاوت در شاخص‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنس، قومیت و همچنین تفاوت در زبان گفتاری و باورهای مربوط به سلامت است.

### نگرش پزشک به بیمار

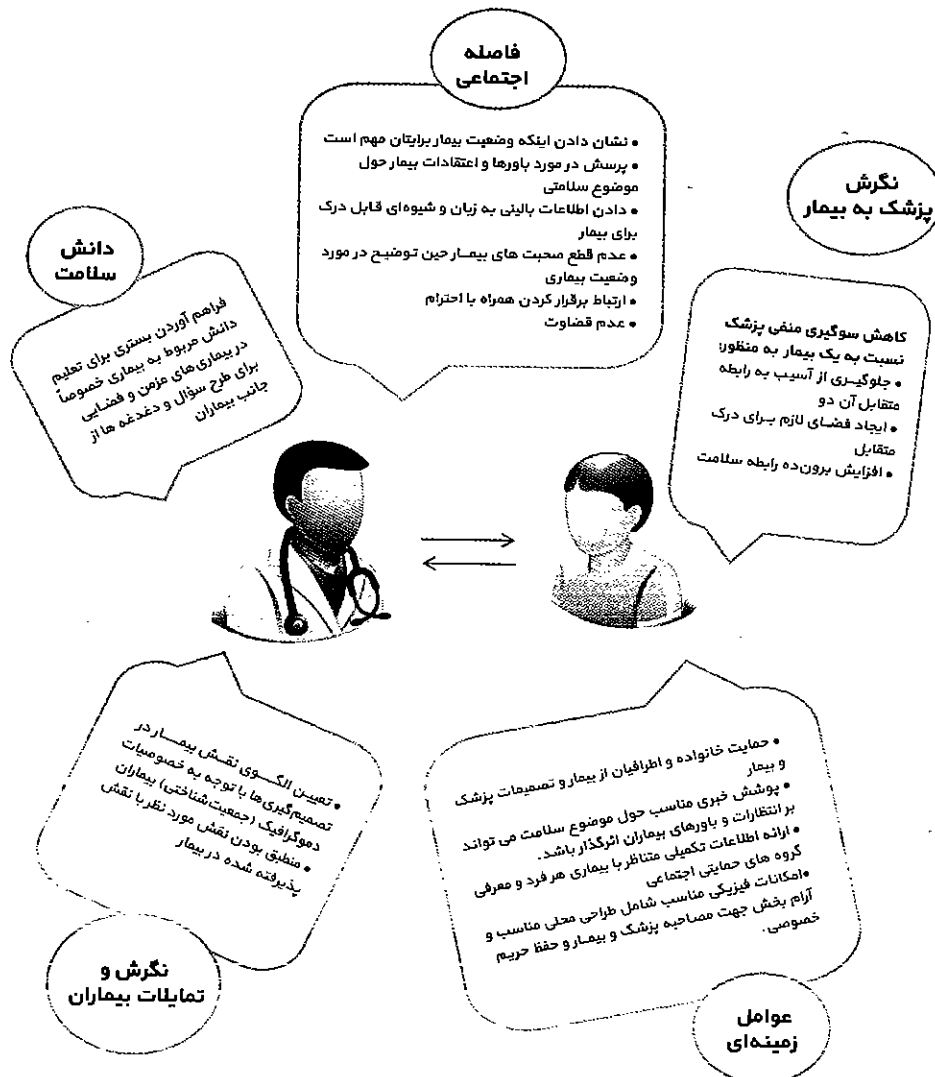
تفاوت در نگرش نسبت به بیماران ممکن است باعث شود پزشک به قشر خاصی از بیماران بیشتر اهمیت دهد، یا نسبت به پیگیری و توضیح بیماری، و زمانی که برای بیماران اختصاص می‌دهد، بین بیماران فرق بگذارد.

## نگرش و تمایلات بیماران

بیماران درباره نقش فعال خود در سیر درمان و نحوه تصمیم‌گیری درباره بیماری خود انتظاراتی دارند. در ارتباط برای سلامت بیمار ممکن است عاملی منفعل یا همکاری فعال باشند.

### عوامل زمینه‌ای

عوامل زمینه‌ای شامل خانواده و محیط اجتماعی، رسانه و سیستم درمان بر رابطه پزشک - بیمار اثرگذار هستند. محیط اجتماعی افراد شامل خانواده، دوستان و همکاران می‌باشد که این محیط ممکن است اثرات چشم‌گیری بر رابطه بیمار با پزشک خود و نتیجه درمان داشته باشد. همچنین ممکن است خانواده و دوستان، تصمیم مشترکی که بیمار و پزشک با هم اتخاذ کرده‌اند را، تقویت یا تضعیف کنند. محیط رسانه‌ای نیز ممکن است به طرق مختلف بر رابطه پزشک و بیمار تأثیر بگذارد. رسانه و به طور ویژه اینترنت و شبکه‌های مجازی، منبع بزرگی از اطلاعات حوزه سلامت و حمایت اجتماعی به شمار می‌آیند.



شکل ۱. راه کارهای بهبود ارتباط پزشک-بیمار

### ارتباط مؤثر: طراحی و ارسال پیام

تغییر رفتار سلامت در قدم اول نیازمند طراحی و شکل دهی ارتباطی مؤثر است. در این بستر تبادل اطلاعات از طریق پیام های هدف گذاری شده انجام می شود. طراحی پیام متأثر از کانال های ارتباطی منتخب مانند ارتباط بین فردی، فعالیت های ارتباطی مبتنی بر جامعه و کانال ارتباط جمعی است. حمایت پیام های منتشر شده در کانال های مختلف از یکدیگر، اثربخشی آنها را افزایش داده و نتایج بهتری را در پی خواهد داشت. به منظور ایجاد ارتباطی مؤثر جهت تغییر رفتار سلامت، باید مراحل زیر به دقت اجرا شوند:

۱. تعیین هدف کلی برنامه
۲. تعیین اهداف اختصاصی
۳. تحلیل وضعیت موجود
۴. درگیر کردن ذینفعان
۵. تحلیل مخاطبان
۶. کانال ارتباطی
۷. تعیین تاکتیک مناسب
۸. طراحی و به کارگیری پیام
۹. پیش آزمون پیام
۱۰. ارزشیابی

مراقبین سلامت، بر اساس نوع کانال و رسانه ارتباطی منتخب و در راستای استراتژی ارتباطی منتخب، نکات کلیدی پیام شان را به طور مستمر تکرار می کنند. این امر به این معنی نیست که برنامه ریزان فقط یک پیام را برای تمام این کانال ها در نظر بگیرند، بلکه به این معنی است که آنها نکات کلیدی هر پیام را مشخص می نمایند تا در هر فرصت ارتباطی و از طریق هر کانال یا رسانه ارتباطی، تکرار شود.

### ۱. تعیین هدف کلی برنامه

در تمام برنامه ها، هدف کلی، توصیف مختصری از چیزی است که قرار است با اجرای برنامه ارتباط برای سلامت، به آن دست پیدا کنیم. عبارت «کاهش میزان ابتلا به بیماری های تنفسی ناشی از مصرف سیگار» نمونه ای از هدف کلی یک برنامه است.

### ۲. تعیین اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی، نتایج مورد نظر طراحان برنامه ارتباطی است و ممکن است شامل رفتارهایی باشد که گروه مخاطب باید انجام دهند. اهداف اختصاصی می توانند رفتاری باشند مثلاً فردی که زندگی بدون تحرک دارد در روز حداقل ۳۰ دقیقه پیاده روی داشته باشد؛ یا اجتماعی باشند که شامل سیاست جدیدی است که باید در جامعه اجرا و نهادینه شود، به طور مثال ۸۰ درصد کارمندان اداری باید تا ۶ ماه دیگر در محدود وزن نرمال باشند؛ و یا سازمانی باشند یعنی واکنشی که سازمان باید در ارتباط با مشکل سلامت نشان دهد، مثلاً پارکینگ خودروهای افراد شاغل دورتر از محل کار تعبیه شود تا افراد مجبور شوند قسمتی از مسیر را پیاده بروند. شرایط هدف اختصاصی در زمان تدوین آن (شامل اختصاصی بودن، قابل اندازه گیری بودن، قابل دستیابی بودن، واقع گرایانه بودن و زمان دار بودن) باید رعایت شود. برای تنظیم اهداف اختصاصی، پاسخ به سؤالات زیر راهگشاست:

• از گروه مخاطب خود انتظار داریم که پس از اجرای برنامه کدام رفتار را انجام دهد؟ (اهداف اختصاصی رفتاری)



- کدام سیاست‌ها، هنجارها یا ساختار اجتماعی، از رسیدن به هدف کلی برنامه حمایت می‌کند؟ (اهداف اختصاصی اجتماعی)
- کدام تغییر در سازمان باید رخ دهد تا ما بتوانیم برنامه را اجرا کنیم و به اهداف آن برسیم؟ (اهداف اختصاصی سازمانی)

### ۳. تحلیل وضعیت موجود

تحلیل وضعیت یعنی شناسایی و توصیف دقیق و مبتنی بر پژوهش کلیه عواملی که بر روی یک مشکل سلامت و راه‌حل‌های مرتبط با آن تأثیر می‌گذارند. تحلیل وضعیت با شناخت و توصیف جامع مخاطبان اختصاصی برنامه و افراد و گروه‌هایی که در موفقیت برنامه ارتباط برای سلامت نقش دارند، کامل می‌شود. تحلیل وضعیت شامل دودسته اساسی است:

- تحلیل وضعیت از نظر سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری
- برای مثال به منظور تشویق افراد به استفاده از دوچرخه به جای ماشین در سطح جامعه، باید هزینه مصرف سالانه بنزین در کشور، میزان آلودگی هوا، تصادفات و خسارات جانی و مالی به افراد، شرایط جاده‌ها و بزرگراه‌ها برای استفاده از دوچرخه، کاهش هزینه‌های مصرفی خانواده‌ها و بهبود وضعیت اقتصادی آنها بررسی گردد.
- تحلیل از نظر فرصت‌ها، تهدیدها، نقاط قوت و نقاط ضعف

### ۴. درگیر کردن ذی‌نفعان

ذی‌نفعان افراد حقیقی یا حقوقی هستند که قادرند در ارائه مناسب مداخله یا خدمت در سطوح مختلف ما را یاری دهند. معمولاً این افراد، صاحب‌نظران و افراد برجسته‌ای می‌باشند که بر جامعه تأثیر می‌گذارند. پس برای افزایش اثربخشی مداخله و پیام‌ها بر جامعه، این افراد باید شناسایی شده و مورد استفاده قرار گیرند. در ارتباط با انتخاب این افراد باید دو مرحله انجام گیرد:

- شناسایی دقیق ذی‌نفعانی که می‌خواهید مشارکت دهید (خانواده، مراقب سلامت، مدیر یا سیاست‌گذار، رسانه و...).
- تعیین چگونگی مشارکت کارآمد این افراد؛ بطور مثال جهت تشویق افراد به داشتن فعالیت بدنی، می‌توان از مربیان و ورزشکاران صاحب‌نام و محبوب جهت آموزش ورزش به افراد استفاده کرد.

### ۵. تحلیل مخاطب

مخاطبان شامل افراد جامعه در سه سطح فردی، سازمانی و اجتماعی می‌باشند که گیرنده پیام طراحی شده، می‌باشند و قرار است که تغییر در آنها ایجاد گردد. جهت تحلیل درست مخاطبان باید در ابتدا دسته‌بندی درستی انجام گیرد. مخاطبان به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: مخاطبان اولیه در واقع افراد یا گروه‌هایی هستند که مخاطب اصلی پیام‌ها محسوب شده و پیام‌ها برای تأثیرگذاری بر آن‌ها طراحی می‌شوند. بر طور مثال مخاطب اولیه در طراحی پیام برای تشویق به داشتن فعالیت بدنی، افراد کارمند بالای ۴۰ سال که زندگی بدون تحرک یا کم تحرک دارند، هستند. اما مخاطبان ثانویه افراد یا گروه‌هایی هستند که بیشترین تأثیر را بر تصمیمات و رفتارهای مخاطبان اولیه می‌گذارند؛ همچنین به طراحان و مجریان برنامه در دستیابی به مخاطبان اولیه کمک می‌کنند. نمونه‌ای از مخاطبان ثانویه را اعضای خانواده، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، همسالان و رهبران اجتماعی تشکیل می‌دهند.

تحلیل مخاطب اولیه باید از نظر دانش، نگرش و رفتار انجام شود؛ جهت بررسی سطح دانش و نگرش مخاطبان اولیه درباره پیام مورد نظر می‌توان از سؤالات زیر کمک گرفت:

- آیا مخاطبان درک و فهم درستی از مسأله دارند؟
- آیا از واقعیت‌های مهم مرتبط با مسأله با خبر هستند؟
- آیا می‌دانند چگونه مسأله را حل کنند؟
- آیا مخاطبان خود را در خطر می‌بینند و یا اینکه نیاز به تغییر را احساس می‌کنند؟
- چقدر مسأله برای آنها اهمیت دارد؟
- موانع و منافع‌هایی که برای تغییر رفتار دارند، چیست؟

• هنجارهای اجتماعی مرتبط با رفتار مورد نظر چیست؟

• چه کسی بر باورهای مخاطبان، بیشترین نفوذ را دارد؟

نحوه برخورد و رفتار مخاطبان با مسأله مورد نظر، از اهمیت خاصی برخوردار است که جهت آگاهی از نحوه رفتار آنها می توان از سؤالات زیر بهره جست:

• رفتار کنونی مخاطب چگونه است؟

• بر اساس مدل SOC در چه مرحله ای از تغییر رفتار هستند؟

• چه عاملی باعث شده رفتار پیشنهادی در برنامه را نپذیرند؟

• آیا برای انجام رفتار به مهارت های جدید نیاز دارند؟

پس از تحلیل مخاطبان اولیه از نظر دانش، نگرش و رفتار، می توان به کمک مدل SOC آنان را دسته بندی کرد: برای مثال:

• افرادی که اطلاع کافی درباره موضوع برنامه ندارند.

• افرادی که درباره موضوع می دانند ولی موانع جدی بر سر راه پذیرش پیام احساس می کنند.

• افرادی که درباره موضوع می دانند، موانع جدی در برابر خود نمی بینند ولی منفعت قابل توجهی نیز احساس نمی کنند.

• افرادی که درباره موضوع می دانند، موانع جدی در برابر خود نمی بینند، منافع انجام رفتار را احساس می کنند ولی با این حال رفتار مورد نظر را انجام نمی دهند.

از آنجایی که مخاطبان ثانویه تأثیر زیادی بر مخاطبان اولیه دارند و همچنین ممکن است در انتقال پیام به مخاطبان اولیه

کمک بزرگی باشند، آنان را نیز به طور کلی و با پرسیدن سؤالات زیر باید تحلیل نمود:

• کدام گروه ها بیشترین تأثیر را بر رفتار مخاطبان اولیه دارند؟

• آنها چگونه این تأثیر را می گذارند؟

• چه منفععی به دست خواهند آورد؟

• دانش، نگرش و رفتار آنها در رابطه با مسأله چگونه است؟

## ۶. کانال ارتباطی

برای انتقال درست پیام به مخاطب و استفاده درست و مؤثر از اطلاعات، مرحله بعدی، انتخاب کانال ارتباطی مناسب جهت انتقال پیام می باشد. کانال ارتباطی در واقع مجرای است که پیام از آن عبور می کند تا به مقصد برسد. در هر فرآیند ارتباطی، منبع پیام باید کانالی را برای انتقال پیام خود انتخاب کند اما تصمیم گیری برای انتخاب کانال مناسب و استفاده درست و بهینه از آن بخش مهم فرآیند ارتباطی است. در این مرحله در واقع باید موارد زیر مدنظر قرار گیرند:

- شناسایی کانال های ارتباطی مورد علاقه گروه مخاطب.

- شناسایی کانال های ارتباطی پرنفوذ در محیط هدف برنامه.

## انواع کانال های ارتباطی

جهت برقراری ارتباط با مخاطبان، با توجه به نوع ارتباط و تعداد مخاطبان می توان از کانال های ارتباطی بین فردی<sup>۱</sup>، گروهی<sup>۲</sup>، سازمانی<sup>۳</sup> و ارتباط جمعی<sup>۴</sup> استفاده کرد.

1. Interpersonal
2. Group
3. Organizational
4. Mass Media

کانال‌های بین فردی شامل پزشکان، دوستان، اعضای خانواده و مشاوران می‌شوند؛ انتقال پیام از طریق این کانال‌ها با اطمینان بیشتری همراه است و ممکن است تأثیر بیشتری داشته باشد. همچنین شامل دیدار حضوری، تماس تلفنی، مشاوره‌های حضوری و تلفنی می‌شوند. این کانال‌ها ترغیب‌کننده و انگیزه بخش هستند و از تغییر نگرش و رفتار حمایت می‌کنند، پرسش‌های فردی را جواب می‌دهند، شکاف‌های اطلاعاتی را پر می‌کنند و قابل انعطاف هستند. البته برای استفاده از این کانال‌ها، افراد ارائه دهنده خدمات سلامت باید آموزش‌های لازم را دریافت نمایند.

کانال‌های گروهی شامل بحث‌های گروهی، سمینارها و کارگاه‌ها، نشست‌ها، مراسم، رویدادهای ورزشی، نمایشگاه‌ها، نمایش‌ها و مسابقات می‌باشد. این کانال امکان تعامل پویا بین مراقب و مراجعین را ایجاد می‌کند، به جزئیات می‌پردازد، باعث اجماع نظرات می‌شود، از تغییر نگرش و تغییر رفتار حمایت می‌کند و در مواردی که اعضای آن با یکدیگر آشنا باشند، اثربخشی آن بیشتر است. البته کاربرد آن برای پاسخ به سؤالات شخصی کم است، و برای تشویق گروه‌های اختصاصی و گروه‌های بزرگ جهت مشارکت، مناسب نیست.

کانال‌های سازمانی و اجتماعی در واقع شامل افراد و گروه‌هایی می‌شود که وظیفه ایجاد حمایت همه جانبه را دارند یا خود هدف برنامه‌های جلب حمایت هستند؛ که می‌توان به سازمان‌ها و مدیران سیاست‌گذار و همچنین گروه‌های مردم‌نهاد اشاره نمود. مثلاً انجمن‌های ضدسیگار یا انجمن‌های حمایت از محیط زیست.

کانال‌های ارتباط جمعی کانال‌هایی هستند که قادرند در زمانی کوتاه به تعداد زیادی از افراد پیام را منتقل کنند، مانند رادیو، تلویزیون، روزنامه، مجلات، بیلبردها، خبرنامه‌ها، مانیتورهای بزرگ در گذرگاه‌ها و همچنین اینترنت و شبکه‌های مجازی. این کانال‌ها برای انتقال پیام‌های کوتاه و حقایق کلیدی کاربرد دارند، پیام را عمومی می‌کنند و به تعداد زیادی از مخاطبان می‌رسانند. البته این کانال تعاملی نیست، به جزئیات نمی‌پردازد، در محتوا و زبان محدودیت دارد و گاهی هزینه آن بالاست.

**نکته مهم در انتخاب رسانه‌ها به عنوان کانال ارتباط برای سلامت این است که، باید توجه کرد که نفوذ یا پوشش رسانه‌ای یعنی بخشی از جامعه که ممکن است به رسانه دسترسی داشته باشند، چقدر است. همچنین باید اهمیت یا مطلوبیت رسانه، یعنی اینکه مخاطب تا چه اندازه رسانه مورد نظر را مهم و مطلوب می‌داند نیز مورد توجه قرار گیرد.**

#### ۷. تعیین تاکتیک

منظور از تعیین تاکتیک در واقع تعیین روش و شیوه‌ای است که قرار است با استفاده از آن پیام به مخاطب منتقل گردد. در انتخاب تاکتیک‌های ارتباطی، استفاده از ترکیب رسانه‌ها، رویدادهای اجتماعی و بین فردی مفید است.

#### ملاحظات مهم در تعیین تاکتیک‌های ارتباطی مناسب:

- برقراری ارتباط با رسانه‌ها (دیداری، شنیداری و نوشتاری) و استفاده از آنها
- توجه به مناسبت‌ها
- مصاحبه با افراد
- تشکیل سمینارها و همایش‌های مرتبط با موضوع
- مشاوره با افراد در مورد مسأله مورد نظر
- استفاده از اجتماع‌ها و گروه‌های مختلف
- استفاده از گروه‌های ایمیلی، وبلاگ‌ها، وب سایت‌ها و بستر سلامت الکترونیک

## ۸. طراحی و بکارگیری پیام

پس از تعیین و تحلیل کانال ارتباطی نوبت به طراحی پیام و نحوه به کارگیری آن می‌رسد. در این مرحله پیام‌های کلیدی به کمک ایده‌پردازی و رمزگذاری، تولید و آماده انتقال خواهد شد.

برای طراحی پیام ارتباطی در حوزه تغییر رفتار سلامت، نکات زیر را مد نظر قرار دهید:

- با اینکه آمارها نسبت به داستان‌ها، حاوی اطلاعات بیشتری هستند، اما مطالعات نشان داده‌اند که مخاطبان بیشتر به داستان توجه می‌کنند تا شواهد آماری. زیرا برای بسیاری از افراد پردازش درصد، احتمال و نسبت و... مشکل است. البته ارائه اطلاعات خطر به صورت نمودار قطعاً اثربخشی بیشتری نسبت به بیان جملات کلی مانند "خطر ابتلا به سرطان ریه در افراد سیگاری زیاد است" دارد. همچنین آمارهای مربوط به رفتار ناسالم که در قالب فراوانی بیان شده باشند (۹ نفر از ۱۰۰ نفر افرادی که سیگار مصرف می‌کند به سرطان ریه مبتلا می‌گردند) بهتر از ارائه این آمارها در قالب درصد (۹ درصد) یا نسبت (۹ از ۱۰۰)، فهمیده می‌شوند.

- بررسی شواهد نشان می‌دهد که جوانترها هنگام تصمیم‌گیری، ارزش و بهای بیشتری به نتایج زودرس رفتار می‌دهند و آینده دور را کم‌تر لحاظ می‌کنند. این افراد فکر می‌کنند مرگ و بیماری تنها برای سایر افراد یا افراد مسن رخ می‌دهد و نه برای خودشان. برای این گروه باید بر پیامدهای منفی ناشی از انجام رفتارهای ناسالم، مانند استعمال سیگار، عدم تحرک و همچنین استفاده از غذاهایی ناسالم و فست‌فود، تأکید نمود.

- ارائه پیام پیشگیری به شکل مبهم و کلی به صورت پیشگیری از ابتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش در آینده دور و یا ابتلا به سرطان ریه و سایر عوارض در ۲۰ سال آینده، مناسب نیستند.

این جمله که «حدود ۲۰ سال بعد از ترک کامل سیگار، خطر ابتلا به سرطان ریه تقریباً برابر با یک فرد غیرسیگاری می‌شود»، در چارچوب مثبت طراحی شده و برای اهداف پیشگیری مناسب است. این جمله که «افراد سیگاری ۱۳ برابر افراد غیرسیگاری در معرض ابتلا به سرطان ریه قرار دارند»، مجموعه‌ای از جملات توصیف کننده است که هزینه‌های ناشی از رفتار ناسالم را نشان می‌دهد و در چارچوب منفی طراحی شده و برای اهداف تشخیصی مناسب می‌باشد.

- تا حد امکان از جملات مثبت به جای منفی و از جملات معلوم به جای مجهول استفاده کنید.
- پیام‌های یک وجهی پیام‌هایی هستند که تنها دلایل موافق را با یک وضعیت ویژه ارائه می‌دهند. پیام‌های دو وجهی آنهایی هستند که دلایل مخالف و موافق را با یک وضعیت ارائه می‌دهند و به طور کلی دارای تأثیر بیشتری نسبت به پیام‌های یک وجهی هستند.

- هنگام ارائه پیام، مثلاً برای تغییر رفتار سیگار کشیدن، باید گزینه‌های متعددی برای پیشگیری از این حالت، در اختیار مخاطب خود بگذارید. به عنوان مثال اگر در محیط زندگی شما یکی از بستگان درجه اول شما مانند والدین سیگار مصرف می‌کنند، از ماسک استفاده کنید، از دوستان سیگاری فاصله بگیرید یا در موقع استعمال سیگار، محیط را ترک کنید.

- استفاده از سمبل‌ها حین طراحی پیام ممکن است مفید باشد. برای استفاده از آنان باید پیش‌آزمون انجام گیرد و قابلیت ادراک آنها توسط مخاطبین ارزیابی گردد. باید از سمبل‌ها و نمادهای آشنا برای مخاطب استفاده کرد.

- در طراحی پیام‌ها، تا حد امکان تصاویر واقعی را مورد استفاده قرار دهید؛ مثلاً تصاویر ورزشی برای ترغیب به ورزش کردن.
- نشانه‌های تصویری می‌توانند به جای کلمات یا ایده‌ها استفاده شوند. این نشانه‌ها قادرند حجم نسبتاً زیادی از اطلاعات را به سرعت به بیننده منتقل کرده و یادآوری پیام را افزایش می‌دهند. آنها به خصوص زمانی سودمند هستند که بر یک رفتار خاص

- متمرکز باشند. این نمودارها بدون متن یا توضیح ارائه می‌شوند.
- از قیاس‌های آشنا برای مخاطب استفاده کنید. مثلاً به جای بیان این جمله «پیاده‌روی زمانی مؤثر است که ضربان قلب شما به بالای ۱۰۰ برسد» بهتر است بگویید «پیاده‌روی زمانی مؤثر است که شما احساس تپش قلب می‌کنید». یا به جای اینکه بگویید نمک را به مقدار کافی استفاده کنید»، بگویید «حداکثر یک قاشق چای خوری نمک استفاده کنید».
- برخی مواقع بهتر است به جای تشویق مخاطب برای انجام ندادن رفتار ناسالم فعلی، او را به انجام رفتارهای جدید ترغیب کنیم. این امر به خصوص در زمینه ترک سیگار کاربرد می‌یابد.
- یک اصل مهم در ترکیب بندی پیام، ساده نگاه داشتن آن است. سادگی به معنای ارائه اطلاعات مشخص، طرح‌ها و تصاویر محدود، نوشته‌های موجز و کمی تنوع رنگ‌هاست. با استفاده از طراحی‌های ساده (شما تیک) به جای عکس‌های پیچیده و پراز جزئیات، بار شناختی وارده بر حافظه فعال بیننده را باید به حداقل برسانید (به خصوص اگر زمان مشاهده تصویر محدود باشد). در واقع جزئیات زیاد در تصویر، توجه مخاطب را از نکات مورد نظر منحرف می‌کند.
- رنگ‌های متضاد اثر همدیگر را تشدید می‌کنند و هر یک سبب بهتر دیده شدن دیگری می‌شوند. اگر آنها در کنار هم قرار گیرند، جوی شاد و مهیج ایجاد می‌کنند. رنگ‌های روشن اثری متضاد با رنگ‌های تیره دارند. رنگ‌های روشن دارای حالت‌هایی مانند شادی بخشی، انبساط، گستردگی و سبکی هستند. رنگ‌های تیره نیز دارای حالت‌هایی مانند افسردگی، غم، سکون، انقباض، دوری و سنگینی هستند.
- از ارائه چند ایده به طور همزمان در یک پیام که موجب گیج شدن مخاطب می‌شود، خودداری کنید.
- گاهی عدم هم خوانی پیام با فرهنگ و زبان مخاطب، باعث می‌شود گیرنده پیام آن را متعلق به خود نداند و در نتیجه آن را نمی‌پذیرد و به آن عمل نمی‌کند. برای مثال آیا شعار زیر برای پوستری که جمعیت مخاطبش زنان روستایی است، مناسب است؟ «داشتن الگوی غذایی ناسالم و خوردن غذاهای فست فودی زمینه را برای ابتلا به بیماری‌های گوارشی فراهم می‌کند». یا اگر در جامعه‌ای داشتن پوست برنزه ارزش اجتماعی محسوب شود، پیامی با هدف افزایش میزان استفاده از کرم ضد آفتاب ممکن است مورد پذیرش قرار نگیرد، و به رفتارهای پیشگیری از سرطان کمتر توجه شود.
- با ارائه داستان‌هایی راجع به افرادی که بطور موفقیت‌آمیزی رفتارشان را تغییر داده‌اند، می‌توانید مخاطبین خود را به انجام رفتاری خاص تشویق نمایید. برای مثال انتشار اطلاعات راجع به تعداد کارگرانی که بطور موفق سیگار خود را ترک کرده‌اند، بهتر از گفتن جملاتی مانند این است که «سیگار کشیدن علت سرطان ریه است».
- پیام‌هایی که محتوی سرزنش یا برچسب زدن به قربانی باشد، برای مخاطبین خاص یا جمعیت عمومی مناسب نیستند و توسط آنان طرد می‌شوند. برای مثال برای پیامی با هدف کاهش سرعت در رانندگی برای افراد جوان، تصویری نشان داده می‌شود که در آن فردی با ویلچر نشسته است. این تصویر و پیام برچسبی برای افراد دارای ناتوانی می‌باشد.

#### چند معیار مهم در طراحی پیام:

- پیام باید توجه مخاطب را جلب و حفظ نماید.
- پیام باید واضح و روشن باشد.
- آنچه در پیام توصیه شده باید قابل باور و قابل انجام باشد.
- مفهوم کلیدی را باید در شروع پیام ارائه نمود مانند: سیگار عامل ابتلا به حداقل ۱۴ نوع سرطان است.
- بایستی در پیام شواهد و مدارک کافی برای تهدیدات و مزایای انجام دادن یا ندادن رفتار، ارائه شود.
- پیام نباید سبب ملامت فرد شود.
- ارائه دهنده پیام باید یک منبع معتبر اطلاعات باشد.
- پیام باید مبتنی بر نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار باشد (مانند مدل SOC).

### ۹. پیش آزمون پیام

مرحله نهم در ارتباط و انتقال پیام تنظیم پیش آزمون می باشد. در واقع پیش آزمون به ما می گوید آیا پیام ها و رسانه های مورد استفاده مناسب هستند یا خیر. همچنین به ما کمک می کند تا مطمئن شویم که رسانه مورد استفاده، زبان قابل درک، تصاویر مناسب و پیام های مؤثر دارد. در واقع پیش آزمون به شما اجازه می دهد تا نقایص موجود در پیام ها را پیش از صرف هزینه و تولید نهایی مشخص کنید. از طریق پیش آزمون مواردی از قبیل جامعیت، نقاط قوت و ضعف، مرتبط بودن با مخاطب، و نیز اجزای گیج کننده، حساسیت برانگیز یا بحث برانگیز پیام مشخص می شود. جهت طراحی پیش آزمون روش های مختلفی مورد استفاده قرار می گیرد:

- استفاده از پرسشنامه های خود گزارشی: پرسشنامه هایی که در اختیار گروه هدف قرار می گیرد و از آنان درباره اجزای کلیدی پیام پرسش می شود.
- بحث گروهی متمرکز: با انتخاب گروه های کوچکی از بین مخاطبان و بحث در مورد پیام تولید شده، معیارهای مورد نظر ارزیابی می شود.
- مصاحبه فردی: گاهی لازم است با منتخبی از افراد گروه هدف، مصاحبه هایی درباره محتوا و شکل پیام تولید شده انجام شود و با اعمال نظرات آنان پیام نهایی شود.
- گروه کارشناسان و دروازه بانان: استفاده از نظرات کارشناسان و صاحب نظران آشنا به موضوع و دروازه بانان (افرادی که می توانند جریان اطلاعات به گروه مخاطب را کنترل کنند).
- استفاده از موقعیت های واقعی: گاهی لازم است با ارائه پیام به گروه مخاطب در موقعیت های واقعی مانند مراکزی که آنان حضور دارند و بررسی عکس العمل ها و نظرات آنان، پیام را پیش آزمون کرد.

### یک مثال از آنالیز بحث گروهی

در یک جمعیت ۴۰ نفره، بحث گروهی در چهار گروه انجام شده و پیام طراحی شده نزد گروه ها پیش آزمون شد. سؤال زیر از هر فرد شرکت کننده پرسیده شد.

• سؤال: لطفاً به من بگویید در این عکس چه چیزی می بینید؟ پیام این عکس چیست؟



درصد	جمع	گروه ها				دسته بندی پاسخ
		گروه ۴	گروه ۳	گروه ۲	گروه ۱	
۸۰	۳۲	۶	۸	۱۰	۸	فهم کامل
۲۰	۸	۳	۳	۰	۲	عدم فهم پیام
۰	۰	۰	۰	۰	۰	فهم نسبی
۱۰۰	۴۰	۹	۱۱	۱۰	۱۰	کل

• ۳۲ نفر عکس را بطور صحیح فهمیدند، ۸ نفر عکس را درست نفهمیدند، و هیچ کسی نبود که عکس را به طور ناقص فهمیده باشد.

### ۱۰. ارزشیابی

مرحله نهایی در طراحی پیام، ارزشیابی می باشد. به عبارتی در پایان کار و در انتهای انتقال پیام، میزان تغییرات در مخاطبان اندازه گیری می شود تا از دستیابی به نتایج مورد انتظار اطمینان حاصل شود. جزئیات مربوط به شاخص های رفتاری، اجتماعی یا سازمانی به همراه دیگر پارامترهای ارزشیابی در این قسمت برآورد می شود. روش های جمع آوری و تحلیل داده ها و نیز نحوه گزارش اطلاعات به دست آمده و هزینه های مربوطه، بخش های دیگر این قسمت خواهند بود (برای جزئیات بیشتر به فصل ارزیابی مداخلات مراجعه نمایید).

مردی ۵۵ ساله، متأهل، کارمند و صاحب دو فرزند مراجعه نموده است. در شرح حال فرد، وی مبتلا به بیماری دیابت می‌باشد که در حال حاضر با مصرف داروهای خوراکی و رعایت رژیم غذایی بیماری خود را کنترل می‌کند. طبق گفته خود، حدود ۲۰ سال پیش در هفته سه بار جهت انجام ورزش بدنسازی به باشگاه می‌رفته است ولی اکنون به علت شرایط کاری و زندگی قادر به رفتن به باشگاه نمی‌باشد. با این وجود نامبرده مایل است که در طول روز بدون نیاز به رفتن به مکان خاص (باشگاه) ورزش کند. وی در چه مرحله‌ای از تغییر است، چگونه با طراحی پیام‌های ارتباطی به وی کمک می‌کنید تا وارد مرحله بعدی شود؟

پاسخ:

### مراحل انجام کار بر اساس الگوی طراحی پیام سلامت و طبق مدل SOC اقدامات

تعیین هدف کلی	انجام ورزش به صورت روزانه توسط فرد (فرد در مرحله آماده سازی است)
تعیین اهداف اختصاصی	اهداف رفتاری: در پایان دوره فرد روزانه ۳۰ دقیقه از مسیر رفتن به محل کار خود را پیاده برود. اهداف اجتماعی: بتوان با تغییر رفتار مخاطب، بر نزدیکان وی نیز تأثیر گذاشت.
تحلیل وضعیت موجود	وضعیت درآمد فرد معمولی است و ماشین فرد پراید می‌باشد. به فرد گفته می‌شود که با پیاده رفتن هزینه مصرف بنزین کاهش می‌یابد و در نتیجه در اقتصاد خانواده صرفه جویی می‌گردد. همچنین می‌توان از رئیس خواست در صورتی که فرد پیاده روی مرتب روزانه داشت به وی یک روز مرخصی پاداش دهد.
درگیر کردن ذی نفعان	می‌توان از رئیس کمک گرفت تا برخی روزها به فرد اجازه پارک کردن خودرو را در پارکینگ ندهد تا او پیاده بیاید.
تحلیل مخاطبان	مخاطب اولیه: مرد ۵۵ ساله، متأهل و کارمند که مایل به ورزش کردن می‌باشد. مخاطب ثانویه: همسر فرد می‌باشد که خود مرتب سه جلسه در هفته به باشگاه ورزشی می‌رود و می‌تواند بر فرد تأثیر بگذارد.
کانال ارتباطی	می‌توان از همسر فرد کمک گرفت. می‌توان از طریق شبکه‌های اجتماعی و پیام دادن با وی در تماس بود.
تعیین تاکتیک	از همسر و فرزند فرد بخواهیم که هر روز به فرد یادآوری کنند که امروز قسمتی از مسیر را پیاده برود. می‌توان روزانه به فرد از طریق پیام رسان یا SMS پیام داد و مزایای داشتن برنامه پیاده روی را به وی یادآوری کرد.
طراحی پیام و بکارگیری	ساخت استیکرهای حاوی پیام‌هایی در مورد گزینه‌های پیاده روی و یادآوری پیاده روی و فرستادن آنها برای فرد (نمونه استیکرها پیوست شده است).
پیش‌آزمون	گروه کارشناسان: استفاده از نظرات افراد صاحب نظر در خصوص مناسب بودن محتوای پیام استفاده از موقعیت‌های واقعی: استیکرها و پیام‌های ورزشی را برای ۱۰ نفر می‌فرستیم و از آنها می‌خواهیم حسی که نسبت به ورزش کردن از این پیام‌ها می‌گیرند را بیان کنند.
ارزشیابی	پس از انتقال پیام به فرد، در پایان تعداد روزهایی که فرد در مسیر رفت و برگشت به محل کار خود، پیاده روی داشته را بررسی می‌کنیم. و همچنین از طریق اندازه‌گیری میزان تأثیر پیام بر تغییر در رفتار فرد می‌توان میزان جذابیت و قابل فهم بودن پیام را نیز ارزیابی کرد.

رئیس یکی از شعبه های بانک، پس از بررسی متوجه شده است که کارمندان الگوی تغذیه ایی نامناسبی دارند و در محل کار برای وعده ناهار عمدتاً از غذاهای فست فود استفاده می کنند. ایشان پس از مشورت با یکی از مراقبین سلامت تصمیم به برگزاری یک کمپین تغییر رفتار می گیرد. لذا از ایشان می خواهد تا برنامه ارتباطی مؤثری در راستای تغییر رفتار تغذیه ای طراحی کند.

پاسخ:

اقدامات	مراحل انجام کار بر اساس الگوی طراحی پیام سلامت و طبق مدل SOC
تغییر دیدگاه و نگرش کارمندان بانک در مورد عادات غذایی خود طی ۳ ماه	تعیین هدف کلی
اهداف رفتاری: در پایان دوره کارمندان بانک نسبت به الگوی رژیم غذایی نامناسب خود آگاهی پیدا کنند و انگیزه تغییر آن به الگوی غذایی سالم را در خود احساس کنند و طبق مدل SOC از مرحله دو وارد مرحله سه شوند.	تعیین اهداف اختصاصی
اهداف اجتماعی: در همه کارمندان تغییر نگرش ایجاد گردد و مضرات رژیم غذایی ناسالم را بشناسند و مزایای رژیم غذایی سالم را بدانند و آن را به یکدیگر گوشزد کنند.	تحلیل وضعیت موجود
هدف سازمانی: مدیریت بانک مضرات الگوی رژیم غذایی ناسالم را بداند و جهت تغییر آن در کارمندان زمینه های لازم را فراهم کند.	درگیر کردن ذی نفعان
کارمندان به علت کار زیاد، زمان مناسب برای صرف غذا ندارند.	تحلیل مخاطبان
جلب همکاری رئیس بانک جهت فراهم آوردن شرایطی برای بیان مضرات داشتن الگوی غذایی ناسالم و فواید الگوی غذایی سالم.	کانال ارتباطی
صحبت کردن با کارمندان خود در مورد آوردن غذای خانگی سالم.	تعیین تاکتیک
خود غذای سالم مصرف کند و به عنوان الگو برای کارمندان خود باشد.	طراحی پیام و بکار گیری
مخاطب اولیه: کارمندان شعبه ایی از بانک کشاورزی که الگوی غذایی ناسالم دارند و از غذاهای فست فودی استفاده می کنند.	پیش آزمون
مخاطب ثانویه: رئیس شعبه، خانواده افراد، دوستان نزدیک و همکاران در شعب دیگر که بر نظرات و دیدگاه های فرد تأثیرگذارند.	ارزشیابی
کانال ارتباطی اشخاص تأثیرگذار: از رئیس شعبه و افراد خانواده برای بیان پیام استفاده کرد.	
رسانه جمعی: با استفاده از پوستر و تشکیل گروهی در پیام رسان که همه کارمندان آن بانک عضو آن گروه باشند.	
تشکیل جلساتی با همه کارمندان بانک در خصوص بیان مضرات رژیم غذایی ناسالم و غذاهایی که افراد نباید بخورند و خطراتی که این الگوی غذایی برای آنها ارمغان می آورد و همچنین فواید غذای سالم و غذاهایی که می توانند در محل کار مصرف کنند.	
نصب و قرار دادن پوسترهای آموزشی در محل کار با محتوای مضرات داشتن الگوی غذایی ناسالم و یا غذاهایی که نباید مصرف شوند و غذاهای سالمی که مناسب مصرف در بیرون و محل کار است.	
قرار دادن مطالبی در خصوص اهمیت تغییر الگوی غذایی در کانالی که کارمندان بانک عضو آن هستند و تشویق و ترغیب افراد به تغییر الگوی غذایی خود.	
با معرفی یک بشقاب سالم به افراد یادآور شویم که از هر گروه غذایی چه میزان باید استفاده کنند (نمونه پیوست شده است).	
با استفاده از پرسشنامه خود گزارشی، سؤالاتی در مورد مناسب بودن محتوای پوستر و سخنرانی تهیه کرده و به افراد بدهیم و میزان فهم و درک آنها را از آن پیام ها و مؤثر بودن آنها بررسی کنیم.	
پس از انتقال پیام به مخاطبان در پایان دوره آموزش، باید بسنجیم که نگرش کارمندان در مورد الگوی غذایی تغییر کرده و نسبت به مضرات غذاهای فست فودی و اثرات بد آنها بر سلامتی خود آگاهی دارند.	



آقای ۵۷ ساله، متأهل، بازنشسته و صاحب پنج فرزند جهت ترک سیگار به شما مراجعه کرده است. طبق گفته خودش تا سن ۳۰ سالگی سیگار مصرف می‌کرده است ولی مجدداً بعد از ۲۶ سال، حدود یک سال است که دوباره مصرف سیگار را شروع کرده است، سابقه بیماری خاصی ندارد. پیامی جهت کمک به وی برای ترک سیگار طراحی کنید و روش انتقال پیام را طبق مراحل گفته شده تحلیل کنید. همچنین بیان کنید چه نکاتی را برای برقراری ارتباط مؤثر با این فرد رعایت می‌کنید؟

با خانمی ۳۸ ساله، متأهل و کارمند مواجه می‌شوید که ۱۰۵ کیلوگرم وزن و ۱۶۹ قد دارد. طی شرح حالی که از وی می‌گیرید متوجه می‌شوید که سابقه بیماری خاصی ندارد و داروی خاصی نمی‌خورد ولی خانواده وی که شامل پدر و مادر و یک برادر می‌باشد همگی چاق هستند و مادروی دیابت دارد. طبق گفته خود اکر اوقات غذاهای پرچرب و بیرونی مصرف می‌کنند و هیچ کدام ورزش نمی‌کنند. نامبرده احتمالاً در کدام مرحله SOC است؟ طبق مراحل گفته شده پیامی طراحی کنید و با شیوه ارتباط مؤثر برای سلامت، پیام مذکور را به وی منتقل کنید (می‌توانید یک یا دو رفتار سلامت را مد نظر قرار دهید).

مردی ۵۰ ساله، متأهل و صاحب ۴ فرزند می‌باشد. وی راننده تریلرهای حمل بار بوده است. حدود سه سال پیش تصادف می‌کند؛ قبل از تصادف فرد بسیار پرتحرکی بوده و در طول هفته ورزش داشته، اما بعد از تصادف ورزش را ترک کرده است. جهت ایجاد انگیزه در فرد و آماده کردن او برای افزایش تحرک و فعالیت بدنی و برگرداندن وی به زندگی قبلی اش چه پیامی مناسب است؟ چگونه می‌توان با وی ارتباط مؤثری برقرار کرد؟

با یک جمع دوستانه از افراد میانسال که به طور منظم هر روز عصر در یکی از پارک‌های تهران جهت انجام بازی شطرنج حضور پیدا می‌کنند روبه رو می‌شوید. این جمع دوستی متشکل از ۲۰ نفر با طیف سنی ۵۶ الی ۶۰ سال است که به شطرنج علاقه دارند. طبق گفته خودشان سال‌هاست که سیگار می‌کشند. در مورد عوارض سیگار زیاد شنیده‌اند ولی باور ندارند. در مورد مرحله SOC این افراد صحبت کنید. چگونه می‌توان با این افراد ارتباط مؤثر برقرار کرد و با انتقال پیام‌های سلامت آنان را برای تغییر رفتار آماده نمود؟

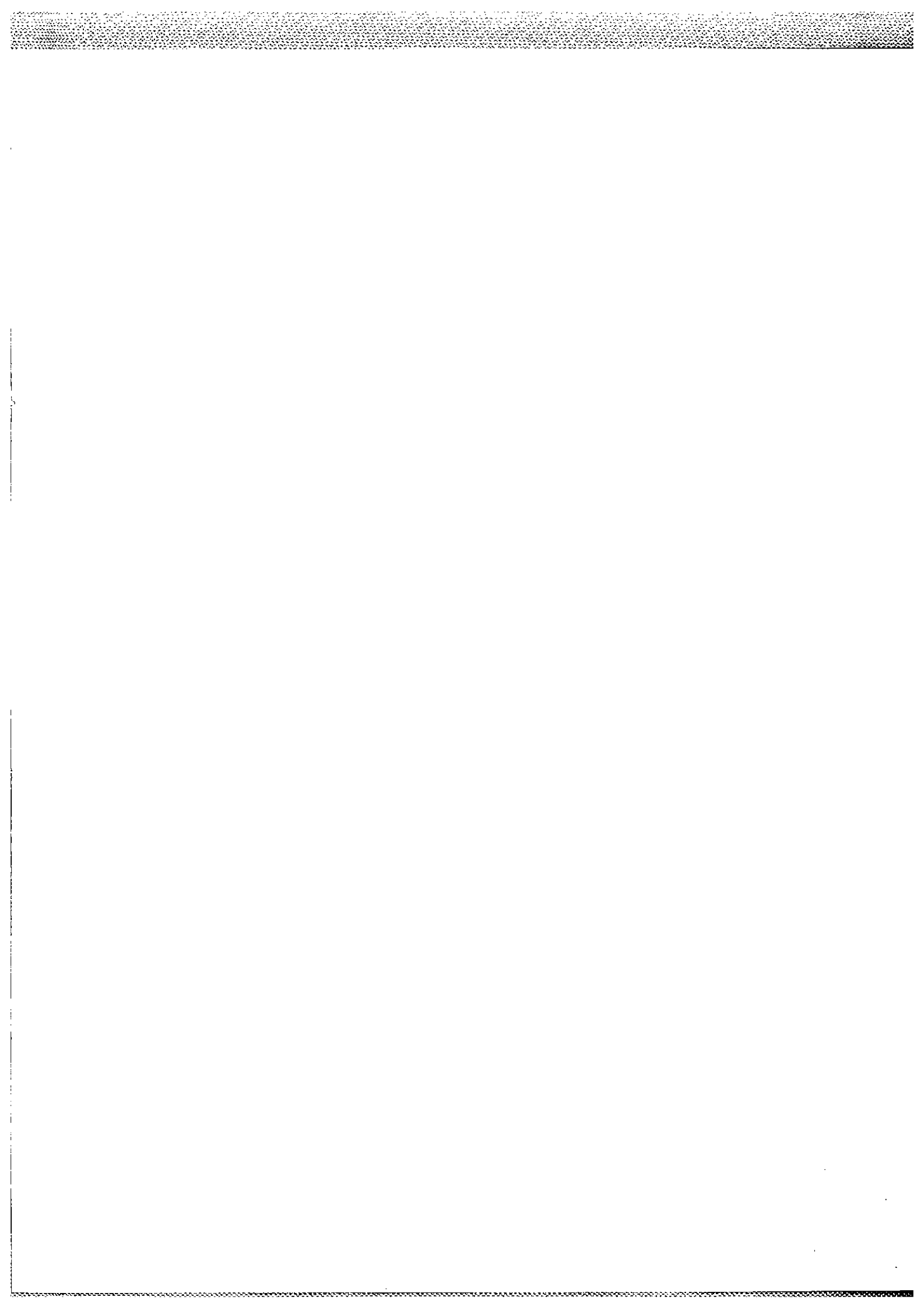


فصل نهم

## مهارت تصمیم‌گیری و انتخاب

در پایان این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ  
دهید:

- تصمیم‌گیری چگونه رخ می‌دهد؟
- چرا رفتارهای ناسالم را انتخاب می‌کنیم؟
- راه کارهای بهبود تصمیم‌گیری کدامند؟
- مداخلات مبتنی بر یاداش چه تأثیری بر رفتار  
سلامت دارند؟



## مقدمه

در دنیای علوم شناختی دو نوع رویکرد کلی به انسان وجود دارد؛ گروهی معتقدند که ما موجوداتی منطقی و دقیق هستیم و گروهی برعکس انسان را موجودی احساساتی و غیر منطقی می‌دانند که در اکثر رفتارهای روزمره، حساب شده تصمیم‌گیری نمی‌کند. گاهی ما هر دو نوع نگاه را در کنار هم داریم مثلاً خودمان را موجودی منطقی و فرد مقابلمان را احساساتی و بی‌منطق می‌دانیم. واقعیت این است که هر دوی این طرز فکرها درست هستند و ما در آن واحد هم منطقی و هم احساساتی هستیم؛ و این مسأله در درک نحوه تصمیم‌گیری و انتخاب بین رفتارهای سالم و ناسالم (فعالیت بدنی در مقابل تماشای تلویزیون) بسیار مهم است. در واقع مغز ما دو سیستم برای فکر کردن دارد؛ یکی حالت منطقی و حساب‌گرو دیگری حالت احساسی و الهام‌بخش.

«حالت احساسی» حالتی است که مغز بسیار سریع و خودکار عمل می‌کند و ما معمولاً نسبت به فرایندهای مغزی رخ داده، آگاه نیستیم. مغز در این حالت از تجارب قبلی و یک سری قواعد ساده شناختی استفاده می‌کند و ارزیابی سریعی از موقعیت در اختیار ما قرار می‌دهد و لذا براساس این اطلاعات تصمیم سریعی اتخاذ می‌شود. برای مثال یادتان می‌آید خیلی وقت‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد ورزش کردن یا سینما رفتن، می‌گویید: «حس می‌گوید» این گزینه را انتخاب کن؛ در واقع این همان حالت احساسی مغز است. اما «حالت منطقی» مغز نسبتاً کند است و ما به آن آگاهی داریم و معمولاً منظور ما از فکر کردن، این حالت مغز است. معمولاً در مسائل پیچیده، یا در مواجهه با شرایط جدید به کمک این حالت می‌توانیم وضعیت را تحلیل کنیم و تصمیم خود را اتخاذ نماییم. اما این حالت مغز محدودیتی جدی دارد و آن هم محدود بودن حجم اطلاعاتی است که در واحد زمان، می‌تواند مورد استفاده قرار دهد. شاید به همین دلیل است که در اکثر تصمیم‌گیری‌ها به حالت احساسی مغز خود تکیه می‌کنیم. این دو حالت و سیستم ممکن است «مستقل از هم»، «موازی با هم» و یا حتی «مقابل هم» کار کنند؛ برای مثال شرایطی را تصور کنید که با وجود اینکه بسیار دقیق و منطقی فکر کرده‌اید و تصمیم عاقلانه‌ای گرفته‌اید اما چیزی از درون تان می‌گوید: «حس می‌کنم یک چیزی این وسط درست نیست».

ورزش کردن تصمیم درستی است، اما رقبا سرسختی مانند تلویزیون، فضای مجازی و رستوران‌گردی دارد. به علاوه فعالیت ورزشی گزینه سریع یا آسانی نیست؛ و در حال حاضر هم برای انتخاب آن الزام و اجباری حس نمی‌شود. در چنین وضعیتی اینکه کدام حالت یا سیستم مغزی برای تصمیم‌گیری استفاده شود، ممکن است به نتایج متفاوتی منجر شود. حالت احساسی مغز معمولاً پاداش‌های زودرس رفتار را در نظر می‌گیرد لذا احتمالاً تماشای تلویزیون یا فضای مجازی نسبت به ورزش انتخاب محتمل‌تری است. اما برای اینکه ورزش انتخاب شود باید حالت منطقی مغز به کار گرفته شود زیرا می‌تواند فواید درازمدت ورزش را به پاداش‌های کوتاه مدت سایر انتخاب‌ها ترجیح دهد.

## ویژگی‌های فرایند تصمیم‌گیری

- فرایند تصمیم‌گیری، به انتخاب یک گزینه از بین گزینه‌های مختلف بسیار پیچیده و متنوع گفته می‌شود. اما برای ساده‌سازی در زیر چند ویژگی این فرایندها را آورده‌ایم:
- در فرایند تصمیم‌گیری، اولویت‌ها از پیش تعیین شده نیستند و معمولاً تغییر می‌کنند.
  - تصمیمات اخذ شده اصولاً واجد حداکثر کارکرد یا کارایی نیستند.
  - تصمیم‌گیری معمولاً بر پایه احساسات و الهامات ذهنی (فرم‌های خودکار ذهنی) انجام می‌شود.
  - فرایند تصمیم‌گیری با خطاهای بسیاری همراه است.

1. Affective mode
2. Deliberative mode

• به نظر می‌رسد برخلاف باور عمومی، انسان اصولاً و الزاماً بهترین گزینه را انتخاب نمی‌کند. بر اساس ویژگی‌های ذکر شده به نظر می‌رسد افراد در اکثر حوزه‌های زندگی روزمره مانند حوزه رفتار سلامت بیشتر «انتخاب احساسی» انجام می‌دهند و در اغلب اوقات گزینه رفتار سالم را انتخاب نمی‌کنند. در ادامه جهت آشنایی بیشتر با علل و عوامل مؤثر بر فرایند تصمیم‌گیری، برخی از سوگیری‌ها یا خطاهای مغزی را به اختصار معرفی می‌کنیم که ممکن است ریشه بسیاری از انتخاب‌های نادرست در حوزه سلامت باشند.

**مثال: اگر این دو گزینه پیش روی شما باشد، کدام را انتخاب می‌کنید؟**

۱. اگر قرار باشد به شما پاداشی (به طور قطعی) تعلق گیرد؛ شما از بین این دو گزینه یعنی «۱ میلیون تومان امروز» یا «۳ میلیون تومان ۳ سال بعد» کدام را قبول می‌کنید؟
  ۲. اگر قرار باشد وزن خود را کاهش دهید؛ شما برای کاهش ۶ کیلوگرم وزن کدام گزینه را انتخاب می‌کنید: ورزش کردن ۴۰ دقیقه در روز، به مدت ۶ ماه؟ رژیم غذایی + مصرف یک قرص چربی سوز بدون عارضه به مدت ۱ ماه؟
- بسته به اینکه از کدام سیستم یا حالت مغز برای تصمیم‌گیری استفاده نمایید، احتمالاً پاسخ شما متفاوت خواهد بود: تصمیم منطقی: مغز به کمک قوانین ریاضی، گزینه‌ای را انتخاب می‌کند که سود آن بیشتر هر چند درازمدت باشد (سؤال اول ۳ میلیون ۳ سال بعد، و سؤال دوم برنامه ورزشی).
- تصمیم احساسی: مغز با اتکا به بُعد احساسی خود به دنبال سود و لذت آنی و انتخاب گزینه ساده و سریع‌تر است (سؤال اول ۱ میلیون امروز، و سؤال دوم برنامه کاهش وزن اماده).

### انواع خطاهای شناختی در تصمیم‌گیری

۱. ارزش بیش از حد به حال حاضر  
بر این اصل استوار است که مغز، به سود یا ضررهای آنی گرایش دارد. در واقع به معنای توجه بیش از حد به سود آنی و کوتاه مدت و بی‌توجهی به خطرات احتمالی در آینده است. مثلاً برای توجیه تماشای یک سریال تلویزیونی به جای رفتن به باشگاه ورزشی به خودمان می‌گوییم «باشگاه را بعداً هم می‌شود رفت».

۲. تعصب روی وضعیت موجود<sup>۲</sup>  
به این معنا است که مغز از وضعیت حال حاضر رضایت دارد و خیلی مایل به تغییر آن نیست. مثلاً در کشورهایی که فرض بر اهدا نکردن عضو است: شانس اهدا ۱۰٪ است. اما در کشورهایی که فرض بر اهدای عضو است (مگر مخالفت فرد): شانس اهدا ۹۸ تا ۹۹٪ است. به عنوان راه کار مقابله با این سوگیری می‌توان در جامعه «رفتار سلامت» را به عنوان گزینه پیش فرض تعریف کرد.

۳. عدم تمایل به «از دست دادن»<sup>۳</sup>

در فرایند تصمیم‌گیری، برای مغز «از دست دادن مهم‌تر از به دست آوردن» است. به عبارت دیگر، میزان ناراحتی از دست دادن چیزی، در مقایسه با شادی به دست آوردن همان چیز، به مراتب بیشتر است. مثلاً از دست دادن ۱ میلیون برابر است با ۲ برابر ناراحتی، در مقابل، به دست آوردن ۱ میلیون برابر است با ۱ برابر خوشحالی. می‌توان از این سوگیری مغزی به نفع انتخاب رفتار سلامت، استفاده

1. Immediate Gratification
2. Status quo
3. Loss aversion

کرد؛ در مداخلات، توجه به این نکته که فرم محرومیت - در مقابل پاداش - تأثیر بیشتری دارد، ممکن است به افزایش تأثیر و احتمال انتخاب رفتار سلامت کمک نماید. برای مثال حذف عیدی، پاداش یا یارانه افراد سیگاری بیش از پاداش دادن به افراد غیرسیگاری می‌تواند بر ترک سیگار اثرگذار باشد.

#### ۴. خطای تأییدیه گرفتن<sup>۱</sup>

افراد غالباً به دنبال شواهدی هستند که رفتار و باورهای آن‌ها را تأیید کند. چنانچه در تصمیم‌گیری، بین گزینه‌های موجود شک داشته باشیم، مغز به دنبال مستندات می‌گردد که نتیجه مورد تمایل خودش را تأیید نماید. مثلاً زمانی که تمایل به تماشای تلویزیون بیش از ورزش کردن باشد، به دنبال شواهدی در تأیید این انتخاب و در نظر نگرفتن گزینه مقابل هستیم. راهکاری مؤثر در این شرایط، استفاده از ابزارهای کمکی برای تصمیم‌گیری است. به عنوان راه کار مقابله با این سوگیری می‌توان شک حرفه‌ای را تقویت کرد؛ یعنی گزینه مقابل (که تمایل کمتری به آن داریم) را هم در نظر بگیریم و در مورد آن بحث کنیم.

#### ۵. خطای تبعیت از جمع<sup>۲</sup>

در موقعیت‌های اجتماعی مغز می‌پندارد آنچه همگان انتخاب می‌کنند، درست است؛ لذا از انتخاب دیگران پیروی می‌کند. مثلاً تبعیت از جمعی از کارمندان که فست فود می‌خورند و یا پیروی از مجموعه‌ای از دوستان که روزی ۴ الی ۵ ساعت وقت خود را صرف فضای مجازی می‌کنند. به عنوان راه کار مقابله با این سوگیری باید از تبعیت غیرمنطقی از رفتارهای دیگران اجتناب کرد.

#### ۶. خطای لنگر انداختن<sup>۳</sup>

این سوگیری حاکی از تمایل برای اتکا و استناد بیش از حد (اصطلاحاً لنگر انداختن) بر روی یک ویژگی یا بخش محدودی از اطلاعات موجود است. این سوگیری معمولاً در لنگر انداختن به اطلاعات اولیه‌ای که درباره موضوعی دریافت شده، دیده می‌شود. مثلاً اثر منفی تبلیغات ناشی از نشان دادن فقط قسمتی از اطلاعات در مورد محصول ناسالم است و اشاره‌ای به مضرات محصول مورد نظر (مانند نوشابه یا فست فود) نمی‌شود.

#### ۷. خطای ابهام<sup>۴</sup>

وقتی ما شواهد محکمی برای پشتیبانی از تصمیمات مان نداریم، آنگاه احتمال دارد به جای موردی که از نتیجه آن مطمئن نیستیم، گزینه‌ای را انتخاب کنیم که احتمال وقوع بیشتری دارد. مثلاً تردید در انتخاب یک رژیم غذایی یا برنامه ورزشی، به ویژه اگر جدید باشد یا مبهم ارائه شده باشد، باعث می‌شود فرد همچنان برنامه غذایی پرخطر قبلی یا بی‌حرکی پیشین خود را ادامه دهد.

#### ۸. ناهماهنگی شناختی

این حالت زمانی رخ می‌دهد که ما به واسطه وجود دو عقیده متضاد در ذهنمان احساس ناراحتی می‌کنیم. ناهماهنگی شناختی تقریباً در تمام تصمیم‌هایی که می‌گیریم احساس می‌شود. هنگامی که ما تصمیمی را اتخاذ می‌کنیم که با ارزش‌ها و عقایدمان در یک راستا قرار ندارد، یا باید عقایدمان را به نحوی تغییر دهیم که از تصمیم ما پشتیبانی کنند یا باید تصمیم دیگری بگیریم که موجب کاهش ناراحتی ما بشود. مثلاً تصمیم برای ترک سیگار، وقتی در جمع یا فضایی حضور داریم که سیگار کشیدن رفتاری متداول و غالب است و تصمیم برای ترک، ممکن است به طرد ما از گروه منجر شود.

1. Confirmation bias  
2. Bandwagon bias  
3. Anchoring bias  
4. Ambiguity effect

#### ۹. خطای ناشی از تعهد<sup>۱</sup>

تعهد تصمیمی شخصی یا عمومی برای انجام عملی خاص است. دلایلی مانند ترس از عدم پذیرش اجتماعی، تأثیر بسیاری بر فرآیند تصمیم‌گیری ما دارد. هنگامی که برای پذیرش کاری قول می‌دهیم، معمولاً حتی اگر گزینه‌های بهتری نیز به ما پیشنهاد شود باز هم بر سر حرفمان می‌مانیم. برای مثال تردید در انتخاب یک پیشنهاد یا رفتار سالم مانند برنامه ورزشی، به دلیل نداخل با برنامه‌ای از پیش تعیین شده برای رفتن به قهوه‌خانه، یا زمانی که برای چت کردن با دوستان در نظر گرفته‌ایم.

#### ۱۰. خطای مقایسه<sup>۲</sup>

این مفهوم بیان می‌کند که حتی اگر استانداردهای ثابتی برای ارزیابی وجود داشته باشد، ما تمایل داریم دو چیز را به طور نامناسب با یکدیگر مقایسه کنیم. برای مثال، فروشنده‌ای که می‌خواهد کالایی گران قیمت را بفروشد، به شما کالای مشابهی را نشان می‌دهد و ادعا می‌کند که قیمتش از کالای مورد نظر شما، بیشتر است. این کار شانس خرید کالای گران اول را توسط شما افزایش می‌دهد. زیرا شما از این حقیقت که هر دوی آنها گران هستند، چشم‌پوشی می‌کنید. همچنین در مورد مصرف فست فود، مقایسه‌ای نادرست وجود دارد؛ مثلاً می‌گوییم افراد زیادی فست فود استفاده می‌کنند و با مشکل خاصی مواجه نشده‌اند، در حالیکه افراد با هم تفاوت‌های اساسی دارند و اگر اثرات منفی فست فود در عده‌ای دیده نشده است، دلیل نمی‌شود که بر ما هم اثری نداشته باشد.

#### ۱۱. خطای منبع معتبر

تصمیمات ما ممکن است به سادگی تحت تأثیر افرادی که برای ما معتبر یا دوست داشتنی هستند، قرار بگیرند (الگو قرار دادن سیگار کشیدن بازیگری مشهور یا چاق بودن فرد محبوب). به عنوان راه کار مقابله با این سوگیری، هنگامی که شخص مورد نظر تلاش می‌کند شما را برای تغییر عقایدتان در تصمیم‌گیری متقاعد کند، مکث کنید و مطمئن شوید که فقط به واسطه اعتباری که برای فرد قائلید یا کشش و علاقه‌ای که به وی دارید، از مسیرتان منحرف نمی‌شوید.

#### راه کارهای کاهش سوگیری‌های متداول در تصمیم‌گیری

- نسبت به خطاهای شناختی و شرایط وقوع آن‌ها آگاه باشید.
- همیشه در جستجوی منابع، اطلاعات و مستندات نو و یا مرتبط باشید که الزاماً انتخاب شما را تأیید نمی‌کنند.
- مسأله مورد نظر را یک بار در قالب مثبت و بار دیگر در قالب منفی نگاه کنید.
- از تأیید و تبعیت از تصمیمات اشتباه جمع خودداری کنید.
- در تصمیم‌گیری از ابزارهای کمکی استفاده کنید.
- برای مقابله با اعتماد به نفس بیش از حد، به دنبال نظرات مختلف و متفاوت سایر افراد باشید.
- دوباره مسأله را تعریف نموده و به منظور اجتناب از الزامات و قیدوبندهای غیرضروری، از فکر کردن به فرم قدیمی مسأله دوری کنید.
- از پاداش، به ویژه در رفتارهای یک باره مانند شرکت در غربالگری یا واکسیناسیون، استفاده کنید.
- سعی کنید رفتارهای سلامت را به صورت گزینه‌های «پیش فرض» طراحی و ارائه نمایید.



ثمین، دختری ۳۰ ساله است که در خانواده‌ای مرفه بزرگ شده است. او دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت می‌باشد و برای این که مستقل باشد در کلینیکی به عنوان منشی مشغول به کار است. ثمین علاقه زیادی به سیگار کشیدن دارد و تقریباً از ۱۶ سالگی سیگار را شروع کرده است. او حدوداً هر دو هفته، یک پاکت سیگار مصرف می‌کند. وقتی پزشک کلینیک به طور اتفاقی این موضوع را متوجه شد، با تعجب علت این کار را از او پرسید و ثمین توضیح داد که در مدرسه‌ای که او تحصیل می‌کرده، دوستانی داشته است که آنها هم به سیگار کشیدن علاقه داشتند و او را تشویق به این کار می‌کردند. بعد از اتمام مدرسه، او نیز چند مرتبه‌ای برای کنجکاوای سیگار کشیده است و از احساس خوبی که به او دست داده، لذت برده بود و از آن به بعد به بهانه‌های مختلف و در استرس‌های روزمره معمولی با سیگار کشیدن و لذت ناشی از آن خود را آرام کرده است. ثمین در پاسخ به این سؤال پزشک که «آیا میدانی سیگار کشیدن چه ضررهایی برای تو دارد؟» اظهار داشت که پدر بزرگ من تا سن ۷۰ سالگی روزی یک پاکت سیگار مصرف می‌کرد و در نهایت در اثر تصادف جان خود را از دست داد و سیگار تأثیری در مرگ او نداشته است. به علاوه ثمین اضافه کرد که «پدرم نیز مرد بسیار خوش تیپ و دوست داشتنی است. او نیز سیگار مصرف می‌کند و به نظرم سیگار او را جذاب تر می‌کند». در این سناریو، سوگیری‌های شناختی ثمین را شناسایی کنید.

## پاسخ

۱. خطای «ارزش بیش از حد دادن به حال حاضر»: ثمین، لذت آنی سیگار را به لذت‌هایی که می‌تواند ناشی از سلامتی در دراز مدت باشد ترجیح می‌دهد.
۲. خطای «تأییدیه گرفتن»: ثمین به دنبال مستنداتی است که تصمیمش را تأیید کند مانند مصرف سیگار توسط پدر و پدربزرگ.
۳. خطای «تبعیت از جمع»: شروع سیگار کشیدن ثمین با تبعیت از پیشنهاد هم‌کلاسی‌هایش شروع شد.
۴. خطای «لنگر انداختن»: ثمین اتکا و استناد بیش از حد به بخش محدودی از اطلاعات ویژگی‌های سیگار کشیدن دارد. تنها مستندات ثمین، پدر و پدربزرگ او هستند که قطعاً در این دو مورد نیز تنها به بخش محدود و دلخواه اطلاعات بسنده می‌کند.
۵. خطای «مقایسه»: ثمین، سرنوشت پدربزرگ خود را به تمام افرادی که سیگار مصرف می‌کنند تعمیم می‌دهد و خود را اشتباهاً با ایشان مقایسه می‌کند.
۶. خطای «منبع معتبر»: پدر ثمین برای او الگو و دوست داشتنی می‌باشد. لذا در سیگار کشیدن نیز ثمین از پدرش تبعیت می‌کند.

## استراتژی‌ها و راهکارهای بهبود تصمیم‌گیری

## ۱. فریب دادن

در بیشتر موارد با وجود ساده‌سازی، مقبولیت و اختصاص پاداش برای بسیاری از رفتارها، انجام آن‌ها هم چنان نیازمند مشارکت فعال فرد است. به منظور بالا بردن شانس انجام این رفتارهای جدید، ایده‌آل آن است که بتوانید با پیدا کردن راه‌های هوشمندانه، مشارکت و تلاش آگاهانه فرد را به حداقل برسانید. این فرایندی است که اصطلاحاً به آن «فریب دادن» گفته می‌شود. اگرچه این استراتژی تنها در موارد خاصی قابل اجراست، اما زمانی که قابل استفاده باشد، بسیار قدرتمند و مؤثر عمل می‌کند. اینکه فریب دادن دقیقاً چگونه می‌بایست انجام شود، به ماهیت عمل بستگی دارد. به این معنا که آیا رفتاری که قصد جایگزینی آن را داریم یک بار و یا به ندرت اتفاق می‌افتد (مانند خرید کفش پیاده‌روی) یا به صورت تکراری و به دفعات (رفتار پیاده روی روزانه) انجام می‌شود.

## ۱.۱. استراتژی‌های فریب برای رفتارهای یک باره

### ۱.۱.۱. پیش فرض قرار دادن رفتار

برای اجرایی کردن این استراتژی باید در ابتدا به دنبال راهی باشید تا رفتار مورد نظر به نفع فرد، قابل انجام باشد. سپس این انتخاب به فرد داده می‌شود که آیا مایل است رفتار یا راه کار پیشنهادی را انجام دهد یا خیر؟ در این شرایط پاسخ پیش فرض «بلی» در نظر گرفته شده و غالباً نیز همین گزینه انتخاب می‌شود، هرچند فرد می‌تواند گزینه «خیر» را نیز انتخاب نماید. نکته مهم در خصوص پیش فرض ها نامحسوس بودن آن‌هاست. افراد عادت به دیدن و شناسایی آن‌ها نداشته و حتی غالباً از وجود آن‌ها نیز بی‌اطلاع هستند، لذا همان طور که انتظار می‌رود معمول‌ترین واکنشی که به پیشنهاد یک گزینه پیش فرض داده می‌شود، پذیرش رضایت‌مندانه آن است.

مثال‌های بسیاری در زندگی روزمره و انتخاب‌های شما وجود دارند که بدون آنکه حتی به طراحی این پیش فرض‌ها واقف باشید، آن‌ها را انتخاب می‌کنید. مثال ساده آن پیش فرض‌هایی است که در نرم‌افزارهای کامپیوتری طراحی شده‌اند. حین نصب یک برنامه شما با دو گزینه نصب پیش فرض و نصب سفارشی مواجه شده و حق انتخاب دارید. با این حال شما با اطمینان از اینکه با انتخاب گزینه پیش فرض مشکلی در نصب نرم‌افزار نخواهید داشت، به صورت «ناخودآگاه» این گزینه را انتخاب می‌کنید. همچنین در مورد رفتار تغذیه‌ای کارمندان می‌توان پیش فرض را غذای سالم قرار داد تا اگر کسی بخواهد غذای ناسالم انتخاب کند، مجبور شود ابتدا گزینه پیش فرض را باطل کند؛ معمولاً این مسأله شانس گزینه پیش فرض را افزایش می‌دهد.

### ۲.۱.۱. ضمنی نمودن رفتار

اگر امکان استفاده از راهکار اول وجود نداشته باشد، همچنان گزینه هوشمندانه دیگری پیش روی شماست: کاری کنید که رفتار مورد نظرتان با رفتار دیگری که فرد ناگزیر به انجام آن است، همراه شود. به بیان دیگر بدون آنکه فرد به انجام رفتار جدید فکر کند، «ناخودآگاه» آن را به عنوان جزئی از رفتار ثانویه انجام خواهد داد. در این شرایط رفتار جدید به صورت خودکار و درحالی‌که فرد مشغول انجام آگاهانه کاری ساده‌تر و جذاب‌تر است، انجام می‌شود.

مثال: برای افزایش مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی ضروری و مقابله با خطرات ناشی از کمبود آن‌ها؛ یکی از مؤثرترین راه‌کارها افزودن این ترکیبات به غذایی است که افراد به صورت روزانه مصرف می‌کنند مانند یددار کردن نمک طعام. در این مثال باید توجه کنید: افراد از تغییر اعمال شده راضی باشند؛ سایر مواد غذایی از محصول مورد نظر حذف نشود و افزودن این گزینه، هزینه اضافی به محصول نهایی تحمیل نکند. گاهی هدف صرفاً افزودن ماده‌های غذایی نیست، بلکه هدف اصلی حذف ترکیبی ناسالم، یا به عبارتی جایگزینی آن با ترکیبی سالم‌تر است. در این شرایط ممکن است نیازی به آگاهی اولیه افراد از تغییر اعمال شده نباشد؛ برای مثال برای کاهش کالری دریافتی، از سس‌هایی بر پایه ماست در برنامه غذایی کارکنان اداره استفاده شود.

### ۲.۲. استراتژی‌های فریب برای رفتارهای تکراری

برای اعمال یا رفتارهایی که به دفعات انجام می‌شوند، می‌توان از هر دو راه کار ذکر شده در بخش قبلی (پیش فرض و ضمنی نمودن) استفاده کرد. علاوه بر این دو روش، راه کار محتمل دیگر خودکار کردن<sup>۲</sup> «فرایند تکرار» است. مبنای این روش آن است که مشخصاً انجام مداوم و تکراری یک عمل، نسبت به انجام یک باره آن به مراتب دشوارتر است. لذا در این روش فرد تنها یک بار با هدف راه‌اندازی، رفتار را انجام می‌دهد و پس از آن مابقی کارها بدون دخالت مستقیم فرد و به صورت فرایندی خودکار انجام می‌شود. یک مثال خوب این روش، استفاده از وسایل الکترونیکی است که میزان فعالیت ورزشی را ثبت می‌کنند. ابزارهایی مانند شتاب‌سنج، ساعت ورزشی و برخی اپلیکیشن‌های گام‌شمار و جی‌پی‌اس به طور خودکار میزان فعالیت فرد را ثبت می‌کنند و با یک معیار

1. Defaulting  
2. Automating

اختصاصی مقایسه می‌کنند. ثبت اطلاعات مربوط به نحوه و شدت ورزش و مقایسه روزانه آن کاری پر دردسر اما مفید است؛ فرد در نوبت اول باید اطلاعات مفصلی را وارد نماید. اما در دفعات بعدی همه چیز خودکار انجام شده و نیازی به دخالت فرد ندارد. وقتی این رفتار خودکار شده باشد، طراحان این ابزار می‌توانند بر اهداف رفتاری جذاب تری مانند کمک به افزایش انگیزش و ارتقاء سطح ورزش مشتریان خود تمرکز کنند.

## ۲. ایجاد یا تغییر عادات

در رویکردهای تغییر رفتار، از عادت‌ها در سطح وسیعی استفاده می‌شود. مثلاً در فعالیت‌های ورزشی یکی از اجزای ضروری چرخه بازخوردی، عادت چک کردن میزان پیشرفت فرد است که برای تشویق و ترغیب فرد به فعالیت بیشتر استفاده می‌شود (مثال دیگر عادت به کنترل میزان کالری دریافتی در هر وعده غذایی است). در ادامه به نقش عادات در تغییر رفتار و چگونگی ایجاد آنها اشاره می‌کنیم.

### ۲.۱. عادات موجب تسهیل رفتار می‌شوند

مغز برای شکل‌گیری عادات، ساخته و برنامه‌ریزی شده است. در واقع رهاسازی مغز از پردازش حجم زیاد داده‌ها و جزئیاتی که در طول روز با آن‌ها سروکار دارد، ایجاد «عادات» را به امری ضروری تبدیل نموده است. البته پیش از آنکه عادت‌ها شکل بگیرد، فرد ملزم به «انتخاب برای اقدام» است. استفاده از عادات، دقیقاً مشابه با فرایندهای خودکارسازی و پیش فرض نمودن رفتارها، نیاز مغز به تفکر را حذف نمی‌کند. بلکه فقط تکالیف دشواری که با آن‌ها روبرو می‌شویم را به مسائلی ساده تر تبدیل می‌کند. از نقطه نظر تغییر رفتار، عادات ممکن است مفید یا مضر باشند. چنانچه روش یا رفتاری خاص مانند برنامه‌ای غذایی یا ورزشی، به فرد در شکل‌گیری عادت‌ها جدید کمک کند، می‌توان امیدوار بود که فرد پس از آن در این حوزه، به صورت خودکار عمل نماید. و دقیقاً مشابه با استراتژی فریب، با عبور از این مرحله می‌توان آماده رویارویی با مسائل دشوارتر (تبدیل رفتارهای پیچیده‌تر به عادت) بود. اما عادات بد هم درست به همان خوبی عادات مطلوب به صورت خودکار اجرا می‌شوند. بنابراین در شکل‌گیری عادات، تلاش‌ها باید در جهت ایجاد عادات «مطلوب» باشند نه اینکه به سمت عادات نامطلوب، متمرکز باشند.

### ۲.۲. چگونگی ایجاد عادات

دو نوع عادت اصلی وجود دارد:

عاداتی که ماحصل تکرارهای ساده (محرک-پاسخ روتین) هستند و آنهایی که واجد ویژگی اضافه‌ای به نام «پاداش» در انتهای رفتار بوده (محرک-پاسخ روتین-پاداش) و شانس تکرار رفتار توسط فرد را افزایش می‌دهند. زمانی که قرار است از عادات به نفع تغییر رفتار استفاده کنیم، افزودن پاداش به سیستم، شانس پای بندی فرد به رفتار جدید را (پس از شکل‌گیری عادت) تقویت و تضمین می‌کند. نمونه‌ای از یک دستورالعمل تغییر رفتار (آنچه در روش آنالیز رفتاری<sup>۱</sup> استفاده می‌شود) در زیر آورده شده است:

۱. یکی از کارهای روتینی را که می‌بایست ده‌ها بار - بدون تغییر بارزی - تکرار شود، شناسایی نمایید (مثلاً ورزش کردن).  
 ۲. به دنبال یافتن محرکی ساده، واضح و اختصاصی در زندگی روزانه فرد یا در خود رفتار باشید (تعطیلات آخر هفته با دوستان که ممکن است محرکی برای ورزش دسته جمعی باشد).

۳. پاداشی معقول و با ارزش برای فرد در نظر بگیرید (دوره‌می و فیلم دیدن بعد از ورزش).

۴. مطمئن شوید فرد از محرک، کار روتین و به ویژه پاداش انتخاب شده آگاه است.

۵. برای انجام روتین مدنظر، از تمایل و توانایی فرد اطمینان حاصل نمایید.

۶. محرک انتخاب شده را گسترش دهید و تنوع ایجاد کنید (هرگونه برنامه تفریحی حتی در روزهای غیر تعطیل محرک خوبی برای ورزش است).

۷. انجام کار روتین را تسهیل نمایید و بررسی کنید آیا روتین واقعاً رخ داده است یا خیر.

۸. فرایند را به گونه‌ای طراحی کنید که بلافاصله پس از انجام کار روتین توسط فرد، پاداش ارائه شود.

۹. مراحل ۸-۶ را تکرار نموده و فرایند را برای رسیدن به فرم صحیح، ارزیابی و اصلاح نمایید.

### ۲.۳. تغییر عادات موجود

این بخش با هدف کمک به افراد برای اقدام به رفتار مناسب طراحی شده است. گاهی تحقق این هدف مستلزم توقف عاداتی (عادات) خاص است و نه صرفاً افزودن عادت رفتاری جدید. برای مثال، بهبود تناسب اندام افراد به واسطه ورزش، نه تنها به فعالیت ورزشی بیشتر، بلکه همزمان به کاهش میزان نشستن و بی‌حرکی نیاز دارد؛ و این به معنای غلبه بر عادت نامناسب موجود (بی‌حرکی) در کنار ایجاد عادت رفتاری جدید (ورزش) است. متأسفانه توقف یک عادت، ممکن است به شکل غیرقابل باوری دشوار و شاید سخت‌ترین بخش تغییر رفتار باشد.

از جمله مداخلاتی که از استراتژی‌های ناخودآگاه برای تغییر رفتار استفاده می‌کنند می‌توان به مداخلات زیرپوستی اشاره کرد. این مداخلات با هدف متفاوتی طراحی و اجرا می‌شوند اما یکی از فواید جانبی آن‌ها ممکن است بهبود رفتار سلامت باشد. مثال:

۱. شکل‌گیری کمپین ضد آلودگی هوا که به کاهش مصرف سوخت‌های فسیلی و جایگزینی آن با دوچرخه و پیاده روی منجر شده است.
۲. طراحی بازی‌های کامپیوتری با محتوای ورزشی یا حرکات موزون.
۳. برگزاری برنامه‌های ورزشی گروهی ممکن است نوعی مداخله زیرپوستی با هدف جانبی توسعه و ترویج همدلی و مهارت‌های اجتماعی باشد.

### ۳. حمایت از رفتارهای آگاهانه

زمانی که انجام هیچ یک از دو روش فوق ممکن نباشد، می‌بایست به فرد کمک نمایید تا آگاهانه رفتار مورد نظر را انجام دهد. به عبارت دیگر برخلاف دو رویکرد قبلی که در تلاش برای به حداقل رساندن مشارکت آگاهانه افراد هستند، استفاده از این استراتژی مستلزم حضور و مشارکت فعال، مستقیم و آگاهانه فرد در جریان انتخاب یا تغییر رفتار می‌باشد. با وجود آنکه راه‌های مختلفی برای اجرای ساده و مطلوب‌ترین فرایند وجود دارد، این گزینه همچنان سخت‌ترین راه برای تغییر رفتار می‌باشد. از این استراتژی به ویژه زمانی استفاده می‌شود که رفتار مورد نظر از یک طرف جدید یا پیچیده باشد و نیاز به انتخاب و تصمیم‌گیری‌های متعدد داشته باشد، و از طرف دیگر قابل پیش فرض و یا خودکار شدن نباشد. برای مثال در ارائه برنامه‌های ورزشی-غذایی ترکیبی، که پیچیدگی‌های آن‌ها مانع از خودکار شدن یا پیش فرض شدن ساده آن‌ها می‌شود، می‌توان از این استراتژی استفاده کرد. در این شرایط برنامه مداخله را برای این دو رفتار به صورت همزمان و یا پشت سرهم طراحی کنید و با آموزش مستقیم فرد را درگیر برنامه کنید. توجه داشته باشید تغییر یکی از این رفتارها (ورزش) موجب افزایش اعتماد به نفس فرد و افزایش احتمال تغییر در رفتار دیگر وی می‌شود. علاوه بر استراتژی‌ها و راهکارهای ذکر شده، استراتژی‌های دیگری نیز وجود دارند که می‌توان از آنها در جهت تسهیل روند تصمیم‌گیری و افزایش کارایی انتخاب افراد استفاده کرد. در ادامه یکی از معروف‌ترین این استراتژی‌ها یعنی «برنامه‌های مبتنی بر نظام پاداش و تنبیه» آورده شده است.

### ۴. مداخلات مبتنی بر نظام پاداش و تنبیه

استفاده از پاداش و تنبیه دو ابزار قدیمی برای ایجاد انگیزش هستند. با این حال آیا ما واقعاً به چگونگی کارکرد آن‌ها واقفیم؟ در استفاده از نظام پاداش و تنبیه برای ترویج رفتار سلامت، کدام یک مؤثرتر است؟ تصور کنید اگر به ازای رعایت یک رژیم غذایی پول دریافت می‌کردید؛ آیا بیشتر به انجام آن راغب نمی‌شدید؟ یا اگر به ازای هر بار

کوتاهی در برنامه ورزشی خود مؤاخذه یا تنبیه می‌شدید، بیشتر و سخت‌تر فعالیت نمی‌کردید؟ نتایج پژوهش‌ها، این پیش‌بینی را تا حد زیادی تأیید می‌کنند. در یک کمپانی اینترنتی به نام stickK.com افراد با رضایت خود قراردادهایی را برای کاهش وزن، فعالیت بدنی و ورزش و یا ترک سیگار امضا می‌کنند و چنانچه در این امر موفق شوند، پاداش مالی دریافت می‌کنند. این در حالی است که در شرایط عادی عموماً افراد برای ثبت نام در باشگاه‌ها - به منظور ورزش یا کاهش وزن - ملزم به پرداخت هزینه‌های زیادی هستند. زمانی که هدف ترغیب افراد به انجام رفتاری خاص باشد، و هر دو گزینه پرداخت هزینه در مقابل دریافت پاداش مالی وجود داشته باشد، به طور منطقی شانس انتخاب گزینه دوم بیشتر خواهد شد؛ و این همان اصلی است که برنامه‌های مبتنی بر پاداش برای تغییر رفتار اتخاذ نموده‌اند. آنچه برای پژوهشگران حائز اهمیت است، فهم چگونگی و شرایط بهینه‌ای است که در آن تشویق‌های مالی بهترین بازده را خواهند داشت. به عنوان مثال رفتارهای مختلف سلامت، یا فرهنگ و جمعیت‌های مختلف ممکن است نیازمند طرح‌های تشویقی متفاوتی باشند. به علاوه در کنار پاداش‌های مالی، می‌توان از پاداش‌های اجتماعی و اخلاقی نیز جهت افزایش اثرگذاری بهره‌جست. در خصوص نحوه ارائه پاداش، نکات متعددی وجود دارد؛ در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌کنیم.

پاداش یا مشوق‌های مثبت (مانند پاداش مالی به ازای رفتار مناسب) و منفی (جریمه برای رفتار نامناسب) از طریق فرایندهای روان‌شناختی متفاوتی اثر خود را اعمال می‌کنند. در طرح‌های تشویقی مثبت، به رفتارهایی که منافع یا اثرات مثبت آن‌ها ممکن است ماه‌ها یا شاید سال‌ها بعد نمایان شود، پاداش آنی تعلق می‌گیرد. این امر موجب تسهیل و تسریع پذیرش رفتار و فعالیت جدید مورد نظر می‌شود.

#### ۴.۱. پاداش تصادفی

یکی از مثال‌های رایج استفاده از پاداش، شرطی‌سازی کلاسیک است. اما این روش مشخصاً مؤثرترین راه استفاده از پاداش نیست. پاداش‌ها زمانی مؤثرتر خواهند بود که به صورت تصادفی استفاده شوند. مثال واضح آن بازی‌های رایانه‌ای است که در آن طراحان بازی به خوبی از این حقیقت مطلع‌اند که اگر ساختار بازی و امتیاز یا پاداش‌های تخصیص یافته به عملکرد افراد قابل پیش‌بینی و یکنواخت باشد، هیچ هیجان و لذتی در انجام آن نخواهد بود. البته زیاده‌روی در استفاده از پاداش‌های تصادفی نیز مجاز نیست. چراکه ممکن است موجب از دست رفتن انگیزه فرد برای شروع یا تداوم رفتار جدید شود.

#### ۴.۲. پاداش فوری<sup>۱</sup>

پاداش‌های فوری به ازای رفتار سلامت، به شکل‌گیری الگوی رفتار سلامت در درازمدت منجر می‌شود. همچنین می‌توان برای مراقبین نیز به ازای موفقیت در ترویج رفتار سلامت، پاداش‌های فوری در نظر گرفت (P4P<sup>۲</sup>). توجه به این نکته حائز اهمیت است که پاداش‌های فوری (هزینه‌های اولیه)، اگر به انتخاب رفتار سالم در درازمدت منجر شود صرفه اقتصادی بالایی دارد. در آمریکا هزینه سالانه‌ای که سیگار، الکل و اضافه وزن به سیستم تحمیل می‌کنند به ترتیب معادل ۹۰، ۲۵ و ۱۵۰ میلیارد دلار است. برای مدیریت این مسأله، در قانون اساسی آمریکا ۳۰٪ از هزینه‌های بیمه سلامت به نظام پاداش‌دهی رفتارهای سلامت، تخصیص داده شده است. به علاوه استفاده از اصل پاداش‌دهی به رفتار سلامت در سیستم مدیریتی بسیاری از کمپانی‌های بزرگ و موفق مانند گوگل، مایکروسافت و اپل دیده می‌شود به گونه‌ای که حدود ۸۶٪ کمپانی‌ها از نظام پاداش و تنبیه در تشویق و بهبود رفتار سلامت کارکنان خود بهره‌می‌گیرند.

1. Immediate reward
2. Pay for performance

### تصمیم‌گیری گروهی و پاداش دیررس

زمانی که نتایج گروهی و دسته جمعی مدنظر باشد، احتمال آنکه افراد بتوانند زمان طولانی تری منتظر نتیجه نهایی باشند را افزایش می‌دهد. در واقع فرد با حضور در گروه و مشاهده نتایج و عوارض تصمیمات أخذ شده، ممکن است کنترل بیشتری روی تصمیمات خود داشته باشد. برای مثال هدف گذاری گروهی برای کاهش وزن، احتمال انتخاب گزینه ورزش را بیشتر می‌کند.

#### ۴.۳. تنبیه

تنبیه ابزار بازخوردی برای آموزش رفتاری جدید به افراد است و برخلاف سیستم پاداش، الگوی تنبیه به هیچ عنوان نباید تصادفی باشد. در آموزش هر نوع مهارت یا رفتار خاص، دریافت بازخورد آنی و عینی، بسیار مهم است. چرا که مدل‌های ذهنی حاکی از آن است که سرعت یادگیری مهارت یا رفتار به صورت مستقیم با سرعت و دقت بازخورد‌های دریافتی در فرایند یادگیری در ارتباط است. دلیل آن این است که رفتار تنها زمانی تغییر می‌کند که بعد از انجام آن، تصحیح صورت بگیرد. در واقع «میزان تغییر» ارتباط مستقیم با «میزان اصلاحات» انجام شده حین فرایند یادگیری دارد. برخی اوقات تنبیه از پاداش کارایی بیشتری دارد؛ برای نمونه در نظر گرفتن پاداش برای کسانی که بدون نیاز به آن هم ورزش می‌کنند، توجیه منطقی ندارد و لذا در این شرایط اخذ مالیات بیشتر از کسانی که بی‌تحرک هستند منصفانه‌تر است. در یک برنامه ترک سیگار روی ۱۵۰۰۰۰ کارمند شرکتی چند ملیتی، برای سیگاری‌هایی که اقدام به ترک می‌کردند، پاداش مالی در نظر گرفته شد. اما به مرور زمان کارمندان غیر سیگاری نسبت به سیگاری‌هایی که پاداش می‌گرفتند احساس بی‌انصافی کردند، لذا تنبیه برای افراد سیگاری جایگزین برنامه پاداش دهی شد. در مثال دیگری ۲۵ دلار تخفیف بیمه برای غیر سیگاری‌ها و ۲۵ دلار تخفیف بیمه برای خوب بودن شاخص‌های سلامتی (فشار، قند و وزن و چربی) را می‌توان تنبیهی دوگانه برای افراد سیگاری دانست. با روش مشابهی افزایش مالیات بر روی اقلامی مثل سیگار نیز به کاهش شانس خرید و استفاده از آن‌ها منجر شده است.

### سیاست گذاران حوزه سلامت باید توجه داشته باشند:

- مداخلات اقتصادی بر ذهنیت افراد و انتخاب رفتار سالم تأثیر دارد.
- اختصاص یارانه دولتی برای برخی مواد مثل شکر ممکن است باعث جایگزین شدن مصرف آب میوه به جای میوه شود.
- اختصاص یارانه برای خدمات درمانی در مقابل رفتار سالم، موجب می‌شود درمان بیش از پیشگیری مورد توجه قرار گیرد. در واقع اطمینان از امکان بهره‌مندی از خدمات درمانی، ممکن است شانس روی آوردن مردم به رفتارهای سالم را کاهش دهد.
- یکی از ضرورت‌ها، طراحی و تدوین راهنمای نظام پاداش و تنبیه برای تغییر رفتار سلامت است.

خانم ابراهیمی مراقب سلامت دبیرستانی دخترانه است و سال هاست که دغدغه ترویج رفتارهای سالم در بین دانش آموزان دبیرستان تحت پوشش خود دارد. او در این راستا فعالیت‌های زیادی انجام داده است و برای حمایت از ترویج و نگهداری رفتارهای سالم در دانش آموزان خود حاضراست وقت و هزینه لازم را بپردازد. به تازگی دو دبیر خبره ادبیات و هنر در این مدرسه به صورت قراردادی استخدام شده‌اند. ولی هر دو دارای اضافه وزن هستند، فعالیت بدنی محدودی دارند، در ورزش صبحگاهی معلمان شرکت نمی‌کنند و حتی گه‌گاه در وعده غذایی ناهار، از بیرون فست فود سفارش می‌دهند. علی‌رغم اینکه این دو دبیر در رشته تخصصی خود به خوبی عمل می‌کنند ولی خانم ابراهیمی نگران تأثیر منفی رفتارهای سلامت این دو دبیر بر روی دانش آموزان می‌باشد. این موضوع، خانم ابراهیمی را از هدفش مبنی بر اینکه تمامی کادر دبیرستان، از نظر رفتارهای سالم الگوی دانش آموزان باشند، دور می‌کند. به نظر شما خانم ابراهیمی چه اقداماتی را می‌تواند انجام دهد تا هم از مهارت‌های علمی این دو دبیر بهره‌بردار و هم به هدف خود در حوزه سلامت دانش آموزان نزدیک‌تر شود؟

#### اقدامات:

خانم ابراهیمی با هماهنگی مدیر مدرسه، جلسه جداگانه‌ای با هر یک از این دو دبیر برگزار کرد، و در آن شرایطی را به شرح زیر تعیین کرد:

۱. جمع‌ساعتی که در ورزش صبحگاهی شرکت می‌کنید، در پایان ماه به عنوان ساعات اضافه کاری محسوب می‌شود.
۲. هر باری که از غذای ناسالم استفاده کنید، ساعت اضافه کاری آن روز حذف می‌شود.
۳. اگر وزن خود را به وزن نرمال برسانید و در این راه تلاش قابل مشاهده‌ای انجام دهید، مدت قرار داد بعدی از ۳ ماه به دو سال افزایش داده خواهد شد.

#### نمونه‌هایی از مداخلات مبتنی بر پاداش

پاداش‌های مالی بهترین نتیجه را در برنامه‌هایی با هدف کمک به ترک سیگار یا افزایش فعالیت ورزشی نشان می‌دهند، اما در خصوص مداخلات کاهش وزن نتایج متناقض است. در ادامه مداخلات پاداش محور را در سه حوزه سیگار، کاهش وزن و فعالیت بدنی معرفی کرده‌ایم.

#### سیگار

در سال ۲۰۰۹ مداخله‌ای برای ترک سیگار روی ۹۰۰ کارمند سیگاری کمپانی جنرال الکتریک انجام شد. افراد گروه کنترل تنها اطلاعاتی در خصوص برنامه‌های ترک سیگار دریافت کردند و به گروه مداخله علاوه بر این اطلاعات، وعده دریافت پاداش به ازای دست‌یابی به یک سری اهداف خاص در مدت زمانی مشخص داده شد. شرکت‌کنندگان گروه دوم که موفق به تکمیل یک برنامه ترک سیگار می‌شدند، ۱۰۰ دلار دریافت می‌کردند. اگر ترک سیگار آنها ۶ ماه ادامه می‌یافت ۲۵۰ دلار دیگر نیز دریافت می‌کردند و ۴۰۰ دلار نیز به افرادی پرداخت می‌شد که تا ۱ سال متعهد به ترک سیگار باقی می‌ماندند (برای اطمینان سطح سرمی یکی از محصولات فرعی نیکوتین سنجیده می‌شد).

نتایج مداخله نشان داد پاداش‌های مالی به صورت چشمگیری شانس همراهی و نیز پایبندی افراد به برنامه‌های «توقف سیگار کشیدن» و در واقع «ترک سیگار» را افزایش می‌دهند. حدود ۱۵٪ افرادی که در گروه دریافت‌کننده پاداش قرار داشتند در مدت ۱۲-۹ ماه به طور کامل سیگار را ترک کردند (در مقایسه با ۵٪ در گروه کنترل). در حالیکه این میزان پس از گذشت ۱۸-۱۵ ماه از مطالعه با کمی تغییر به ۹٫۴٪ کاهش یافت، اما همچنان در مقایسه با گروه کنترل که در نهایت تنها ۳٫۹٪ آن‌ها در ترک باقی ماندند، بالاتر بود. در مداخله دیگری که توسط دانشگاه ییل و یک شرکت استارت-آپ<sup>۱</sup> تغییر رفتار (StickK.com) انجام شد، به گروهی فیلیپینی که

سیگار می‌کشیدند، این شانس داده شد که پولشان را در حساب بانکی بدون بهره‌ای سپرده‌گذاری کنند و همزمان در یک برنامه ترک سیگار نیز حضور داشته باشند. به این افراد قول داده شد در صورت موفقیت در برنامه ترک به این صورت که ۶ ماه بعد از اتمام برنامه تست نیکوتین آن‌ها منفی باشد - پولشان را به طور کامل دریافت خواهند کرد و اگر شکست می‌خورند، پولشان به مؤسسه‌ای خیریه اهدا می‌شود. همان طور که پیش‌بینی می‌شد افرادی که این قرارداد به آنها پیشنهاد شده بود در مقایسه با گروه کنترل ۳۸٪ شانس بیشتری برای ترک داشتند و تا ۱۲ ماه بعد همچنان در ترک بودند. به علاوه هر اندازه پول سپرده افراد بیشتر بود، شانس ترک سیگار و پاک ماندن به مدت یک سال نیز، بیشتر بود. در واقع با این روش گویا افراد هزینه‌ای که برای رفتار نادرست خود (سیگار کشیدن) پرداخت می‌کنند را افزایش داده‌اند. هرچه مبلغ سرمایه‌گذاری بیشتر باشد، یعنی هزینه‌ای که فرد برای سیگاری ماندن پرداخت می‌کند بیشتر باشد، شانس ترک نیز بیشتر خواهد بود.

### فعالیت بدنی

در مداخله‌ای دانشگاهی دانشجویان را به سه گروه تقسیم کردند: یک گروه تنها اطلاعاتی در خصوص منافع ورزش دریافت کردند. به دو گروه دیگر علاوه بر این اطلاعات ۲۵ دلار برای رفتن به باشگاه (یک بار در هفته) داده شد. به یکی از گروه‌ها ۱۰۰ دلار دیگر به ازای رفتن بیشتر به باشگاه (۲ تا ۳ بار در هفته) داده شد. پس از گذشت ۷ هفته از اتمام مداخله، فعالیت ورزشی دانشجویانی که بیشترین پاداش دریافتی را داشتند، دو برابر بیشتر از سایر گروه‌ها بود.

در مداخله دیگری همراه نمودن پاداش مالی با تعداد مشخصی از جلسات منظم ورزشی، شانس اینکه افراد حتی پس از اتمام مطالعه به ادامه برنامه ورزشی و حفظ تناسب اندام خود پایبند باشند را افزایش می‌داد. نکته جالب این بود که افراد پیش از مداخله کمتر از یک بار در هفته باشگاه می‌رفتند ولی پس از آن کمی بیش از یکبار در هفته به باشگاه رفتند؛ درکل می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که تغییری که پرداخت پاداش ایجاد می‌کند، امکان شکل‌گیری «یک عادت مثبت» به مرور زمان است.

### کاهش وزن

زمانی که هدف چیزی ماورای رفتن به باشگاه و فعالیت ورزشی باشد مانند وقتی افراد به دنبال کاهش وزن هستند، استفاده از هر دو نوع تشویق مثبت و منفی ممکن است مؤثر باشد. در سال ۲۰۰۸ در مداخله‌های ۱۶ هفته‌ای، ۵۷ فرد با اضافه وزن به سه گروه تقسیم شدند: برای گروه اول برنامه غذایی و ورزشی مشخصی به علاوه مشاوره فردی ۱ ساعته با متخصص تغذیه در نظر گرفته شد. گروه دوم تمامی شرایط گروه اول را داشتند به علاوه اینکه اگر به هدف برنامه کاهش وزن خود رسیده باشند، شانس برنده شدن در قرعه‌کشی روزانه‌های را بدست می‌آوردند. برای گروه سوم علاوه بر موارد فوق «قرارداد سپرده‌گذاری» در نظر گرفته شد که افراد می‌توانستند بین ۱ سنت تا ۳ دلار در روز به حسابی بانکی واریز نمایند و امکان بازگشت کل پول در صورت موفقیت در برنامه وجود داشت. همان طور که انتظار می‌رفت بیشترین کاهش وزن در افراد گروه سوم مشاهده شد.

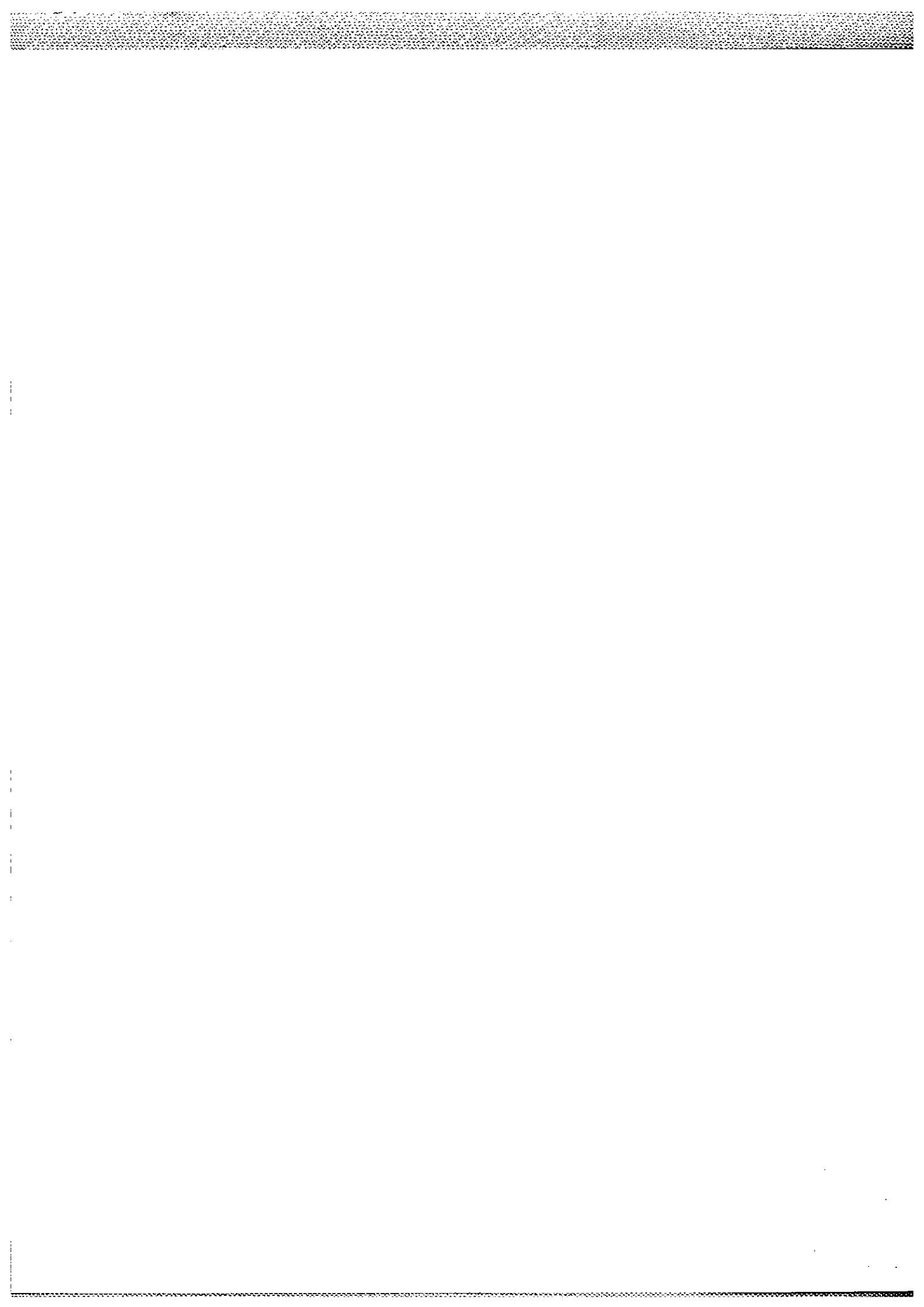
اما نکته جالب آن است که پرداخت پاداش مالی تضمین نمی‌کند افراد لاغر، لاغر باقی بمانند. به گونه‌ای که پرداخت پاداش مالی به مدت ۱۸-۸ ماه، تفاوتی در حفظ و ثبات وزن افراد طی ۱۸-۱۲ ماه پس از اتمام ارائه پاداش‌ها، نداشت. همچنین در فاز نگهداری وزن نیز در بسیاری از مطالعات مشخص شد احتمال بازگشت به وزن قبلی در افراد گروه کنترل یا دریافت‌کننده پاداش وجود دارد. اجرا و تداوم کاهش وزن، بسیار دشوار است. ورود به برنامه کاهش وزن نیازمند پذیرش فرد و سازگاری با شرایط جدید است که ممکن نیست به یک باره و سریع انجام شود. لذا بهره‌گیری از مداخلات مبتنی بر پاداش حتی اگر ریسک بازگشت داشته باشد، روش قابل تأملی است. زیرا اگر برنامه نتایج کوتاه مدت مثبت داشته باشد و نتایج بلندمدتش تداوم داشته باشد، همچنین در طی مسیر با ارائه بازخوردها و پاداش‌های مناسب فرد را همراهی نماید، شانس موفقیت فرد و متعهد ماندنش بیشتر می‌شود.



مداخلات مبتنی بر پاداش مستقل از میزان موفقیتشان، به طور مشخص به تنهایی برای ایجاد تغییر در مسائل اپیدمیک مانند اضافه وزن کافی نیستند. در واقع بهتر است به تشویق‌ها به عنوان مکملی برای سایر روش‌ها نگاه شود. مثلاً اگر به دنبال کاهش وزن هستید قطعاً نیازمند مشاوره تخصصی و برنامه غذایی و ورزشی مشخصی خواهید بود و در این پروسه حضور مشوق‌هایی مانند پاداش مالی ممکن است «تضمین کننده» پایداری شما به آن برنامه باشد. بدون شک نکته نهایی و مهم، پیدا کردن مناسب‌ترین مشوق است، اینکه به افراد کمک نمایید تا محرکی که بیشترین اثرگذاری را برای آن‌ها دارد، شناسایی کنند.

#### تمرین

قرار است یک کمپانی تولید نوشیدنی طی قراردادی یک ساله برای مجموعه بزرگی با بیش از ۱۰۰ هزار پرسنل نوشیدنی تولید کند. با هدف مبارزه با افزایش وزن و براساس مداخلات مبتنی بر پاداش و تنبیه چه راه کارهایی را پیشنهاد می‌دهید؟ در غربالگری انجام شده توسط مراقب بهداشت یک روستا، نتایج نشان دهنده افزایش وزن و کم تحرکی در افراد ۳۰ تا ۴۰ سال است. به تازگی مغازه فست فودی در روستا تأسیس شده است که غذای بیرون بر هم در اختیار مشتریان می‌گذارد. ۷۰ درصد افراد مورد ارزیابی گوشی هوشمند دارند و تقریباً همه این افراد در شبکه‌های اجتماعی روزانه به مدت ۲ الی ۳ ساعت فعال هستند. علی‌رغم غربالگری، افراد علاقه‌ای به مراجعه به مرکز بهداشت و پیگیری وضعیت سلامتی خود ندارند. تعدادی از مردها گروهی مجازی به اسم دختان تشکیل داده‌اند و برای مصرف قلیان هر شب دور هم جمع می‌شوند. تلاش مراقب برای اعلام هشدار در زمینه تغییر سبک زندگی مردم روستا تاکنون به نتیجه نرسیده است. در ابتدا مشخص کنید چه سوگیری‌های شناختی‌ای در این افراد شکل گرفته است؟ چه راه کارهایی برای تغییر در تصمیم‌گیری و انتخاب‌های آنان پیشنهاد می‌کنید؟ فکر می‌کنید در این مسأله پاداش بیشتر به تغییر رفتار کمک می‌کند یا تنبیه؟ تحلیل خود را بیان کنید.



## فصل هفتم

# بازاریابی اجتماعی

در پایان این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- بازاریابی اجتماعی چیست و چه ارتباطی با رفتار سلامت دارد؟
- رویکردهای مختلف بازاریابی اجتماعی را بیان کنید؟
- چگونه می‌توان از بازاریابی اجتماعی برای تغییر رفتار سلامت استفاده کرد؟
- کاربردها و مثال‌های برنامه‌های بازاریابی اجتماعی چیست؟



[The main body of the page is mostly blank white space with some faint, illegible markings and noise, suggesting a scan of a document page.]



## مقدمه

ایده بازاریابی اجتماعی در راستای ارتقای سلامت از زمانی شکل گرفت که این سؤال مطرح شد: آیا می‌توان «رفتار سلامت» را مانند کالایی برای فروش به جامعه عرضه نمود؟ این پرسش زمینه‌ساز تحقیقات و پیگیری‌های جدی برای خلق روش‌های موفق تأثیر گذاری بر رفتار افراد در بخش اجتماعی شد. اصول و تاکتیک‌های اقتباس شده از بازاریابی، ممکن است در ایجاد ارزش در ارتباطات سالم و در نهایت تغییر به سمت انتخاب محصولی اجتماعی یا رفتاری سالم کمک شایانی کند. اما اینکه چه چیزی بازاریابی اجتماعی را از دیگر برنامه‌های ارتقای سلامت متمایز می‌کند و چرا به عنوان یک استراتژی تأثیرگذار معرفی می‌شود، سؤالاتی است که در ادامه بحث به آن‌ها خواهیم پرداخت.

## تعریف بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی را اینگونه تعریف می‌کنند: «کاربرد تکنیک‌های بازاریابی تجاری، جهت تأثیرگذاری بر روی تغییر رفتار به صورت داوطلبانه که در نهایت به ارتقای سلامت و رفاه افراد و جامعه منجر می‌شود». هدف از بازاریابی اجتماعی، توسعه رویکردهای سازنده، برای حمایت از اصلاح و بهبود رفتارهای مردم است. قانون اصلی این است که مخاطبان را قانع کنیم که منافع به کارگیری رفتار جدید، بیشتر از هزینه‌های حفظ رفتار فعلی است. برای آشنایی با مزیت‌های آن نسبت به روش‌های سنتی، خلاصه‌ای از تفاوت‌های کلیدی بازاریابی اجتماعی با آموزش سلامت در جدول ۱ آمده است.

## توصیه‌ای برای مربیان

هدف نهایی بازاریابی اجتماعی، بهبود رفاه فردی و اجتماعی است، نه سودآوری سازمان، و این چیزی است که بازاریابی اجتماعی را از سایر بازاریابی‌ها متمایز می‌کند. بازاریابی اجتماعی معمولاً در قالب کمپین‌های ترویجی با هدف گسترش یک رفتار پسندیده اجتماعی یا سلامت (مانند ورزش، تغذیه سالم، کاهش خشونت) طراحی و اجرا می‌شود.

جدول ۱. مقایسه بازاریابی تجاری، بازاریابی اجتماعی و آموزش سلامت

آموزش سلامت	بازاریابی تجاری	بازاریابی اجتماعی	ذی نفعان اصلی
عموم مردم	مؤسسات بازاریابی تولیدکنندگان کالا	عموم مردم، رهبران سیاسی و اجتماعی، متخصصین، جامعه در کل	ذی نفعان اصلی
دانش	فروش محصول تغییر نگرش نسبت به آن محصول تغییر تصویر مصرف‌کننده از خودش تغییر هنجارها و ارزش‌هایی که بر خرید محصول تأثیر می‌گذارند لذت‌هایی تر هستند در کوتاه مدت سوددهی دارد	رفتارهایی که به افزایش رفاه شخصی و اجتماعی منجر می‌شود	نتایج و پیامدها
نگرش		تغییر در آگاهی و نگرش فرد جهت تأثیر بر انتخاب رفتار مدنظر لذت، به تعویق انداخته می‌شود در درازمدت سوددهی دارد	
مهارت			
تمایل به مخاطبانی است که در حوزه مسائل سلامت اطلاعات و آگاهی کمتری دارند. مخاطب به وسیله آموزش و پرورش یا سطوح مختلف مهارت طبقه بندی می‌شوند.	تمایل به سمت کسانی است که تمکن مالی بالاتری دارند، بیشتر در معرض رسانه می‌باشند و دستیابی به آنها آسان تر است. مخاطبان به طور معمول با ویژگی‌های روان شناختی و جمعیت شناختی و میزان نیاز آنها به محصول طبقه بندی می‌شوند.	تمایل به مخاطبانی است که تمکن مالی خیلی بالایی ندارند و بیشتر نیازمند خدمات اجتماعی می‌باشند؛ طیف گسترده تری از جمعیت را شامل می‌شوند و دستیابی به آنان دشوار تر است. مخاطبان بر اساس ویژگی‌های روان شناختی و میزان نیاز آنها به محصول اجتماعی یا رفتار دسته بندی می‌شوند.	خصوصیات مخاطبان

شامل توجیه هزینه و سود اجتماعی، اقتصادی و همینطور غیر اقتصادی می باشد.	تأکید بر مبادلات پولی است. ممکن است	آموزش گاهی اوقات اجباری (غیر داوطلبانه) است.
تأکید بیشتر بر مبادلات غیر پولی است.	شامل توجیه هزینه و سود اجتماعی برای مصرف کننده باشد. انتظار می رود که	معمولاً اوقات ارزش محتوا در عین حال سوگیری مشخصی به نفع محصول وجود دارد.
مبادلات هزینه انتظار می رود تأمین هزینه های بازاریابی از طریق پرداخت یارانه صورت پذیرد.	اطلاعات در باره محصول درست باشد.	توسط مربیان تعیین می شود.
و سود انتظار می رود که اطلاعات در باره محصول اجتماعی کامل باشد و انتخاب آن کاملاً آگاهانه انجام شود.	محصولات نسبتاً پیچیده هستند مانند تغییر یک رفتار سلامت. رقابت نا محسوس و متنوع است. فاکتورهای اقتصادی مانند قدرت خرید اهمیت کمتری دارند.	فاکتورهای اقتصادی محصولات و رقابت ملموس و دسته بندی شده هستند. فاکتورهای اقتصادی مانند قدرت خرید دارای اهمیت می باشند. توانایی پردازش اطلاعات تأثیر بگذارند.

### مبانی بازاریابی اجتماعی

در این بخش برخی از مبانی بازاریابی اجتماعی به عنوان یک استراتژی محبوب و مؤثر در ارتقای سلامت را مورد بحث قرار می دهیم:

۱. تمرکز بر نتایج رفتاری
۲. اولویت دادن به منافع مصرف کنندگان به جای سود بازاریابان
۳. حفظ دیدگاه بازار
۴. ایجاد یک ترکیب استراتژیک بازاریابی بر اساس مدل چهار P
۵. استفاده از تقسیم بندی مخاطب

### ۱. تمرکز بر نتایج رفتاری

محصولات اجتماعی به طور گسترده شامل ایده ها (مانند برنامه ریزی خانواده، حفاظت از محیط زیست)، نگرش ها (مانند ترجیح تغذیه سالم، ترس از بیماری های قلبی)، خدمات (مانند کلینیک های ترک سیگار، باشگاه های سلامت) و رفتارها (مانند تکنیک های ترک سیگار، بازیافت بطری های شیشه ای) می شود، این در حالی است که هدف اصلی بازاریابی اجتماعی تأثیر بر روی رفتار است. ارتقای محصولات و خدمات کافی نیست و مردم باید به آنها دسترسی داشته باشند و از آنها استفاده کنند. بسیاری از رفتارهای شایسته و مثبت، به دلایل مختلفی توسط افراد پذیرفته نمی شوند. برخی از رفتارهای فعلی، ممکن است حالت اعتیاد داشته باشند (مانند مصرف سیگار) و تغییر آنها، نیازمند اراده ای قوی باشد. برخی از رفتارها، حالت ناخودآگاه دارند و بدون فکر یا تعلیمات آموخته شده، تکرار می شوند. بعضی دیگر از رفتارها نیز وجود دارند که تغییر آنها نیازمند پرداخت هزینه، یا انجام تلاش بسیار است (مانند ورزش کردن). برخی دیگر از رفتارها هم برای شکل گیری در جامعه، به حمایت و فراهم کردن تسهیلاتی توسط سازمان ها و افراد دیگر نیاز دارند. در بازاریابی اجتماعی، تمرکز اصلی بر منفعت درازمدت است. کمپین های بازاریابی حتی اگر فروش بالایی داشته باشند، در صورتی که به تغییر رفتار منجر نشوند، ناموفق تلقی می شوند.

تلاش در جهت دستیابی به اهداف اجتماعی در دو دسته تقسیم‌بندی می‌شود: رفتاری و غیررفتاری. به عنوان مثال، به منظور جلوگیری از تلفات جاده ای، یک راه، نصب کیسه هوا در خودروهاست (غیررفتاری) و راه دیگر، ترغیب افراد به بستن کمربند ایمنی می‌باشد (رفتاری). راه حل‌های غیررفتاری به سمت فضای تکنولوژیکی گرایش دارند؛ در صورتی که راه حل‌های رفتاری اغلب نیازمند بازاریابی اجتماعی هستند.

## ۲. اولویت دادن به منافع مصرف کننده

ابعاد کلی کمپین‌های ارتباطی، نشان می‌دهد که منافع چنین برنامه‌هایی بیشتر به سازمان‌های برنامه ریز می‌رسد. در حالی که برنامه‌های بازاریابی اجتماعی باید بر منافع مصرف کننده تمرکز داشته باشد نه سازمان بازاریابی. کمپین‌های بازاریابی اجتماعی به طور کلی به نفع جامعه‌ای سالم‌تر و محیطی پاک‌تر و با ثبات تر است. به عنوان مثال در صورتی که مصرف کنندگان، رفتارهای ناسالم خود را تغییر دهند، نه تنها مردم سالم‌تر هستند بلکه تقاضای کمتری برای منابع بهداشت عمومی خواهیم داشت، که این ممکن است به نفع طراحان کمپین سلامت در سازمانی دولتی نیز باشد.

## ۳. حفظ دیدگاه بازار

اصل دیگر بازاریابی اجتماعی که آن را از دیگر اشکال هدفمند ارتباطات متمایز می‌کند، مفهوم بازار است. اول اینکه دیدگاه بازار، حول محور نیازهای مصرف کننده می‌چرخد. دوم، عملکرد بازارها به اطلاعات درباره محصولات موجود، هزینه‌ها و چگونگی استفاده از آنها، مزایا و منابعی که می‌توان آن مزایا را به دست آورد، بستگی دارد. سوم، محصولات تبلیغاتی همواره بر سر منابع و توجه مصرف کنندگان رقابت دارند. بنابراین، بازاریابی بر افزایش ارزش محصول مورد نظر و نحوه تصمیم‌گیری و انتخاب مصرف کنندگان تمرکز دارد. به طوری که محصول بتواند با سایر گزینه‌های پیش روی مصرف کننده رقابت کند.

رویکردهای بازاریابی به استراتژی‌های بالادست (مانند سیاست یا تغییرات نظارتی) و همچنین پایین دست (مانند دانش، نگرش مصرف کنندگان) اشاره دارند. اغلب، استراتژی‌های بالادست و پایین دست باید هماهنگ شوند تا تغییرات ساختاری بالادستی به گونه‌ای ایجاد شود که موانع پایین دست را برداشته و به تغییر فردی منجر شود. برای نمونه افزودن ویژگی‌های ایمنی مانند کمربند ایمنی و کیسه‌های هوا به اتومبیل کمک می‌کند تا از آسیب‌های ناشی از تصادفات جلوگیری شود. اما رویکردهای مهندسی باید توسط قوانین اجرایی بالادستی حمایت شود. همانطور که باید به عموم مردم درباره قوانین و اثربخشی کمربندها در کاهش مرگ و میر آموزش داده شود.

بازاریابی اجتماعی نه تنها بر رفتار مصرف کنندگان تأثیر می‌گذارد، بلکه این تأثیر شامل سایر ذی‌نفعان، سازمان‌ها و سیاست‌گذاران نیز می‌شود. به عبارت دیگر علاوه بر جریان رو به پایین، بازاریابی اجتماعی ممکن است به صورت رو به بالا نیز عمل کند و به دنبال تغییر رفتار حرفه‌ای در سطوح بالا نیز باشد.

## ۴. ایجاد یک ترکیب بازاریابی بر اساس مدل چهار P

یکی دیگر از ویژگی‌های متمایز رویکردهای بازاریابی اجتماعی توجه به ترکیب مناسب بازاریابی است که به وسیله چهار عنصر محصول<sup>۱</sup>

قیمت<sup>۱</sup>، محل<sup>۲</sup> یا کانال (ما در این کتاب از معادل کانال استفاده کرده‌ایم)، و ترویج<sup>۳</sup> شرح داده می‌شود. این عوامل در یک استراتژی مؤثر به صورت یکپارچه عمل می‌کنند، اما هر کدام به جنبه‌های مختلف محیط بازار توجه دارند.

#### ۱.۴ محصول

بازاریابان، محصولات را صرفاً به صورت کالای فیزیکی نمی‌بینند بلکه آنها را در ابعاد مختلف عرضه می‌کنند. بازاریابان اجتماعی برای رسیدن به بالاترین مزایا، به مطالعه رفتار کنونی مصرف‌کننده و نحوه جذاب‌تر و ارزشمندتر جلوه دادن رفتار جایگزین، می‌پردازند. به عنوان مثال، برنامه‌ای را در نظر بگیرید که شناسایی و انتخاب انواع غذاهای سالم در رستوران را برای مشتریان ساده‌تر می‌کند. با نام‌گذاری این موارد در لیست غذا به عنوان غذای سالم یا سبک، می‌توانیم آنها را از دیگر انتخاب‌ها متمایز کنیم. ویژگی‌ها یا مزایایی که محصول را در ذهن مصرف‌کننده تعریف می‌کنند ممکن است فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی، روان‌شناختی یا ترکیبی از آنها باشد.

#### ۲.۴ قیمت

قیمت یک محصول در واقع به هزینه ادراک شده آن محصول اطلاق می‌شود و فاکتوری ضروری برای تمایل داوطلبانه مصرف‌کننده می‌باشد. هزینه‌ها ممکن است مادی، اجتماعی یا روانی باشند. آیا رژیم کم‌چرب هزینه‌های بیشتری را در یک ماه تحمیل خواهد کرد؟ آیا برنامه‌های ورزشی ارتباط با خانواده را کم‌رنگ می‌کند؟ آیا تلاش برای کاهش مصرف الکل باعث افزایش سطح استرس می‌شود؟

#### توصیه‌ای برای مربیان

مصرف‌کنندگان قبل از خرید کالا یا اتخاذ رفتاری جدید، هزینه و دستاورد آن را بررسی می‌کنند. لذا بازاریابان اجتماعی سعی می‌کنند نسبت هزینه/سود را در نظر بگیرند تا توازن را به نفع رفتار جدید افزایش دهند و هزینه رفتار جایگزین را کاهش دهند.

کمپین مبارزه با ویروس HSN1 در اندونزی را در نظر بگیرید. این ویروس از طریق جوجه‌ها به پرندگان وحشی و مردم منتقل می‌شود. نگهداری جوجه‌ها در فضای آزاد عموماً ارزان‌تر از نگهداری آنها در قفس است. هزینه تغذیه آنها نیز کمتر است و نیاز به ساختن قفسه ندارد. اما در جایی که ۸۰ درصد مردم از تماس با جوجه‌ها آلوده شده‌اند، منطقی است که جوجه‌ها از دیگر حیوانات و از مردم جدا شوند. بنابراین، تلاش بازاریابان اجتماعی در اندونزی ترویج قفسه‌های ارزان قیمت با استفاده از مواد محلی بود که نه تنها از اقتصاد کشاورز، بلکه از سلامت فرد و خانواده‌اش نیز محافظت می‌کرد. با تشویق مردم به استفاده از مواد محلی به جای قفسه‌های گران قیمت، هزینه کاهش یافت و در نتیجه پیشنهاد بازاریابان مقرون به صرفه بود.

#### ۳.۴ کانال

کانال به جایی اشاره دارد که محصول و اطلاعات آن در اختیار مصرف‌کننده قرار می‌گیرد و تبادل داوطلبانه کالا و اطلاعات انجام می‌شود. کانال‌های توزیع محصول و اطلاع‌رسانی درباره آن، باید به راحتی در دسترس باشد. عوامل مؤثر بر دسترسی ممکن است شامل مواردی مانند محل محصول در فضای فیزیکی یا مجازی، زمان در دسترس بودن آن، میزان تلاش لازم برای یافتن و رسیدن به آن محصول باشد. کانال در مورد محصولات تجاری ممکن است شامل خرده‌فروشی، تحویل در درب منزل یا شبکه‌های اجتماعی غیرسنتی باشد.

1. Price
2. Place
3. Promotion



گزینه‌های زیادی برای بازاریابان اجتماعی وجود دارد؛ استفاده از مکان‌های خدماتی مانند اتاق انتظار کلینیک‌ها یا مراکز بهداشت، استفاده از فرصت‌های خرید (مانند برچسب‌های روی بسته بندی محصولات یا برچسب‌هایی که حاوی اطلاعاتی در مورد محصولات غذایی هستند)، استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، تحویل مبتنی بر وب، تبلیغات در رسانه‌ها و مجلات، سایت‌های خدماتی، نمایش پیام قبل از شروع مسابقات پریننده یا در همایش‌ها و بازاریابی دیجیتال نمونه‌هایی از کانال‌های تبلیغاتی هستند. رشد چشمگیر فضای مجازی باعث دسترسی مصرف‌کنندگان به طیف وسیعی از اطلاعات درباره محصولات اجتماعی شده است. این به نوبه خود طول عمر کانال و سود اجتماعی آن را افزایش می‌دهد (برای جزئیات بیشتر به فصل طراحی پیام مراجعه کنید).

#### ۴.۴. ترویج

ترویج به عناصر ارتباطی، پیام‌رسانی، شکل و محتوای ارائه شده در یک برنامه بازاریابی اجتماعی گفته می‌شود که در نهایت باعث می‌گردد آگاهی مصرف‌کننده نسبت به محصول یا رفتار افزایش یابد. همچنین به ویژگی‌های برجسته آن محصول می‌پردازد و تلاش بر این است که جذابیت رفتار جدید و منافع کوتاه مدت و بلندمدت آن را افزایش دهد. ممکن است به یک استراتژی تبلیغاتی، گروهی نسبت به دیگری بهتر پاسخ دهد. به عنوان مثال، جوان‌ترها ممکن است به تصاویری که پیامد منفی استفاده از سیگار را نشان می‌دهند، نسبت به پیام‌هایی که بر آمار سلامت تأکید می‌کنند، بهتر پاسخ دهند. در هر کدام از این موارد باید رویکردهای تبلیغاتی و سبک پردازش اطلاعات بر اساس مخاطب انتخاب شود.

#### توصیه‌ای برای مربیان

برای ترغیب مصرف‌کنندگان فهرستی از استراتژی‌های پیام‌رسانی وجود دارد از جمله هدف قرار دادن منطق یا احساس مخاطب، پیام‌های یک طرفه یا دو طرفه، استفاده از طنز، ارائه تصویری یا گرافیکی در مقابل ارائه‌های مبتنی بر متن، پیام‌های تعاملی از طریق رسانه‌های الکترونیکی یا از طریق رویدادها، هدف قرار دادن عموم مردم یا عده‌ای متمایز، پیام‌هایی که بر ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی تأکید می‌کند یا آنهایی که تأکید بر منافع شخصی دارد و بسیاری موارد دیگر.

#### ۵. استفاده از تقسیم بندی مخاطب

تقسیم بندی مخاطب، به شناسایی مخاطبان همگن و مشابه و به کار بردن استراتژی‌های بازاریابی از طریق شناسایی ویژگی‌های منحصر به فرد هر گروه، اطلاق می‌شود. گروه‌های مختلف نیاز به استراتژی‌های متفاوت دارند، زیرا ممکن است ارزش‌گذاری‌های متفاوتی نسبت به منافع مورد انتظار از یک محصول داشته باشند. همچنین قیمت‌گذاری محصول و کانال‌های اطلاع‌رسانی در مورد محصول مواردی است که به دسته بندی مخاطب بستگی دارد (جهت توضیحات تکمیلی به فصل طراحی پیام مراجعه کنید).

#### رویکردهای مختلف بازاریابی اجتماعی

استراتژی‌های ایده‌آل بازاریابی، فقط بر ایجاد تغییر در رفتار مردم تکیه ندارد، بلکه به آنها کمک می‌کند تصمیمات درستی در حوزه سلامتشان اتخاذ کنند. برای رسیدن به این هدف یکی از مهم‌ترین مبانی بازاریابی اجتماعی مبحث ارتباطات است. در بازاریابی اجتماعی، ارتباطات باید در شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که مجموع اینها با هم بازار را تشکیل می‌دهند، پایه ریزی شود. ارتباطات سلامت در سه حوزه اصلی محیط سیاسی-اجتماعی، سیستم‌های ارائه خدمات سلامت و افراد جامعه رخ می‌دهد. ارتباطات درون این حوزه‌ها باعث می‌شود تغییرات مختلف در بین مخاطبان و مؤسسات ایجاد و تسهیل شود. این تغییرات به نوبه خود نتایج رفتاری را تسهیل می‌کنند و باعث ایجاد محیط‌های حامی رفتار سلامت می‌شوند. تغییرات در نتایج رفتاری در سطوح مختلف یکدیگر را تقویت می‌کنند و سبب بهبود وضع سلامت در سطح جامعه می‌شوند. بدیهی است در هر برنامه بازاریابی تمام سطوح مختلف بازار درگیر نخواهند بود، اما در ذیل این چارچوب می‌توان بسته به نوع محصول، ماهیت تقاضا و فاکتورهایی که باعث

محدودیت رفتاری می‌شوند، رویکرد محصول محور، رویکرد مبتنی بر مصرف‌کننده یا تقاضا و یا رویکرد مبتنی بر بازار داشته باشیم.

#### ۱. رویکردهای محصول محور

رویکردهای محصول محور، به طور طبیعی روی اولین مورد از چهار P یعنی محصول تمرکز دارند، و هدف آنها ایجاد تمایز میان این محصول و دیگر محصولات جایگزین است. ایجاد تمایز در محصول اغلب از طریق برند سازی<sup>۱</sup> اتفاق می‌افتد. در بازاریابی تجاری، برند به دسته بندی محصول براساس ویژگی مطلوب آن کمک می‌کند. نوشیدنی کوکاکولا، محصولات ورزشی نایک و کمیته بین‌المللی صلیب سرخ تنها نمونه‌هایی از برندهای محبوب بین‌المللی هستند. بازاریاب‌ها چنین محصولاتی را با تبلیغ مزایای آن از جمله کیفیت قابل اطمینان، حفاظت از محیط زیست، طعم و مزه خوب ارائه می‌دهند و با کمک تاکتیک‌های برندسازی، استقبال مخاطب را افزایش می‌دهند. به عنوان مثال، انتخاب نماد دایره آبی واکنشی به فراگیر شدن دیابت بوده که سالانه بخش وسیعی از مراقبت‌های بهداشتی را در سرتاسر جهان به خود اختصاص می‌دهد. همچنین انتخاب شکل دایره برای نماد دیابت به این سبب بوده که از زمان پیدایش بشر این شکل به طور گسترده بیش از هر طرح و شکل دیگری استفاده شده و در عین حال مفهوم آن مثبت است. در فرهنگ‌های مختلف، دایره، نماد زندگی و سلامتی است و به عنوان سمبل اتحاد نیز شناخته شده است. انتخاب حاشیه آبی رنگ در این نماد نشان دهنده رنگ آسمان و رنگ پرچم سازمان ملل است. ماهیت سازمان ملل، سمبل اتحاد میان ملت‌هاست و سازمانی است که می‌تواند به دولت‌ها اخطار دهد که اکنون زمان مبارزه با دیابت است.

#### ۲. رویکرد مبتنی بر مصرف‌کننده

در رویکرد مبتنی بر مصرف‌کننده، برای ایجاد تقاضا، چیزی فراتر از استفاده از خود محصول مد نظر است. به طوری که تمرکز بیشتر روی مصرف‌کنندگان است تا محصول. در برنامه‌های بازاریابی تجاری، هر چه محصول بیشتری به فروش برسد، سود بیشتری عاید می‌شود و بازگشت سرمایه بیشتر است. اما در برنامه‌های بازاریابی اجتماعی، محصولات اغلب یارانه‌ای یا رایگان هستند، بنابراین در واقع موفقیت بیشتر در گرو هزینه بیشتر سازمان بازاریابی برای ارائه محصول است. یکی از راه‌های دستیابی و حفظ تقاضا در مصرف‌کنندگان، در نظر گرفتن هنجارهای اجتماعی است. این رویکرد مبتنی بر این تئوری است که رفتاری که نرمال یا عادی تلقی شود تأثیر بیشتری دارد. متأسفانه تصور اشتباه از هنجارها در میان همسالان رایج است، مخصوصاً زمانی که آن رفتار به دلیل تابو یا غیرقانونی بودن در معرض عموم نمایش داده نمی‌شود مانند روابط جنسی یا مصرف مواد مخدر و نوشیدنی‌های الکلی. اگر نوجوانی معتقد باشد که اکثر همسالان او سیگار مصرف می‌کنند، بیشتر ترغیب می‌شود که او نیز امتحان کند. بازاریابی هنجارهای اجتماعی ممکن است آگاهی مردم درباره میزان واقعی انجام یک رفتار را افزایش دهد، یا حتی یک هنجار جدید را معرفی کرده و ترویج دهد.

#### توصیه‌ای برای مربیان

در رویکرد مبتنی بر مصرف‌کننده، تمرکز بازاریاب روی مصرف‌کننده است و چون هدف سود رسانی به مصرف‌کننده است از رویکرد محصول محور پایدارتر است.

#### ۳. رویکردهای مبتنی بر بازار

رویکردهای مبتنی بر بازار، شکل گسترش یافته رویکرد مبتنی بر مصرف یا تقاضا هستند. تقاضای مصرف‌کننده در دنیایی از گزینه‌ها رخ می‌دهد که در آن تصمیمات با توجه به گزینه‌های دیگر گرفته می‌شود و بسیاری از این گزینه‌ها شانس انتخاب شدن دارند؛ به عنوان مثال، رفتن به رستوران و مغازه فست فود در روزهای تعطیل با دیگر برنامه‌های تفریحی رقابت می‌کند. در قالب یک راه کار، برنامه‌های مبتنی بر بازار را می‌توان به عنوان جایگزینی جذاب قرار داد؛ مثلاً می‌توان فضاهای ورزشی و تفریحی بیشتر و رستوران‌هایی با غذاهای سالم و ارزان‌تر ایجاد کرد تا جایگزین رستوران گردی و عادت خوردن فست فود شود.

## استفاده از نظریه‌های بازاریابی اجتماعی

نظریه‌های زیادی برای تدوین و ارزیابی برنامه‌های بازاریابی اجتماعی در دسترس هستند. این نظریه‌ها بینشی را درباره ویژگی‌های محصولی که ممکن است برای مصرف‌کننده اهمیت داشته باشد ارائه می‌دهند. با ارزیابی ویژگی‌های درک شده یک محصول، بازاریابان می‌توانند تعیین کنند که کدام یک از باورهای مثبت را تقویت کرده و کدام باورهای منفی را تغییر دهند. به عنوان مثال، برای تغییر رفتار مردم در مصرف آب تنها آگاهی نسبت به اینکه با کمبود آب مواجه هستیم کافی نیست. باید رفتاری جدید با مطلوبیت بالا و قابلیت اجرا پیشنهاد داده شود. کمپین «یک لیوان آب کمتر در روز» نمونه‌ای از آن است که باور داشت ممکن است پایتخت با ارائه ساده‌ترین راهکار که همان مصرف یک لیوان آب کمتر در روز است، از بحران کم‌آبی نجات پیدا کند. ایده‌های کلیدی و کاربردی چهار نظریه کلیدی در بازاریابی اجتماعی، در جدول ۲ خلاصه شده است.

می‌توان تثبیت رفتار جدید را با استفاده از بازاریابی اجتماعی و به شرط رعایت موارد زیر، سرعت بخشید:

- این ادراک به وجود آید که رفتار جدید مزیتی نسبی نسبت به رفتار فعلی دارد.
- با ارزش‌های روزمره، ارزش‌های فرهنگی و اولویت‌های آن سازگار است.
- بیش از حد پیچیده به نظر نرسد.
- قبل از به وجود آمدن تعهد، توانایی انجام آن با ریسک پایین وجود داشته باشد.
- بتوان آن را در عمل مشاهده کرد و نتایج تجربیات دیگرانی که آن را انجام داده‌اند، در اختیار باشد.

## جدول ۲. ایده‌های کلیدی و کاربردی چهار نظریه کلیدی در بازاریابی اجتماعی

شناسایی مخاطبان هدف	شناسایی راه کارهای پیام	شناسایی انگیزه‌های عمل	چهارچوب نظری
شناسایی نخستین مخاطبین (کسانی که از تغییر نگرش سود می‌برند)	تغییر باورها درباره ارزیابی عواقب رفتار	مزایا (دستاوردها) و معایب (هزینه‌ها) شخصی و اجتماعی یک رفتار چیست؟	اقدام منطقی / رفتارهای برنامه ریزی شده
شناسایی مخاطبین ثانویه (کسانی که تأثیر می‌پذیرند)	تغییر ادراک هنجارهای ذهنی تغییر انگیزه‌ها برای تطابق با هنجارهای ذهنی	- تا چه اندازه مسأله سلامت برای شخص تهدید ایجاد می‌کند (هزینه‌های عدم انجام رفتار)؟	مدل‌های پردازش موازی
مخاطبان را بر اساس سطوح مختلف درک تهدید و میزان کارآمدی تقسیم کنید.	- ایجاد پیام‌هایی که درک آنها را از تهدید افزایش می‌دهد و خاطر نشان می‌کنند که چطور می‌توانند به طور مؤثر تهدید را کاهش دهند. - ایجاد پیام‌هایی که نحوه انجام پاسخ پیشنهاد شده را توضیح می‌دهند. - شرح نحوه غلبه بر موانع در پاسخ پیشنهادی	- تا چه اندازه اقدامات پیشنهادی مؤثر واقع می‌شوند (بهره‌وری از رفتار)؟ - چطور افراد درکی از توانایی خود برای انجام آن رفتار پیدا می‌کنند (کارایی فردی)؟	

<p>شناسایی مخاطبین اولیه (کسانی که از تغییر نگرش سود می‌برند) شناسایی مخاطبین ثانویه (الگوهای نقش احتمالی و حامیان)</p>	<p>ارائه مدل‌هایی از اقدام مؤثر که جذاب و قانع‌کننده هستند. تشویق تمرین و تکرار آن رفتار ارائه بازخورد و تقویت تلاش‌های رفتاری ایجاد انگیزه برای اجرای رفتار پیشنهادی</p>	<p>چه انگیزه‌های شخصی و اجتماعی بر یادگیری و رفتار تأثیر می‌گذارد؟ چه موانع شخصی و اجتماعی بر یادگیری و رفتار مؤثر است؟</p>	<p>یادگیری مشاهده‌ای</p>
<p>مخاطبین را براساس میزان درکشان از رفتار تقسیم بندی کنید. اعضای کلیدی در گروه را شناسایی کنید.</p>	<p>مزایای فعالیت پیشنهادی را شرح و نمایش دهید. آن را به زبان ساده توضیح دهید. نشان دهید که چطور رفتار جدید حاصل تمرینات امروز است. کسانی که قبلاً رفتار را انجام داده‌اند تشویق کنید تا حامی دیگران شوند.</p>	<p>چطور اعضای مخاطب، نوآوری رفتاری را درک می‌کنند؟ چه مزایایی را پیشنهاد می‌دهد (دست‌آورد)؟ چقدر بیچیده یا خطرناک است (هزینه)؟ آیا عواقب (هزینه و دست‌آورد) رفتار قابل مشاهده است؟ آیا رفتار با شیوه‌های فعلی سازگار است؟ چه تأثیرات و شبکه‌های اجتماعی در محیط، فعالیت را تشویق یا سست می‌کنند؟</p>	<p>انتشار نوآوری</p>

### کمپین «تغییر برای زندگی»: نمونه‌ای موفق از بازاریابی تغذیه سالم و فعالیت بدنی

«تغییر برای زندگی» یک برنامه بازاریابی اجتماعی ملی در کشور انگلستان برای کاهش چاقی است. این کمپین توسط وزارت بهداشت و به کمک نهادهای دانشگاهی و بازرگانی و براساس نظریه و تحقیقات تغییر رفتار، طراحی و اجرا شد. این برنامه از سال ۲۰۰۹ آغاز شد و تمرکز اصلی خود را بر تغییر رفتارهایی قرار داد که به افزایش وزن منجر می‌شدند اما چندان به روش‌های کاهش وزن در افراد چاق نپرداخت. مخاطب اصلی این کمپین خانواده‌ها بودند خصوصاً آنهایی که فرزند زیر ۱۱ سال داشتند. در این کمپین ۷۵ میلیون پوند برای برنامه بازاریابی اجتماعی سه ساله در نظر گرفته شد تا به والدین کمک کند از طریق تغذیه سالم و تشویق کودکانشان به فعالیت بدنی بتوانند آنها را روی وزن نرمال نگه دارند. استراتژی‌های اصلی کمپین حفظ وزن نرمال، گزینه‌های غذایی سالم‌تر، ساختن زندگی فعال، تعبیه پاداش برای سلامت بیشتر و توصیه‌های شخصی و حمایتی بودند. برای حمایت از مشتریان این کمپین، در شعارها و پیام‌ها و محصولات، اسمی از چاقی آورده نمی‌شد. در سال اول بیش از ۴۰۰ هزار خانواده به این کمپین پیوستند. بیش از ۴۴ هزار خانواده پس از ۶ ماه هنوز هم خود را عضو کمپین می‌دانستند و به برنامه تغییر رفتار عمل می‌کردند. طی این مدت نزدیک به ۲ میلیون پاسخ و بازخورد از مخاطبین در قالب نامه، ایمیل، تلفن و مراجعه حضوری دریافت شد.

ارزیابی‌های محققین بازار و دانشگاه، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار طراحان کمپین قرار داد از جمله: اکثر خانواده‌ها فکر می‌کردند ورزش در بیرون از خانه خطرناک است و یا فرزندشان به اندازه کافی فعال هست. اکثر خانواده‌ها به بی‌حرکی کودکانشان دامن می‌زدند. برنامه توسط کمپانی‌های معتبری مانند آسدا و پیپسی و نسکو حمایت شد. نکته بسیار جالب این بود که بازاریابان در این برنامه از برند دولت استفاده نکردند چرا که تحقیقات نشان داده بود مردم دوست دارند خود را جزئی از یک برنامه مردمی بدانند و نه یک برنامه دولتی؛ لذا نام برنامه «تغییر برای زندگی» انتخاب شد که زیرمجموعه‌های متعددی مانند شنا برای زندگی، بازی برای زندگی و پخت برای زندگی و... را شامل می‌شد.

### چشم‌انداز بازاریابی اجتماعی در ایران

به دلیل اهمیت ایجاد تغییر رفتار در حوزه‌های مختلف سلامت، بازاریابی اجتماعی به عنوان شیوه‌های مؤثر، در کشور مورد استقبال قرار گرفته است. تحقیقات بازار نقش عمده و بسیار اساسی در بازاریابی اجتماعی ایفا می‌کنند. با توجه به شرایط مختلف آب و هوایی،

قومی-فرهنگی، مذهبی و... در ایران، به منظور اثربخشی و کارایی هر چه بیشتر برنامه‌های بازاریابی اجتماعی، باید مخاطبین را به صورت دقیق طبقه‌بندی کرده و ویژگی‌های آنان را با دقت تحلیل و بررسی کرد و با توجه به خصوصیات منحصر به فرد هر گروه، برنامه‌ای جامع برای آنها تدوین نمود.

به عنوان مثال، از نظر آب و هوایی می‌دانیم که در جنوب ایران، با توجه به گرمای شدید هوا نمی‌توان برنامه‌های ورزشی را در طول روز در فضای آزاد اجرا کرد یا از نظر سنتی در بعضی مناطق، بانوان محدودیت بیشتری برای فعالیت‌های فیزیکی در پارک‌ها دارند و نیاز به فضای مخصوص برای بانوان می‌باشد. از نظر قومیتی نیز بعضی شهرها جمع‌گرا و بعضی شهرها فردگرا می‌باشند. مثلاً در خوزستان، قوم و عشیره اهمیت بسیاری دارد. بنابراین افراد فشار اجتماعی بیشتری را تحمل می‌کنند و تأیید اطرافیان برای آنها بسیار حائز اهمیت است. مفهوم ورزش و سلامتی نیز برای اقشار و سنین مختلف ممکن است متفاوت باشد. باید در نظر گرفت فردی که قصد رفتن به باشگاه دارد برای سلامتی می‌رود یا تناسب اندام؟ برای دور ماندن از فضای خانه می‌رود یا صرفاً آن را به عنوان تفریح در کنار دوستان می‌بیند؟ آیا دغدغه مالی دارد یا خیر؟ آیا در تأمین ابتدایی‌ترین نیازهای روزمره خود مشکل دارد؟ رفتار جدید چه هزینه‌های مادی و معنوی بر اشخاص تحمیل می‌کند؟ سطح سواد و اطلاعات عمومی فرد در رابطه با مسائل سلامت چقدر است؟ بنابراین با شناخت ویژگی‌های مخاطب از جنبه‌های متفاوت، می‌توان محدودیت‌های هر گروه را شناخت و رفع کرد و به انگیزه‌هایشان پی برد و آنها را تقویت کرد.

همچنین هدف قرار دادن عمیق‌ترین احساسات انسانی از جمله میهن پرستی، قدرشناسی، شرم، تنفر، دلسوزی، عشق، امید و... در جای خود و متناسب با ویژگی‌های فردی و گروهی جامعه هدفمان، بسیار مفید و ثمربخش خواهد بود. مانند زمانی که برای تشویق افراد به ترک سیگار احساس عشق به خانواده را در آنها برانگیخته و این آگاهی را می‌رسانیم که دود سیگار، سلامت خانواده آنها را نیز تهدید می‌کند.

با وجود تجربه نسبتاً موفق بازاریابی اجتماعی در حوزه محیط زیست مانند کمپین آب، نگهداری منابع محیط زیست، جنگل‌ها و حتی کمپین‌های حمایت از گروه‌های در معرض آسیب، تغییر رفتار سلامت، محصولی است که بازاریابی آن دشوار است و با چالش‌های متعددی در داخل کشور روبرو است. شاید یکی از دلایل این باشد که رفتار سلامت رفتاری مکرر است که برای رسیدن به اهداف آن باید برنامه طولانی مدتی را رعایت کرد و این با رفتارهای یک باره مانند کمک به دیگران، تفاوت معنی‌داری دارد. لذا از کلیه محققین بازار و اقتصاد رفتار دعوت می‌شود تا در کنار سیاست‌گذاران سلامت به مطالعه راهکارهای مؤثر بازاریابی رفتار سلامت در ایران بپردازند و این مسأله را به عنوان یک ضرورت راهبردی در دهه آینده مد نظر قرار دهند.

در ادامه، ۳ مطالعه موردی طراحی کرده‌ایم که به شما مریبان عزیز در جهت شفاف‌تر کردن مبحث کمک خواهد کرد

مطالعه موردی

روستای معلم کلا در شهر بابل را در نظر بگیرید. در این روستا مانند بسیاری از مناطق دیگر کشورمان عوامل مختلفی باعث روی آوردن جوانان به سیگار شده است. گروه هدف ما جوانان ۲۰ تا ۳۵ سال مجرد می باشند. در نظر داریم کمپینی طراحی کنیم که آمار استعمال دخانیات را به حداقل رسانده و آن را با عادت ها و رفتارهای جدید جایگزین کند.

در ابتدا باید نیازها، احساسات، انگیزش و دغدغه جامعه هدف خود را بشناسیم و رفتار موجود آنها را بررسی کنیم. به این منظور پرسشنامه ای طراحی کرده و سؤالاتی منطبق با این موضوعات پرسیده شد. پس از تحلیل پرسشنامه، اصلی ترین مسائل و محدودیت های این جوانان (نبود شغل، نبود فضاهای ورزشی مناسب، دستمزدهای پایین، عدم آگاهی از مضرات استعمال سیگار، نبود انگیزه و امید به زندگی) را شناخته و کمپین خود را بر این اساس بنیان نهادیم:

۱. شعار کمپین «رایحه خوشت حس بهتری به من می دهد» بود.
۲. در کنار این شعار تصویر خانمی با یک دسته گل زیبا که در حال استشمام آن است دیده می شد.
۳. آن دسته گل با طراحی خاص به عنوان لوگوی کمپین تعریف شد.
۴. از ابزارهای مختلف تبلیغاتی استفاده گردید. از جمله بروشور، بیلبورد، نایلون فروشگاه ها و تمامی این تبلیغات در راستای تقویت یکدیگر با لوگوی یکسان بودند.
۵. یک صفحه اینستاگرام ایجاد شد که در آن جملات انگیزشی، عکس کسانی که موفق به ترک سیگار شده اند، فواید ترک سیگار و همینطور تصاویر چندش آور و تهوع باری از تأثیری که سیگار بر خون و ریه افراد سیگاری گذاشته است و مظلومیت اطرفیان شان که در معرض دود سیگار بوده و خطراتی که تهدیدشان می کند به کار گرفته شد.
۶. در تمامی رویدادهای جمعی مانند جشن ها فرصت را غنیمت شمرده و آگاهی خانواده افراد سیگاری را در خصوص تشویق درست آنها به ترک سیگار، تغییرات خلق و خو و سختی های پس از ترک سیگار و نحوه صحیح برخورد با آنها، افزایش می دادند.
۷. با کمک دولت و بخش خصوصی و همینطور خیرین برای کسانی که بضاعت کمتری داشتند، یک استخر و باشگاه ورزشی با حق عضویت ماهی ۱۰ هزار تومان ارائه خدمت می نمود.
۸. یک هفته در میان جلسه هایی به صورت رایگان برگزار می شد که در آن انواع مهارت ها برای ایجاد اشتغال یا خود اشتغالی آموزش داده می شد و به آنها برای رشد شخصی و بهبود عزت نفس نیز کمک می شد.
۹. افرادی که سیگار را ترک کرده بودند، دیگران را تشویق به ترک سیگار کرده و خود نیز توسط افراد دیگر حمایت می شدند.

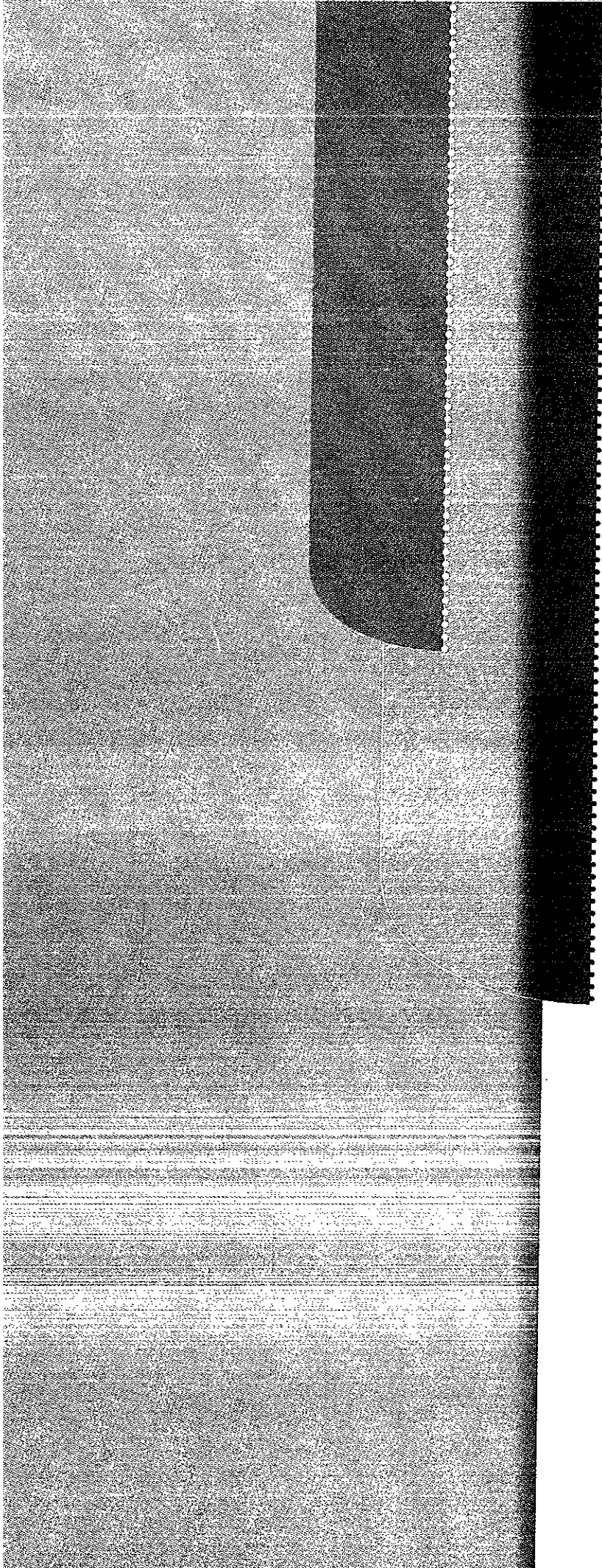
- مدیرشرکتی را در نظر بگیرید که حدود ۳۰ کارمند دارد. وعده‌های غذایی و میان وعده‌های رایگان جزو مزایای جانبی کار در این شرکت است. اما اخیراً بازدهی کار کم شده و فروش پایین آمده است. اکثر کارمندان دچار خوت و اضافه وزن و مبتلا به بیماری کبد چرب شده‌اند و آخرین مورد که رسوب چربی باعث سکتة قلبی یکی از کارمندان شایسته شرکت شد، مدیر را برای فکر واداشت که برنامه‌ای جهت تغییر عادت‌های بد غذایی و بی تحرکی در کارمندان طراحی کند. برنامه ریزی مدیر برای این اساس بود:
۱. مدیر برنامه خود را با شعار «تحرک کافی، غذای عالی، پاداش ریالی» شروع کرد.
  ۲. در ابتدا از یک مشاور تغذیه کمک گرفت و با کمک مشاور منوی غذایی خود را به سمت غذاهای کم چرب و سالم تر تغییر داد. هم چنین میان وعده‌ها را که شامل کیک‌های شکلاتی و نوشیدنی‌های مضر بود، با میوه و خشکبار و انواع نوشیدنی‌های طبیعی و عرقیات جایگزین کرد.
  ۳. به کمک همین مشاور ماهی دو بار برای کارمندان جلساتی در خصوص نکات تغذیه‌ای سالم و چگونگی کاهش وزن برگزار می‌کرد. نقطه قوت این جلسات برگزاری آن در ساعات کاری بود که هزینه زمانی به کارمندان تحمیل نمی‌کرد، در عین حال آنها را از روزمرگی محیط کاری خارج کرده بود.
  ۴. در ابتدای کار شاخص توده بدنی تمام کارمندان محاسبه شد و به کسی که طبق برنامه وزن کم می‌کرد پاداش ریالی داده می‌شد.
  ۵. هر روز به ایمیل کارمندان جملات انگیزشی درباره شیوه زندگی سالم و داشتن بدنی سالم می‌فرستاد.
  ۶. با یک باشگاه قرارداد بسته و کارمندان می‌توانستند از آن باشگاه به صورت رایگان استفاده کنند. خود نیز هم پای کارمندان به باشگاه می‌رفت و کارمندان با دیدن مدیر در کنار خودشان انگیزه بیشتری برای ورزش می‌گرفتند.
  ۷. کارمندان از تخفیفات رستوران‌های غذای دریایی و گیاهی نیز برخوردار بودند.

## مطالعه موردی

در یک منطقه شهری، تعداد ۱۰۰ خانم‌های متأهل خانه دار، دارای فرزند و از طبقه متوسط جامعه مخاطب یک مراقب سلامت هستند. آنها معمولاً مشغله رسیدگی به همسر و فرزند و کارهای خانه دارند و ممکن است کمتر فرصت ورزش کردن داشته باشند. این مسأله ممکن است در بانوان استرس و احساس عدم شایستگی به وجود آورد. بانوان قلب تپنده در هر خانه هستند و اگر بانوانی شاد و سالم داشته باشیم، در نهایت خانواده و جامعه‌ای سلامت و شاد خواهیم داشت. بنابراین قصدمان این بود کمپینی با هدف افزایش فعالیت فیزیکی بانوان خانه‌دار طراحی کنیم. در آغاز کار سطح فعالیت فیزیکی بانوان در این منطقه بررسی شد. سپس به همراه گروهی مشاور، برنامه کمپین یک ساله به این صورت تدوین شد:

۱. شعار کمپین «تندرستی، نشاط، آغازی نو» در نظر گرفته شد.
۲. با افزایش آگاهی در آنها، در ابتدا موانع ذهنی از میان رفت و حس اعتماد به نفس در آنها به وجود آمد.
۳. گروهی در پیام رسان ایجاد شد که در آن برنامه‌های جمعی پیاده‌روی و ورزش اعلام می‌گردید. این باعث می‌شد که فضایی جمعی به وجود بیاید که بانوان همدیگر را حمایت و تشویق کرده و دوستی‌های جدیدی ایجاد شود.
۴. محدودیت‌های آنها شناسایی و تدابیری برای آن اندیشیده شد.
۵. اولین محدودیت هزینه بالای ثبت نام در باشگاه بود که در این کمپین، استفاده از باشگاه ورزشی در ۶ هفته اول رایگان بوده و پس از آن با هزینه بسیار پایین ماهی ۱۵ هزار تومان مقدور بود.
۶. زمان، محدودیت بعدی بود که برنامه ریزی ساعات باشگاه انعطاف پذیر بوده و برنامه‌های دسته جمعی نیز در ساعت‌های مختلف روز اجرا می‌شد.
۷. در کنار باشگاه‌ها، مکانی برای نگهداری فرزندان دایر شد. اینگونه بانوان می‌توانستند ساعتی را بدون دغدغه فرزند به فعالیت فیزیکی خود برسند.
۸. باشگاه برنامه‌های ورزشی متنوعی در سطوح مختلف داشت که هر سلیقه‌ای را به خود جذب می‌کرد.
۹. سی دی‌های آموزش ایروبیک و انجام حرکات ساده ورزشی به صورت رایگان در تمام منازل توزیع شد.
۱۰. برنامه به صورت مرتب توسط اعضای کمپین پی‌گیری می‌شد.





بخش ۳: بسترهایی  
برای مداخلات نوین



## فصل هشتم

# سلامت الکترونیک

در پایان فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- نقش تکنولوژی‌های الکترونیکی در توسعه سلامت چیست؟
- ارتباطات تکنولوژیک چه نقشی در بهبود ارتباط مراقبین سلامت و افراد جامعه دارد؟
- نقش گوشی‌های تلفن همراه و نرم افزارهای سلامت در تغییر رفتار چیست؟



## مقدمه

قرن بیست و یک با چالش‌های فراوانی در زمینه سلامت آغاز شد. در حالیکه با پیشرفت تکنولوژی در حوزه سلامت، روش‌های درمانی پیشرفت چشمگیری داشتند اما چالش‌های رفتار سلامت همچنان حل نشده باقی مانده است. در دهه‌های اخیر شواهد بالینی و مراجع علمی زیادی در زمینه رفتارهای سلامت انتشار یافته است و نقش ارتباطات برای سلامت<sup>۱</sup> بسیار مورد مطالعه و توجه قرار گرفته است. با گسترش کمی و کیفی ارتباطات انسانی سؤال مهم این است که چگونه می‌توان برنامه‌هایی برای اطلاع‌رسانی، ارزیابی و ایجاد انگیزه خصوصاً در مورد سلامت افراد تدارک دید؟

## سلامت الکترونیک

یکی از تکنولوژی‌هایی که در چند دهه گذشته توسعه و پیشرفت چشمگیری در ارتباطات افراد و جوامع داشته است، علوم کامپیوتر و بویژه نرم‌افزارها و شبکه‌های ارتباطی مرتبط با اینترنت می‌باشد. این افزایش روز افزون نرم‌افزارها و برنامه‌های ارتباطی بین فردی می‌تواند فرصت بسیار مناسبی برای سیاست‌گذاری و توسعه روش‌های تغییر رفتار سلامت تلقی شود. در راستای همین تحولات، دست‌اندرکاران حوزه سلامت کلید واژه «ارتباطات تعاملی سلامت»<sup>۲</sup> را معرفی کردند که به ارتباط بین افراد (در این مورد خاص بین بیمار با مراقبین سلامت مانند پزشک و هر فردی که در پروسه درمان نقش دارد) از طریق ابزارهای الکترونیک یا تکنولوژی‌های نوین ارتباطی، برای تبادل اطلاعات حوزه سلامت یا حمایت و رصد وضعیت سلامتی افراد اطلاق می‌شود. در ادامه اصطلاحاتی نظیر سلامت الکترونیک<sup>۳</sup> و اخیراً سلامت مبتنی بر گوشی همراه<sup>۴</sup> نیز به این حوزه اضافه شده است.

سلامت الکترونیک کمک می‌کند افراد استفاده‌کننده خدمات، بطور دقیق رصد شوند و برای توسعه پژوهش و ارتقاء خدمات، اطلاعات سلامت افراد در اختیار باشد. نکته حائز اهمیت این است که سلامت الکترونیک موجب شده پیشگیری، مدیریت بیماری‌های مزمن، درمان انواع اعتیاد، مواجهه با بیماری‌های جسمانی و اختلالات روان‌شناختی و به تازگی تغییر رفتار به کمک ابزارهای الکترونیک، نرم‌افزارها و شبکه‌های اجتماعی تسهیل شود. سلامت الکترونیک نه تنها ممکن است در درمان و تحت نظر گرفتن افراد اثربخش باشد بلکه می‌تواند شرایطی را برای افرادی که به هر دلیلی از دسترسی به امکانات درمانی و حمایتی محروم هستند، فراهم کند.

سلامت الکترونیک به بهره‌برداری از تکنولوژی‌های جدید حوزه ارتباطی، به ویژه در حوزه اینترنت اطلاق می‌شود که برای تبادل اطلاعات سلامت یا حمایت و رصد وضعیت سلامتی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

استفاده از گوشی همراه در تغییر رفتار سلامت

مطالعات زیادی در حوزه اثرات گوشی همراه در تغییر رفتار سلامت افراد انجام شده است که بیشتر آن‌ها در زمینه ارسال پیامک<sup>۵</sup> بوده است اما با ورود گوشی‌های همراه هوشمند، امکان مداخلات سلامت برای افراد جامعه به مراتب افزایش یافته است. امروزه در حوزه سلامت فردی و اجتماعی، کاربردهای متعددی از گوشی همراه گزارش می‌شود. این کاربردها را می‌توان از یک طرف در تغییر رفتار مانند ترک سیگار، کاهش وزن، افزایش فعالیت بدنی، آموزش رابطه زناشویی، جلوگیری از بیماری‌های مقاربتی و پیشگیری از ایدز و از طرف دیگر در درمان و بازتوانی بیماری‌ها مانند دیابت، آسم و فشار خون کنترل نشده مورد توجه قرار داد. برنامه‌های سلامت مبتنی بر گوشی همراه را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد.

1. Health Communication
2. Interactive Health Communication
3. Electronic health, E-Health
4. Mobile health
5. Text massaging

۱. پیام‌های نوشتاری (پیامکی) و چندرسانه‌ای
  ۲. کاربردهای دیگر گوشی همراه هوشمند (برنامه‌های نرم افزاری و شبکه‌های ارتباطی مجازی و...)
- در ادامه، این برنامه‌ها با جزئیات بیشتری شرح داده خواهند شد.

کاربردها و مداخلات سلامتی از طریق گوشی همراه را در شش حوزه می‌توان طبقه‌بندی کرد: ۱. آموزش، اطلاع‌رسانی و افزایش سلامت ۲. تشخیص و درمان بیماری ۳. ایجاد ارتباط برای تربیت مراقبین سلامت ۴. رصد شیوع ناگهانی و اپیدمیولوژی بیماری‌ها ۵. مانیتور کردن بیماران و افراد تحت نظر از راه دور ۶. جمع‌آوری اطلاعات برای مطالعات آماری و پژوهشی

### برنامه پیامکی و چندرسانه‌ای

این نوع کاربرد شامل مجموعه‌ای از پیام‌های نوشتاری (پیامک) و چندرسانه‌ای (عکس، کلیپ و...) می‌باشد که هدف آن دادن اطلاعات سلامت، توصیه‌ها و یادآوری موارد برنامه ریزی شده برای تغییر رفتار سلامت است. این پیغام‌ها می‌توانند به صورت اتوماتیک با برنامه ریزی قبلی به صورت اختصاصی یا عمومی برای افراد هدف ارسال شوند و به صورت تعاملی، از طرف مراقبین سلامت پاسخ داده شوند. سیستم پیام‌رسانی از طریق متن یا پیامک مزایای خاصی برای تغییر الگوی رفتار در افراد جامعه دارد. به عنوان مثال در برخی کشورها برای مراقبت‌های پیش و پس از بارداری، با توجه به سن بارداری مادر، به طور اتوماتیک سه مرتبه در هفته به مادران باردار پیامک‌های خاصی ارسال می‌شود.

سیستم اطلاع‌رسانی پیامکی ممکن است تعاملی یا غیرتعاملی باشد. در سیستم غیرتعاملی پیامک، عکس یا کلیپ توسط سیستم ارسال می‌شود اما قابلیت پاسخ‌دهی از طرف مخاطب وجود ندارد؛ اما در سیستم تعاملی مخاطب هم امکان پاسخ‌دهی و تعامل با ارسال‌کننده را دارد. در این سیستم ممکن است گاهی، پیامی مشترک برای همه مخاطبین و گاهی در موارد بخصوص پیام اختصاصی برای یک فرد ارسال شود. به عنوان مثال برای مدیریت کاهش وزن ممکن است پیام‌های اختصاصی از مراقب مربوطه به فرد مورد نظر ارسال شود. در ادامه به ذکر چند نمونه از کاربردهای این سیستم در تغییر رفتار سلامت و مداخلات درمانی می‌پردازیم.

### مزایای سیستم پیام‌رسانی پیامکی در تغییر رفتار سلامت

۱. قابل دسترس برای بخش زیادی از افراد جامعه می‌باشد.
۲. بار مالی اندکی را برای استفاده‌کنندگان دارد.
۳. دارای قابلیت رساندن پیام‌های سلامت در زمان و مکان مورد نظر به افراد هدف و دسترسی آنی برای آنان می‌باشد.
۴. قابلیت اختصاصی کردن پیام‌ها برای هر فرد را دارد.
۵. قابلیت ایجاد ارتباطی مجازی و سیستم پاسخ‌گویی به استفاده‌کنندگان دارد.

### ۳. سیستم پیامکی و نحوه نظارتی در بیماری‌های مزمن

امروزه بیشترین استفاده از این سیستم اطلاع‌رسانی در بیماری‌های مزمن می‌باشد. بیشترین هدف استفاده از این سیستم، نظارت بر علائم (به عنوان مثال درصد قند خون در بیماران دیابتی یا علائم آسم در بیماران مبتلا به آسم) و پایش بیماریار به استفاده از داروهای درمانی می‌باشد. داده‌های علائم بیماران مانند قند خون یا میزان جریان بازدمی (معیار ارزیابی آسم) به صورت خودکار از طریق سیستم مادون قرمز یا بلوتوث یا به صورت دستی توسط بیمار با گوشی همراه ارسال می‌شود و از طریق سیستم پیامکی در اختیار سیستم سلامت قرار می‌گیرد. در بسیاری از سنجش‌هایی که در خصوص میزان اثربخشی این روش در کنترل بیماری افراد وجود داشته، نشان داده شده

است که در افراد دیابتی میزان نوسان قند خون بیمار نسبت به قبل از استفاده از این سیستم نظارتی کاهش یافته است. همچنین، استفاده از این سیستم در بیماران آسمی نیز موجب کاهش دفعات بستری و افزایش عملکرد ریوی بیماران شده است. علاوه بر این، مطالعات نشان داده اند که با ورود افراد به این سیستم احساس کنترل و مدیریت بیماران بر بیماری خود افزایش یافته است.

## ۲. سیستم پیامکی و خود-نظارتی در کاهش وزن

پیگیری های تکمیلی در مداخلات کاهش وزن، در اثربخشی درمان مراجعین نقش بسیار مهمی دارد. با توجه به کم هزینه بودن سیستم پیام کوتاه برای بیماران و مراقبین سلامت، از این سیستم می توان در مداخلات طولانی تغییر رفتار استفاده کرد. در این مداخلات، افراد می توانند با پزشک یا مراقب خود برنامه ای مشخص را تنظیم نمایند و وقت و مکان از قبل تعیین شده ای را برای دریافت پیام ها برنامه ریزی کنند و به مرور زمان با تغییر یا ارزیابی پروتکل به برنامه ایده آل خود دست یابند. در پژوهش های انجام شده روی اثربخشی این روش، بیش از ۷۰ درصد مطالعات، اثربخشی آن را برای ارزیابی یا تغییر پروتکل درمانی کاهش وزن تأیید کرده اند. این نوع نظارت مراجع و مراقب سلامت بر روند کاهش وزن، رضایت و احساس کنترل بر وضعیت سلامت را در افراد با وزن بالا افزایش می دهد.

## ۳. سیستم پیامکی و خود-نظارتی در ترک سیگار

برنامه های ترک سیگار مبتنی بر سیستم ارسال پیامک، پیشروترین در این نوع مداخلات ارتباطی تغییر رفتار می باشند. عمده مداخلات ترک سیگار که بر اساس مدل SOC طراحی شده اند (برای توضیحات تکمیلی به فصول مربوطه مراجعه شود)، افزایش معنادار سرعت ترک سیگار و کاهش تعداد سیگارهای مصرف شده را گزارش کرده اند. مداخلات ترک سیگار با استفاده از تکنولوژی ارسال پیامک، بر پایه حمایت های اجتماعی، خودنظارتی و استراتژی های مدیریت میل به مصرف در افراد سیگاری می باشند. علاوه بر افراد سیگاری، ارسال ایمیل یا پیام برای دوستان نزدیک یا خانواده افراد سیگاری برای حفظ حمایت عاطفی و مراقبت ها و توصیه های لازم در جهت ترک و جلوگیری از بازگشت فرد سیگاری به مصرف صورت می گیرد. کلیه این مداخلات به فرد سیگاری کمک می کند تا با نوعی خود مراقبتی در جهت اهداف تعیین شده برای ترک حرکت کند. نکته قابل توجه، تعداد پیام های سلامت یا یادآوری در طول روز می باشد که فرد به فرد متفاوت است اما در مجموع به دلیل ماهیت بیماری اعتیاد به سیگار، در مقایسه با سایر رفتارهای سلامت، افراد سیگاری تمایل بیشتری به دریافت پیام های نوشتاری و غیرنوشتاری دارند و این احتمالاً به علت تکرار و تناوب عادات رفتاری پرخطر و میل به مصرف در افراد سیگاری می باشد. نمونه ای مختصر از کاربردهای این سیستم در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. نمونه ای از پیام های سیستم پیام رسان سلامت برای ترک سیگار

هدف	نمونه پیام ارسالی
افزایش دانش سلامت و توصیه برای ترک عادت سیگار کشیدن	از تکنیک NRT (درمان جایگزینی نیکوتین) استفاده کن. افرادی که پیش از شما از این تکنیک استفاده کرده اند دو برابر در سرعت و میزان ترک سیگار موفق تر بوده اند.
پرسش در مورد هدف گذاری برای تغییر رفتار	می خواهید به کاهش چند نخ سیگار در روز برسید؟
حمایت و تقویت رفتار سلامت در چهارچوب اهداف یادآوری	تبریک! شما امروز به هدف خود برای ترک سیگار رسیده اید! فردا روز ترک کامل سیگار شما می باشد.
خودنظارتی	تعداد نخ سیگار مصرفی خود را در روز گذشته و هفته گذشته محاسبه کنید.
حمایت اجتماعی	سلام، من همراه شما در برنامه ترک سیگار هستم! اگرچه ترک سیگار سخت به نظر می رسد اما اگر قدم به قدم با هم پیش برویم می توانیم از آن عبور کنیم!

## ۴. سیستم پیامکی و افزایش فعالیت بدنی

افزایش حمایت اجتماعی و خود-نظارتی بیشترین تأثیر را در تغییر سبک زندگی افراد کم تحرک داشته است. حمایت اجتماعی برای

این افراد از طریق ارسال پیامک هایی به آنان یا ایجاد انجمن های مجازی برای بحث و گفتگو ایجاد می شود. امکان خود-نظارتی این افراد به کمک نرم افزارهای قدم شمار، مسافت شمار یا شتاب سنج های بلوتوثی و سؤالات پیامکی در مورد اینکه افراد در هفته گذشته به هدف درمانی خود رسیده اند، فراهم می شود. در تبیین تفاوت در پیامک های ارسالی، به عنوان نمونه افراد با گروه سنی جوان تر بیشتر از پیام هایی که بار عاطفی داشتند (مانند فعالیت هیجانی، تفریح، دور هم جمع شدن و...) استقبال می کردند تا پیام هایی که صرفاً بار اطلاع رسانی در مورد سلامت ناشی از افزایش فعالیت بدنی داشتند. نکته مهم دیگر پیامک های یادآور است که با یادآوری یک رفتار در یک زمان مشخص، یا یادآوری رسیدن به هدفی از پیش تعیین شده در تغییر رفتار افراد بسیار مؤثر می باشند. در جدول ۲ به برخی مزایای استفاده از سیستم های پیام رسان اشاره شده است.

وجود سیستم های یادآور با استفاده از گوشی های همراه به افراد در خودمراقبتی و تداوم رفتار تا مرحله تثبیت یک رفتار سلامت کمک می کند.

## جدول ۲. نقاط قوت استفاده از تکنولوژی های الکترونیک در تغییر رفتار سلامت

### مزایای استفاده از سیستم پیامکی و چند رسانه ای

ارزیابی روند تغییر علائم بیمار و مصرف داروها توسط پزشک	بیماری های مزمن
ارزیابی آسان از طریق تنظیم کردن گوشی همراه برای دریافت اتوماتیک علائم و ارسال آن ها	
دسترسی آسان برای افراد	
ارسال پیام های اختصاصی برای هر فرد با توجه به روند پیشرفت	کاهش وزن
تنظیم دفعات پیام ها در روز با توجه به خواست و نیاز افراد	
استفاده از پیام های تعاملی دوطرفه برای جلوگیری از بازگشت به مصرف سیگار	ترک سیگار
استفاده از پیام برای حمایت اجتماعی از افراد	
امکان رصد فرد از راه دور توسط پزشک و افزایش اثربخشی دوره درمانی و کاهش احتمال شکست درمان	
ایجاد فضای بین فردی برای حمایت اجتماعی	
ارسال پیام های اختصاصی و یادآور مناسب با وضعیت سلامت هر فرد	افزایش فعالیت بدنی
امکان رصد عملکرد مراجع از راه دور	

برنامه ها و نرم افزارهای گوشی همراه هوشمند

تلفن همراه هوشمند امکان استفاده از نرم افزارهای متعددی را برای افراد فراهم می آورد. هم اکنون بیش از چند هزار نرم افزار برای حوزه سلامت موجود می باشد که برخی از آنان برای بیماران و افراد جامعه و برخی نیز برای مراقبین سلامت طراحی شده است. با این توضیح شاید نام بردن از کلیه تسهیلاتی که تلفن همراه هوشمند برای بیماران و مراقبین سلامت ایجاد می کند، کار دشواری باشد اما در اینجا به ذکر چند مورد از این کاربردها می پردازیم.

گوشی های هوشمند با داشتن دوربین های تعبیه شده در آن ها می توانند برچسب های الکترونیک مواد غذایی را اسکن نموده و از سلامت مواد غذایی اطمینان حاصل کنند. همچنین شتاب سنج ها و مکان یاب موجود در این تلفن ها می توانند میزان دوندگی و فعالیت بدنی را سنجش نمایند. یک حس گر اختصاصی در گوشی همراه می تواند با رصد قند خون افراد و ارسال به پزشک از طریق سایر نرم افزارها در کنترل دقیق قند خون نقش به سزایی ایفا کند. همچنین افراد با عضویت در شبکه های گسترده اجتماعی می توانند از اطلاعات وسیع و تجربیات سایر بیماران در زمینه بیماری یا تغییر رفتار خود استفاده کنند. در ادامه به معرفی چند نمونه



موفق نرم افزارها در حوزه تغییر رفتار سلامت می پردازیم.

وجود نرم افزارهای گوشی های هوشمند مانند سیستم های شتاب سنج، مسافت سنج و کالری سنج به خودمراقبتی و رصد افراد توسط مراقبین به منظور کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی کمک شایانی می کنند.

### نرم افزاری برای ترک سیگار

نرم افزار «سیگار را پس بزن» قابلیت نصب بر کلیه سیستم ها اعم از اندروید، IOS، و ویندوز را دارا می باشد. این نرم افزار می تواند برای یک هدف اختصاصی (مثلاً کاهش تعداد سیگار مصرفی در روز) تنظیم شود. این نرم افزار تعداد سیگارهایی که روزانه یا هفتگی نسبت به قبل کمتر کشیده اید را محاسبه می کند. همچنین روزهایی که در ترک کامل سیگار بوده اید، میزان پولی که از ترک آن ها پس انداز کرده اید، تعداد کل سیگاری که از ابتدای ترک تا آن لحظه کنار گذاشته اید را همراه با پیام های انگیزشی در مورد سلامت فرد، به اطلاع وی می رساند. نرم افزار کمک می کند تا با در نظر گرفتن زمان هایی که ولع برای سیگار بالاست، افراد بتوانند بر تمایل خود برای مصرف غلبه کنند. این بخش از نرم افزار با ارسال پیام های یادآور که زمان ترک سیگار را به یاد او می آورند، قدرت غلبه بر میل به مصرف را افزایش می دهند.

### نرم افزاری برای افزایش فعالیت بدنی

نرم افزار «به دویدن ادامه بده» قابلیت نصب بر کلیه سیستم ها اعم از اندروید، IOS، و ویندوز را دارا می باشد و برای هر دو سیستم عامل، رایگان است. این نرم افزار با استفاده از سیستم GPS میزان مسافت پیموده شده، تغییر ارتفاع و سرعت کاربر را نشان می دهد. این نرم افزار با نشان دادن میزان کالری مصرفی بلافاصله پس از تمرین، فرد را از رسیدن به اهداف تعیین شده برای میزان فعالیت در هر جلسه مطلع می کند. در این نرم افزار سیستم مربی صوتی تعبیه شده است که به نوعی فرد را در رسیدن به اهداف تمرینی هدایت می کند و قابلیت به روزرسانی اهداف سلامت را توسط مراقبین سلامت دارد.

### نرم افزاری برای کاهش وزن و تناسب اندام

نرم افزار «ورزش و تناسب آ» یکی از پرکاربردترین نرم افزارها در این حوزه است و قابلیت نصب بر کلیه سیستم ها اعم از اندروید، IOS، و ویندوز را دارا می باشد. این نرم افزار بالغ بر ۱۳۰۰ برنامه آموزشی - ورزشی به همراه توضیح و پویانمایی دارد که قابلیت بازخورد دادن به کاربر را بلافاصله پس از تمرین دارد و همچنین قادر است میزان پیشرفت افراد را در قالب نمودار بازنمایی کند. علاوه بر این، افراد می توانند میزان فعالیت ورزشی خود را با توجه به هدف تعیین شده و بازخورد نرم افزار، تنظیم نمایند. این نرم افزار از طریق اینترنت، قابلیت ارتباط با سایر افراد گروه تحت آموزش را برای کاربر ایجاد می کند تا انگیزه بیشتری برای افزایش فعالیت ورزشی و کاهش وزن در وی بوجود بیاورد.

1. kick smoking
2. Run-Keeper
3. JEFIT workout

- تکنولوژی های ارتباطی جدید نقش مهمی را در افزایش آگاهی، ایجاد انگیزه و تسهیل رابطه مراقبین سلامت و افراد جامعه ایفا می کنند.
- گوشی های همراه و ارتباطات مجازی بین مراقبین و افراد جامعه می توانند بستری اطلاعاتی و محیطی لازم را برای تغییر رفتاری پایدار ایجاد نمایند.
- مراقبین می توانند در زمان هایی که افراد تحت پوشش آن ها حضور چهره به چهره ندارند، رفتار مرتبط با سلامت را از طریق گوشی های هوشمند رصد نمایند.
- افراد می توانند با استفاده از نرم افزارها و یادآورهای گوشی همراه خود، رفتار و میزان پایبندی و بازدهی خود را در طول روز، هفته و ماه رصد کنند.
- افراد می توانند از طریق شبکه های اجتماعی، گروه هایی برای تغییر رفتار تشکیل دهند و اطلاعات و تجربیات خود را با همدیگر مبادله کنند.
- مراقبین سلامت از طریق رصد رفتار افراد تحت پوشش، می توانند از درونی سازی شدن رفتار، پس از یک دوره چندماهه اطمینان بیابند.

آقای ۴۲ ساله، راننده تاکسی و دیپلمه، با شکایت وزن بالا و تعریق به پزشک مراجعه می‌کند. او سابقه بیماری خاصی ندارد و سیگار نمی‌کشد. در شرح حال، مراجع حداقل یکی از وعده‌های غذایی روزانه خود را از طریق مواد پروتئینی فرآوری شده نظیر سوسیس و کالباس تأمین می‌کند. نمایه توده بدنی (BMI) بیمار حدود ۳۳ می‌باشد و آزمایشات وی تری گلیسرید ۲۹۰ را گزارش می‌دهد ولی سایر موارد در آزمایش‌ها نرمال است. مراجعه کننده از وضعیت جسمانی و افزایش وزن خود شکایت دارد و جهت کاهش وزن به مرکز درمانی مراجعه کرده است. به عنوان مراقب سلامت در جهت تغییر رفتار ایشان، چه راه کارهایی بر پایه SOC و به کمک سیستم سلامت الکترونیک ارائه می‌دهید؟

#### اقدامات:

تشکیل پرونده و تعیین موقعیت فرد در نگرش به رفتار ناسالم: ابتدا سطحی که فرد با توجه به روش SOC در آن قرار دارد را تعیین می‌کنیم. برای این کار میزان دانش و تمایل مراجع را بررسی می‌کنیم. این مراجع به تغییر در چند ماه آینده، تمایل دارد اما اطلاعات وی از چگونگی این تغییر کافی نیست. طبق سیستم SOC در سناریوی بالا، مراجع در مرحله تفکر (مرحله دوم: فرد قصد برای تغییر دارد اما هنوز در هیچ فعالیتی شرکت ندارد) می‌باشد. ورود فرد به فضای مجازی برای تغییر رفتار: مراجعه کننده را با فضای مجازی که میانجی وی و مراقب سلامت است آشنا می‌کنیم. این فضای مجازی یکی از شبکه‌های اجتماعی است که با توافق مراجعه کننده از میان شبکه‌های اجتماعی رایج در کشور انتخاب می‌شود. با استفاده از کانال ارتباطی ارزان و در دسترس شبکه‌های اجتماعی، میزان آگاهی مراجع را نسبت به تغییر رفتار و سبک زندگی به عنوان مهمترین عامل در افزایش فعالیت بدنی و کاهش وزن، افزایش می‌دهیم. برای این منظور: با استفاده از سیستم پیامک به طور منظم اطلاعات فرد را در این زمینه افزایش دهید. بسته به میزان پذیرش و اشتیاق فرد، از طریق دو تا سه نوبت در هفته در ساعت مشخص و ثابت (به عنوان مثال روزهای فرد ساعت ۹ شب) به وی اطلاع رسانی کنید. به عنوان مثال در پیام رسان‌ها روزانه دوبار ساعت نه صبح و نه شب اطلاعاتی را تحت عنوان «پیام سلامت» در مورد کاهش وزن و یا پیام‌هایی انگیزشی در مورد تداوم تغییر ایجاد شده، در اختیار فرد قرار دهید. در شبکه اجتماعی رایجی کانال یا سوپرگروهی ایجاد کنید و در آن حول موضوع افزایش فعالیت بدنی بحث نموده و اطلاعاتی موثق در این زمینه به اشتراک بگذارید. افراد تحت پوشش برنامه و عضوهای جدید را به کانال ملحق کنید. آموزش‌های لازم برای خودارزیابی را در گروه به اشتراک بگذارید، به این صورت که خود فرد توانایی لازم برای تحلیل داده‌های برآمده از نرم افزارها و روند تغییر رفتار را شخصاً پیگیری کند. (خودارزیابی)

مرحله بازخورد و ارزیابی: به فرد برنامه ای مکتوب، مدون و منظم برای تغییر و افزایش فعالیت بدنی ارائه می‌دهیم. برنامه ای متناسب با وضعیت انگیزشی بیمار و مبتنی بر وضعیت شغلی و معیشتی وی برای او تنظیم می‌کنیم. از آن جایی که مراجع در شروع برنامه تغییر رفتار است باید برنامه ای انگیزشی و قابل اجرا با توجه به شغل و وضعیت جسمانی وی داشته باشد. شروع برنامه را با روزانه ۳۰ دقیقه دویدن در روزهای فرد رأس ساعت مشخص شروع می‌کنیم؛ ساعت فعالیت باید ثابت و بدون تغییر باشد؛ همزمان از طریق سیستم پیامکی با ارسال پیام‌های انگیزشی و یادآور، فرد را تهییج و مقید به برنامه نگاه می‌داریم؛ با ارسال پیام تحسین در قالب استیکرهای طراحی شده یا متن در پایان هر جلسه تمرین ورزشی به او پاداش می‌دهیم؛ مراجع را به گروه شبکه اجتماعی ملحق کرده که با این کار وی می‌تواند همزمان از تجربیات دیگران استفاده کند (حمایت اجتماعی). همچنین با دریافت نظر مراجع در مورد برنامه، به میزان تغییر نگرش وی نسبت به رفتار ناسالم چه در بُعد بازخورد فردی چه بازخورد اجتماعی می‌توان پی برد. در صورت تخطی از برنامه باید مجدد نگرش‌های مراجع مورد ارزیابی قرار گیرد.

خودمراقبتی: نرم افزارهای مسافت سنج و کالری سنج را روی گوشی‌های هوشمند نصب می‌کنیم تا فرد بتواند میزان فعالیت خود و رسیدن به هدف روزانه را ارزیابی کند و همزمان این اطلاعات را از طریق اینترنت به مراقب خود ارسال نماید. مراقب به مرور زمان برنامه فعالیت بدنی را با توافق نظر مراجع افزایش می‌دهد و تعداد یادآورها و نوع ارتباط را نیز کمتری بیشتر می‌کند. برخی افراد نیازمند یادآورها و پیامک‌های حمایتی بیشتری برای ماندن در دوره تغییر رفتار هستند و این نکته باید مورد توجه مراقبین قرار گیرد.

اتمام: تا رسیدن به میزان مطلوب فعالیت بدنی و کاهش وزن، مراجع را ارزیابی می‌کنیم. دوره تغییر رفتار و تثبیت آن معمولاً شش ماه می‌باشد و در صورت نیاز می‌توان این ارتباط را از طریق گوشی همراه و سیستم پیامکی ادامه داد.

## مطالعه موردی

مدیر یکی از دبیرستان های شهر تهران متوجه مصرف روز افزون سیگار در میان معلمان دبیرستان می شود. وی به شدت نگران مصرف سیگار در میان دانش آموزان، با الگوبرداری از معلمان می باشد. علی رغم تذکرات پراکنده به معلمان، میزان مصرف سیگار کاهش نداشته است. مدیریت دبیرستان به مراقب سلامت مدرسه مراجعه کرده و از وی جهت تدوین روشی برای کاهش میزان مصرف سیگار در میان معلمان درخواست کمک می کند.

## اقدامات:

جهت نیل به هدف رفتاری تعیین شده مراقب سلامت از اقدامات زیر استفاده می نماید:

**تشکیل پرونده تغییر رفتار سلامت:** مراقب ابتدا پرونده ای از وضعیت اجتماعی، اقتصادی و جسمانی افراد تهیه می کند. این نکات شامل: شغل و میزان درآمد، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو، سابقه خانوادگی بیماری، BMI، میزان مصرف سیگار (به سال و تعداد نخ)، آزمایشات روتین

**جلسه توجیهی عمومی:** سپس با حضور کلیه معلمان که سیگار مصرف می کنند جلسه ای را تدارک می بیند. هدف این جلسه عمدتاً تعیین سطح افراد در چهارچوب تصمیم گیری تغییر رفتار بر اساس روش SOC است. باید از طریق مصاحبه، میزان اطلاعات معلمان در مورد سیگار، و میزان تمایل یا رفتارهای سالم و ناسالم آن ها ارزیابی و در پروفایل هر شخص جداگانه ثبت شود.

**تعیین موقعیت فرد در نگرش به رفتار ناسالم:** سپس نیازمند تشکیل چهارچوب عملیاتی با استفاده از تکنولوژی های ارتباطی بر اساس روش SOC است. ابتدا موقعیت افراد را با توجه به نگرش خود به ترک سیگار با توجه به مراحل پنج گانه SOC (پیش تفکر، تفکر، آماده سازی، عمل و تداوم) تعیین می کند.

**گروه مجازی:** افراد را در یک گروه شبکه اجتماعی با استفاده از گوشی های هوشمند عضو می نماید.

اطلاعاتی در مورد ترک سیگار، مزایای فردی، خانوادگی و اجتماعی و همچنین مضرات آن در اختیار خود فرد و افراد خانواده که به صورت غیرفعال در معرض دود سیگار هستند، قرار می دهد. پیام ها در زمان های مقرر و با ریتم مشخص باید ارسال شوند.

**استفاده از سیستم پاداش و تنبیه:** برای افرادی که تعداد سیگار بیشتری را در ماه ترک می کنند و همچنین برای افرادی که روزهای بیشتری را بدون مصرف سیگار بوده اند جایزه های نقدی مانند افزایش ۵/۰٪ حقوق به ازای هر نخ سیگار یا بلیط های استخر یا بن خرید کالا تعیین می شود. حتی در مواردی برای افزایش بازدهی، می توان بخشی از حقوق هر فرد سیگاری را تحت عنوان «مالیات برای مصرف سیگار و ترویج رفتار ناسالم» به صندوقی واریز نمود و در پایان هر ماه مبلغ کل را به نسبت میزان ترک سیگار بین افراد تقسیم کرد. همچنین با کمک طراحان نرم افزار، نرم افزاری طراحی کرد که در آن فرد، مبلغ تعداد نخ سیگاری که ترک کرده است به علاوه پاداش آن را به صورت آنلاین دریافت نماید تا میزان انگیزه افراد برای ترک سیگار افزایش یابد.

هم راستا با سیستم پاداش، سیستم های تنبیهی نیز ممکن است فرد را به سمت هدف تغییر رفتار سوق دهد. به عنوان مثال عدم تعلق گرفتن پاداش ها یا پرداخت حقوق با تأخیر یک روز به ازای هر افزایش نخ سیگار، می تواند از جمله تنبیه هایی برای افرادی که به رفتار ناسالم خود ادامه می دهند، باشد.

**بازخورد و ارزیابی:** می بایست از طریق شبکه اجتماعی، افراد به طور منظم و زمانبندی شده توسط مراقب رصد شوند و بازخورد عملکرد به آن ها داده شود. پیام هایی با مضامین تشویقی در هر بار کاهش مصرف، و انگیزشی در صورت بازگشت به روند قبلی از طریق سیستم پیامک یا شبکه های اجتماعی برای آنان ارسال شود. به اشتراک گذاشتن تجربیات خانوادگی و اجتماعی افراد پس از شروع دوره: از افراد باید خواسته شود تا در مورد مزایای فردی و تأثیرات و بازخوردهای خانوادگی ترک سیگار، در گروه مجازی خود بحث و گفتگو و تبادل نظر کنند.

اختصاصی کردن روش برای هر فرد: برخی افراد نیازمند تعداد پیام های یادآور یا تشویق کننده بیشتری برای ماندن در برنامه می باشند که باید بنا بر نیاز افراد تعداد پیامک ها تنظیم شود. این دوره باید شش ماه تا یک سال ادامه یابد و با توجه به بازگشت های مکرر مصرف سیگار در افراد سیگاری باید تا حصول اطمینان از خودمراقبتی و تثبیت رفتار، این روش را ادامه داد.

۱. آقای ۴۵ ساله ای دارای مدرک لیسانس و کارمند بانک، به اصرار خانواده و به دلیل مصرف روزانه یک و نیم پاکت سیگار از سه سال پیش، به پزشک مراجعه کرده است. نمایه توده بدنی این فرد ۲۴ و فشار خون و ۸۵/۱۵۰ می باشد. ایشان سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی کند. وی سابقه فامیلی بیماری های قلبی را در خانواده مادری و مادر خود دارد. مراجع اظهار می کند که با توجه به مصرف سیگار، مشکلی در فعالیت های روزانه خود ندارد و دلیلی برای ترک آن نمی بیند. مداخلات لازم را با استفاده از راه کارهای سلامت الکترونیک و مدل SOC برای این مراجع طراحی کنید.

۲. ریاست یکی از ادارات دولتی پس از سنجش سالانه کارمندان خود متوجه افزایش وزن حدود ۸۵ درصد از آنان می شود و قصد مداخله ای برای کاهش وزن این افراد دارد. افراد این اداره از هشت صبح الی پانزده عصر مشغول به کارند و پنج شنبه و جمعه ها تعطیل هستند. علی رغم وجود سالن ورزش و زمان اختصاصی استخر و برگزاری گاهگاهی مسابقات توسط ریاست اداره، همچنان غالب کارکنان اضافه وزن داشته و تمایلی به کاهش وزن ندارند. شما به عنوان مراقب سلامت در جایگاه مشاور ریاست اداره، در راستای کاهش وزن، برای تغییر سبک و الگوی زندگی این افراد چه پیشنهادهایی دارید؟ (با استفاده از سیستم های سلامت الکترونیک و براساس مدل SOC)



## فصل نهم

# رسانه‌ها

در پایان این فصل می‌توانید به پرسش‌های زیر پاسخ دهید:

- چگونه رسانه‌ها با اخبار و اطلاعات روزانه بر رفتار سلامت اثر می‌گذارند؟
- فرایندها و وظایف رسانه در تولید اخبار سلامت چیست؟
- کاربردهای رسانه در تغییر رفتار سلامت چیست و چه مثال‌هایی از اثرات رسانه بر سلامت وجود دارد؟





## مقدمه

ارتباطات انسانی دربرگیرنده تولید و تبادل اطلاعات با استفاده از علائم و نشانه هاست. ارتباطات در سطوح مختلف فردی، سازمانی و اجتماعی اتفاق می افتد و از فرایندهای پیچیده شامل رمزگذاری، انتقال و دریافت (رمزگشایی) اطلاعات و نیز ترکیب معانی تشکیل می شود. لذا رسانه ها به عنوان ابزار ارتباطات، به دلیل قدرت و تأثیر آن در شکل دهی امور انسانی، توجه بسیاری را در حوزه تغییر رفتار سلامت به خود جلب کرده است. هدف از این فصل آشناسازی شما با مفاهیم رسانه، ارتباطات و رفتار سلامت، مروری انتقادی بر کاربرد آن ها در رفتار سلامت و مثال هایی از چگونگی شکل گیری مداخلات تغییر رفتار سلامت است.

ابعاد کلیدی ارتباطات عبارتند از فرستنده (کسی که رمزگذاری کرده و انتقال می دهد)، پیام (محتوا)، کانال (واسطه ای که برای انتقال محتوا استفاده می شود)، گیرنده یا مخاطب (کسی که ارتباطات را رمزگشایی می کند تا معنا را بازیابی کند) و اثر (بعضی از نتایج قابل اندازه گیری حاصل از این فرآیند). ارتباط در حقیقت یک تعامل است؛ فرستنده و گیرنده هر دو می توانند از طریق بازخورد به صورت دوسویه بر یکدیگر اثر گذاشته و از یکدیگر اثر بگیرند.

## عصر رسانه و ارتباطات

دیجیتالی کردن اطلاعات در دهه های اخیر و ظهور اینترنت، تغییرات زیادی را در ارتباطات ایجاد کرده است. بسیاری معتقدند که انقلاب دیجیتالی با انقلاب صنعتی برابری می کند. از زمان اختراع اینترنت و شروع آن در حدود سال ۱۹۸۹، ارتباطات هیچگاه پدیده های ساکن نبوده است و منبعی بزرگ و در حال رشد از اطلاعات به وجود آورده است که هر روز و در هر زمان قابل دسترسی است. همچنین تعاریف سنتی اخبار، تفریح، تبلیغ، خبرنگار، مالکیت معنوی و رسانه جمعی دچار تغییر شده است. دیگر فقط عصر اطلاعات نیست، عصر تعاملات نیز هست و این موضوع فرصت های بیشتری را برای آموزش رفتار سلامت فراهم می کند تا افراد با تغییر رفتار به طور کامل به پتانسیل های خود دست یابند. البته هنوز در ابتدای راه هستیم تا درک کنیم که اینترنت چه اثرات بزرگ و با شتابی بر اقتصاد، سیاست، فرهنگ، ترم های اجتماعی و رفتار بشر می گذارد. مانند هر نوع انقلابی، نگران این موضوع هستیم که چه مبادله ای بین آزادی جدید، خلاقیت، پیشرفت و راحتی بشر و حالت کنترل و امنیت آن خواهد بود.

امروزه، رسانه ها سازمان های متصل به هم هستند که به طور نظام مند اخبار، اطلاعات، سرگرمی ها و تبلیغات جهانی را جمع آوری، پردازش و منتشر می کنند و بستری جهانی را برای تعاملات فراهم می کنند. بعضی از آن ها سازمان های کوچکی هستند، مانند ایستگاه های تلویزیونی محلی و روزنامه های محلی. بعضی دیگر امپراتوری های چندرسانه ای و جهانی ای هستند که مالک روزنامه ها، کانال های تلویزیونی، کتاب ها، مجلات، فیلم ها و شبکه های اجتماعی مانند فیس بوک می باشند. فارغ از اندازه یا شکل این مالکیت، رسانه ها همگی در اطراف ما وجود دارند.

با دیجیتالی شدن اطلاعات و ظهور اینترنت، انقلاب بزرگی در تکنولوژی ارتباطات صورت گرفت و فرصت های بیشتری برای آموزش سلامت و دستیابی به پتانسیل های تغییر رفتار سلامت ایجاد گردید. با این حال توجه به این موضوع ضروری است که اثرات بزرگ و پرشتاب این تغییرات در حوزه های مختلف نیاز به مدیریت و سازماندهی دارد، چرا که می تواند به طور همزمان هم تبعات مثبت و هم عواقب مخربی بر سلامت فردی و عمومی داشته باشد.

## اثرات رسانه بر رفتار سلامت

برای درک تأثیرات مثبت و منفی رسانه بر رفتار سلامت لازم است بدانیم که رسانه‌ها چگونه، کجا و با چه کسانی در تعامل هستند و چه پیامدهایی در پی دارند. در واقع باید بدانیم چه فاکتورهای اجتماعی و سازمانی در رسانه‌ها، باعث ایجاد محتوا و اخباری می‌شوند که ممکن است بر رفتار سلامت اثر بگذارند؟ و پیامدهای قرارگیری در معرض رسانه در افراد، گروه‌ها، مؤسسات و سیستم‌های اجتماعی چیست؟

### ۱. منابع خبر و تولید محتوا

منابعی که اخبار بر اساس آن‌ها تولید می‌شود، معیارهایی دارند. منابع باید معتبر، در دسترس و قابل اعتماد باشند تا قابل استفاده شوند. در مقایسه چگونگی تولید خبر توسط رسانه‌ها به طور سنتی و پس از عصر دیجیتال، می‌توان نتیجه گرفت که در گذشته، منابع رسمی (مانند سخنگوی یک آژانس و سازمان دولتی یا گروه‌های قدرتمند و نخبه) بودند که پیام‌ها و محتوای اخبار بر اساس آن‌ها منتشر می‌شدند. پیش از عصر دیجیتال، وابستگی به یک منبع همیشگی اطلاعات، اغلب بدین معنا بود که گروه‌های بدون قدرت اجتماعی، شانس کمتری برای خبرسازی داشته و در نتیجه تأثیر کمتری داشتند. اگرچه این موضوع هنوز در مورد کانال‌های اصلی رسانه صدق می‌کند، اما با به وجود آمدن منابع عمومی دیگر مانند شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های اینترنتی، گروه‌های دیگری که از لحاظ اجتماعی قدرت چندانی نداشتند نیز توانستند خبرسازی کرده و تأثیری عمومی در جریان اصلی داشته باشند.

آنچه که در کانال‌های رسانه‌ای اصلی تبدیل به خبر می‌شود، محصول تعامل منابع خبری و متخصصان رسانه است. البته هم اکنون غیرمتخصصان نیز به طور فزاینده‌ای بر تفسیر رویدادهای خبری تأثیر می‌گذارند. منابع خبر برای دست‌یابی به رسانه‌ها و نیز جلب افکار عمومی با یکدیگر رقابت می‌کنند تا با روش خود یک مشکل را تعریف کرده و به مردم معرفی کنند. به عنوان مثال، اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت، منبعی رسمی برای اطلاعات مربوط به سلامت میانسالان است که به طور منظم گزارش‌هایی را درباره وضعیت مصرف سیگار در این جمعیت منتشر می‌کند. گزارش‌ها سال به سال بر جنبه‌های متفاوتی از معضل سیگار کشیدن تأکید می‌کنند و این مرکز قصد دارد توجه رسانه‌ها و افکار عمومی را به آن جنبه‌ها معطوف کند (به عنوان مثال تغییر الگوی جنسیتی یا مصرف فزاینده قلیان). منابع خبری نقش کلیدی در تشخیص مشکلات اجتماعی ایفا می‌کنند و آنها را در توجه رسانه‌ها قرار می‌دهند. رسانه با نشان دادن یک مشکل اجتماعی بر موارد زیر اثر می‌گذارد:

- عموم مردم چگونه آن را می‌فهمند.
- اعمالی که آنها برای رفع آن مشکل انجام می‌دهند.
- میزان توجهی که گروه‌های مختلف به آن مشکل می‌کنند.
- دانشی که مردم به دست می‌آورند.

امروزه، تنها منابع رسمی و متخصصان نیستند که خبرها بر اساس آن‌ها تولید و منتشر می‌شوند. بلکه منابع دیگری که در گذشته از قدرت اجتماعی کمی برخوردار بودند، قادرند از طریق فضاهایی مانند وبلاگ‌ها و کانال‌های پیام‌رسان‌ها خبرسازی کرده و تأثیری عمومی داشته باشند. اهمیت منابع خبری از این جهت است که مشکلات بر اساس آن‌ها تعریف می‌شود و برطبق همین تعریف، مردم یک مشکل اجتماعی مربوط به سلامت را فهمیده و مطابق فهم‌شان اقدام به رفع آن مشکل می‌کنند.

### مثالی از تأثیر رسانه بر سلامت

تبلیغات و بازار داغ مربوط به معضل چاقی، این تعریف را به مردم القا می‌کند که آنچه در تلویزیون و سریال‌ها از بازیگران و مدل‌ها می‌بینند، ایده‌آل‌ترین وضعیت بدنی و اندام برای تمامی افراد است (عموم مردم اینگونه آن را می‌فهمند). در حالی که اضافه وزن و چاقی با توجه به استانداردهای سازمان بهداشت جهانی، برای هر فرد تعریف جداگانه‌ای دارد. متعاقب چنین تعریفی، افراد به جای رفع مشکل چاقی و اضافه وزن خود در جهت سلامتی و بهبود کیفیت زندگی به دنبال سریع‌ترین راه‌ها برای رسیدن به اندامی مناسب و به تعبیر رسانه‌ها «جذاب» می‌باشند. تبلیغات و بازار داغ مربوط به رژیم‌های غذایی (مانند شبکه‌های اجتماعی، کانال‌های پیام‌رسان‌ها و...) نیز با القای اینکه این رژیم‌ها سریع‌ترین راه برای رسیدن به اندامی مناسب است، افراد را مجاب می‌کنند که بدون انجام فعالیت جسمانی و تنها با رژیم‌های غذایی غیراستاندارد اقدام به کاهش وزن نمایند (اعمالی که آنها برای رفع آن مشکل انجام می‌دهند). از سوی دیگر، در افراد میانسال و مسن، انگیزه‌ها برای داشتن اندامی مناسب کمتر بوده و چنین تعریفی از معضل چاقی، نمی‌تواند تغییری در رفتار آن‌ها برای کاهش وزن ایجاد کند (میزان توجهی که گروه‌های مختلف به آن مشکل می‌کنند). لذا رسانه‌ها می‌توانند با تعریف چاقی به عنوان عاملی که ممکن است به فشار خون، سرطان و بیماری‌های جدی دیگری منجر شود و تعریف فعالیت جسمانی به عنوان عاملی که از چاقی و عواقب آن جلوگیری می‌کند، همه گروه‌های جامعه را درگیر کنند و راه‌حل‌های مناسبی را به آنان ارائه کنند (دانشی که مردم به دست می‌آورند).

## ۲. اثرات رسانه

به طور معمول، پیامدهای انتشار تصاویر، ایده‌ها، پیش‌زمینه‌ها و داستان‌ها از طریق رسانه تحت عنوان اثرات رسانه مورد بحث قرار می‌گیرد. رسانه نه تنها ممکن است بر دانش، عقیده، تمایل و رفتار افراد، گروه‌ها، مؤسسات یا جوامع اثرگذار باشد، بلکه خود نیز ممکن است توسط مخاطبین تحت تأثیر قرار گیرد. مطالعات رسانه، به مخاطبین نه به عنوان گیرنده‌هایی منفعل بلکه به عنوان جویندگانی فعال و استفاده‌کننده از اطلاعات نگاه می‌کنند. به طور کلی در مورد اثرات رسانه، می‌توان در دو سطح فردی و اجتماعی بحث کرد.

### ۲.۱. اثرات رسانه بر فرد

رفتار انسان از مجموعه‌ای مهم از عوامل تعیین‌کننده از جمله حساسیت ادراک شده (خطر)، هنجارها و تفکرات غالب (اعتقادات) در جامعه، میزان تمایلات و گرایش‌های فرد به اخبار، خودکارآمدی و خواست فرد برای تغییر، تأثیر می‌پذیرد. اثرات رسانه بسته به رفتار و جمعیت مورد مطالعه و اهمیت نسبی عوامل تعیین‌کننده، متغیر است. همانگونه که در ادامه خواهید دید می‌توان اثرات رسانه در سطح فردی را از جنبه‌های مختلفی بررسی کرد (جدول ۱).

## جدول ۱. اثرات رسانه بر رفتار سلامت در سطح فردی

<b>شکل‌گیری رفتارهای فرد بر اساس محتوای رسانه (اثر فیلم‌ها و سریال‌ها بر کیفیت روابط بین‌فردی)</b>
<b>تغییر انتخاب‌های رفتاری فرد در نتیجه تغییر یا استحکام تمایلات و اعتقادات او از طریق اطلاعات جدیدی که توسط رسانه دریافت می‌کند.</b>
<b>تولید الگوها در قالب شخصیت‌های تلویزیونی و تقلید فرد از آنها</b>
<b>تقویت و آموزش خودکارآمدی</b>
<b>تغییر یا استحکام تمایلات و گرایش‌های فرد از طریق پردازش مرکزی یا محیطی</b>
<b>شکل‌دهی استدلال در ذهن مخاطب به طور مثبت یا منفی توسط خبر</b>
<b>استفاده از مثال‌ها و روایت‌های واقعی و تغییر رفتار سلامت فرد</b>
<b>سخت کردن افراد در انجام رفتارهای ناسالم به ویژه در افراد احساسی و هیجانی</b>

۱-۲. انتخاب‌های رفتاری افراد برآمده از اعتقادات یا انتظارات آنها درباره پیامدهای انتخاب‌هایشان و ارزش آن نتایج است. اطلاعات جدید ممکن است اعتقادات را تغییر داده یا آنها را مستحکم کند. پیش از رفتار، قصد رفتار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که خود، تحت تأثیر تمایلات یا احساسات فرد نسبت به اجرای رفتار و نیز هنجارهای ذهنی وی درباره رفتار قرار دارد. رسانه ممکن است برای تغییر این اعتقادات یا استحکام آنها مورد استفاده قرار گیرد.

۲-۱-۲. از دیدگاهی دیگر، فرد عامل فعالی است که قادر به خود-تنظیمی بوده و می‌تواند با مشاهده یاد بگیرد و رفتار خود را پس از مشاهده مدل‌سازی کند. فراتر از این، اکنون، حتی به وسیله اینترنت، مردم می‌توانند خبر خلق کنند، آن را پردازش کنند و رسانه خود را به وجود آورند. رسانه جمعی مانند تلویزیون ممکن است الگوهایی را تولید کند که در صورتی که اعمال آنها به پاداش‌های مثبت منجر شود، مردم از آنها تقلید کنند. تصویر و نمایش سیگار کشیدن در فیلم‌ها الگوهای جذابی را برای جوانان به نمایش می‌گذارند و تماشای فیلم‌هایی که سیگار کشیدن را جذاب نشان می‌دهند، تمایل افراد به سیگار کشیدن را افزایش می‌دهد.

۳-۱-۲. اخبار متقاعدکننده مانند اخبار حاوی پیام‌های ضد سیگار کشیدن، ممکن است به دو روش در مغز پردازش شوند. مسیر پردازش مرکزی یا سیستماتیک، استدلال‌های آگاهانه و عقلانی پیام را در بر می‌گیرد و تغییراتی که با چنین پردازش‌هایی همراه می‌شوند احتمال تداوم و پایداری بیشتری دارند. از سوی دیگر، پردازش اطلاعات محیطی در شرایط انگیزشی پایین در افراد اتفاق می‌افتد و مخاطب به نشانه‌های محیطی مانند شهرت کسی که پیام را انتقال می‌دهد، تکیه می‌کند.

۴-۱-۲. فرمت‌ها و ساختارهای خبرها بر تمایلات و توانایی‌های فرد برای پردازش اطلاعات اثر می‌گذارند. برای مثال، یک خبر متقاعدکننده ممکن است فردی را به وسیله توصیف مزایای ترک سیگار یا تأکید بر عواقب ترک نکردن سیگار، تشویق به ترک کند.

۵-۱-۲. مثال‌ها، در خبرها برای نشان دادن شمه‌ای از وقایع استفاده می‌شوند. مثال‌هایی از افراد و روایت‌هایی که با مشکلات مشابه دست و پنجه نرم می‌کنند، فرد دچار مشکل را بیشتر درگیر و جذب می‌کند، مخالفت با استدلالات و منطق را به حداقل می‌رساند و به او فرصت تفکر و تغییر رفتار می‌دهد. به علاوه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مثال‌ها و روایات زمانی که ساده، عاطفی-هیجانی و واقعی هستند، اثربخشی بیشتری دارند. روایت‌ها یکی از قوی‌ترین و اثرگذارترین ساختارهای خبری هستند. روایت‌ها

داستان‌هایی متقاعدکننده هستند و به طور گسترده برای بهبود برنامه‌ریزی‌های خانواده، آموزش‌های مرتبط با آیدز و سبک زندگی سالم مورد استفاده قرار گرفته‌اند. گفته می‌شود مخاطبینی که شخصیت داستان و روایت را تشخیص می‌دهند و با او همدردی می‌کنند، در پذیرش پیام متقاعدکننده خبر مستعدترند.

#### مطالعه موردی

سارا، خانم ۳۶ ساله‌ای است که مدت‌هاست از چاقی رنج می‌برد. او در محل کار خود ساعات طولانی پشت میز می‌نشیند و در حین کار ریزه‌خواری می‌کند. چاق بودن او به مدت سال‌ها و سرزنش شدن از سوی همکاران و دوستانش در نهایت او را به این تصمیم می‌رساند که از طریق عمل جراحی معده از چاقی خود خلاص شود. به نظر شما چگونه، خبری در یک روزنامه یا مجله یا گزارشی که از تلویزیون پخش می‌شود، ممکن است بر تصمیم او تأثیر بگذارد؟ و سارا از کدام یک از این اخبار تأثیر بیشتری می‌گیرد؟

#### پاسخ:

- مقاله خبری که در یکی از مجلات خانواده چاپ شده سرگذشت خانمی میانسال است که این عمل جراحی را انجام داده است و پس از رنج و درد بسیار ناشی از عواقب عمل جراحی، الان بعد از یک سال مجدد به وزن قبل از عمل خود بازگشته است.
- گزارش تلویزیونی در مجله خبری شبانه، مربوط می‌شود به صحبت‌های چند خانم جوان که قصد عمل جراحی معده جهت لاغری را دارند و می‌گویند رژیم‌های متعدد غذایی خسته شده‌اند. و همچنین توضیحات یک جراح که می‌گوید در برخی مواقع این عمل کمک کننده است؛ هرچند عوارض خاص خود را نیز دارد.
- سارا توانایی درک افراد و همدردی با راویان داستان را داشت؛ چرا که آنان هم، شرایطی نزدیک به شرایط سارا را تجربه کرده بودند. واقعیت‌های منفی و عوارض عمل خصوصاً بی‌فایده بودن آن در انتهای یک سال، سارا را متقاعد کرد تا در این مورد بیشتر تحقیق کند و به راه کارهای جایگزین کاهش وزن هم فکر کند.

۱-۲-۶. رسانه‌ها و اخبار آن‌ها ممکن است اثرات زیادی بر افراد با ویژگی‌های شخصیتی احساسی<sup>۱</sup> که با جستجوگری برای نوآوری، هیجان و تصمیم‌گیری‌های ناگهانی<sup>۲</sup> شناخته می‌شوند، داشته باشند و بر میزان و نوع توجه به پیام‌های محیطی، پردازش و درک آن‌ها اثرگذارند. جستجوگران احساس ترغیب می‌دهند که هیجان شدید و تحریکات عاطفی-هیجانی را تجربه کنند و احتمال بیشتری دارد که در رفتارهای خطرناک مانند استفاده غیرقانونی از مواد مخدر، زیاده‌روی کنند. خبرهایی با ارزش احساسی بالا احتمال بیشتری دارد که در میان این مخاطبان اثرگذار باشد و به طور موفقیت آمیزی در سست کردن آنها در استفاده از مواد مخدر، مورد استفاده قرار گیرد.

#### ۲-۲. اثرات رسانه بر جامعه

در بررسی اثرات رسانه در سطوح بزرگتر اجتماعی و سازمانی جنبه‌های متعددی مورد بحث قرار می‌گیرند:

= تأثیر اختلاف طبقاتی یا شکاف دانش بر میزان اثرگذاری رسانه

= مدیریت برنامه‌های سلامت

= ترویج عقاید و رفتار سلامت

= تأثیر رسانه بر چگونگی درک خطرو پاسخ به آن

#### ۲.۲.۱. اختلاف طبقاتی یا شکاف دانش

بر اساس رویکردی سنتی، سال‌ها تصور می‌شد که مشکلات اجتماعی از طریق آموزش عمومی قابل حل هستند. فرض بر این بود که

1. sensation seeking

2. impulsive

«اگر به آنها بگوییم، آنها خواهند دانست». اگرچه، مطالعات در زمینه‌های مختلف نشان دادند که این موضوع همیشه به دانستن عموم منجر نمی‌شود. به علاوه، دانش و اطلاعات به طور مساوی به افراد نمی‌رسد. مطالعات نشان می‌دهند افرادی که آموزش رسمی بیشتری دیده‌اند، گاهی نسبت به افراد با آموزش رسمی کمتر، دانش کمتری دارند. این یافته به عنوان فرضیه شکاف دانش ارائه شد. براساس این فرضیه، ورود جریان فزاینده‌ای از اطلاعات به یک سیستم اجتماعی (برای مثال از طریق یک کمپین رسانه‌ای) احتمالاً برای گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر سودبخش می‌باشد تا گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر. افزایش اطلاعات در دسترس در سیستم، تنها به تشدید تفاوت موجود در بین گروه‌ها منجر می‌شود. فرضیه شکاف دانش، با دیدگاه معمول و سنتی که عنوان می‌کند رسانه‌ها نسخه‌ای عمومی و ساده برای حل مشکلات اجتماعی می‌باشند، مخالفت کرده و پیشنهاد می‌کند که رسانه اثر متفاوتی بر مخاطبینی دارد که از نظر شرایط اجتماعی-اقتصادی و کلاس اجتماعی با یکدیگر متفاوتند. بنابراین، باید به نقش محیط اجتماعی در شکل دهی اثر رسانه بر افراد توجه شود.

عوامل مختلفی وجود دارند که بر شکاف دانش اثر می‌گذارند؛ به عنوان مثال نوع رسانه. مطالعات نشان می‌دهند افرادی که اخبار خود را از رسانه‌های کاغذی دریافت می‌کنند (مانند روزنامه)، معمولاً نسبت به کسانی که آن را از دیگر رسانه‌ها می‌گیرند، تمایل بیشتری برای آموزش رسمی دارند و نیز افراد آگاه‌تری هستند. همچنین تلویزیون به این دلیل که دسترسی به آن کم هزینه است، این پتانسیل را دارد که تفاوتی را که در میزان دانش گروه‌های مختلف از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی وجود دارد، از بین ببرد. به علاوه بحث‌های گروهی و بین فردی با تقویت اطلاعات دریافتی از رسانه‌ها، به کاهش شکاف دانش کمک می‌کنند. عامل اثرگذار دیگر بر شکاف دانش، ساختار اجتماعی یک جامعه است؛ احتمال شکاف دانش در جوامع بزرگ‌تر و پیچیده‌تر بیشتر از جوامع کوچک‌تر است.

#### توصیه‌ای برای مربیان

##### راه کارهای کاهش شکاف دانش

۱. شیوه‌های اطلاع‌رسانی و اخباری که به افراد داده می‌شود را براساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی گروه‌ها تفکیک کنید و استراتژی‌ها و به طور ویژه، کانال‌هایی برای گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین طراحی کنید.
۲. با همه گروه‌های اجتماعی و ذی‌نفعان حوزه سلامت و رسانه، برای تبلیغ موضوعی یکسان و مرتبط با سلامت عمومی هماهنگ حرکت کنید.
۳. از استراتژی‌های انگیزشی برای کسب دانش سلامت استفاده کنید.
۴. با استفاده از سیستم‌های چندرسانه‌ای و کانال‌های متعدد خبری، فرصت‌های افراد برای رویارویی با اطلاعات و دانش و دریافت آن‌ها را افزایش دهید.
۵. در کنار اخبار واقعی، تحلیل درستی نیز به افراد ارائه کنید.

۲.۲.۲. مدیریت برنامه‌های سلامت

رسانه‌های جمعی بر باورها و عقاید مردم به ویژه از طریق تأثیر بر سیاست و سیاست‌گذاری‌ها اثر می‌گذارند. به علاوه این اثرگذاری دو سویه است. به طوریکه عقاید عمومی نیز بر آنچه رسانه‌ها گزارش می‌کنند، اثر می‌گذارد. به این ترتیب، رسانه‌ها نقش مهمی در طراحی و تنظیم برنامه‌های مرتبط با مشکلات و سلامت عمومی دارند. میزان پوشش خبری موضوعی خاص توسط رسانه‌ها، با میزان اهمیتی که مردم به آن موضوع می‌دهند رابطه مستقیم دارد. به طوری که رسانه‌ها، با برنامه‌های خود نقش مهمی در اهمیت پیدا کردن یک موضوع در اذهان عمومی ایفا می‌کنند. رسانه‌ها نه تنها به ما می‌گویند که چه چیزی اهمیت دارد، بلکه از طریق علایم، سمبل‌ها، کلمات و منابعی که از آنها برای معرفی موضوعات خاص استفاده می‌کنند، چگونه فکر کردن به یک موضوع را نیز به ما القا می‌کنند.

گروه‌ها، نهادها و سازمان‌های مختلف برای تشخیص مشکلات جامعه و مردم با یکدیگر رقابت می‌کنند تا این مشکلات را در قالب برنامه‌ای عمومی درآورده و مسایل مختلف را به طور سمبلیک تعریف کنند. بنابراین، رسانه در عملکردش برای مدیریت برنامه‌های

سلامت به طور کامل مستقل نیست و گروه‌ها، نهادها و سازمان‌های مختلف نیز در تنظیم برنامه برای عموم نقش دارند.

رسانه‌ها نه تنها اذهان عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه گزارش‌های خودشان نیز تحت تأثیر عقاید و افکار عمومی است.

### ۲.۲.۳. ترویج عقاید و رفتار سلامت

منظور از ترویج، تأثیر رسانه‌های جمعی بر ادراک ما از واقعیت است. برای مثال تماشای بیش از حد تلویزیون، اغلب منجر به پذیرفتن دنیا به آن شکلی می‌شود که تلویزیون آن را به تصویر می‌کشد. به عبارت دیگر، تلویزیون دیدگاهی مصنوعی و غیرطبیعی را ترویج می‌دهد. در بررسی این موضوع باید به دو نکته توجه داشت. اینکه تلویزیون به عنوان رسانه‌های عمومی چه دنیایی را برای مخاطبان می‌سازد و به آن‌ها ارائه می‌دهد و دیگر اینکه اثر قرارگیری در معرض تلویزیون چیست؟ به عنوان مثال به طور میانگین، در ساعاتی که برنامه‌های تلویزیونی بیشترین بیننده را دارند، پنج عمل خشونت آمیز در ساعت و بیست عمل خشونت آمیز در روزهای آخر هفته پخش می‌شود. همچنین در تلویزیون مردان بیشتر از زنان، افراد جوان و شهروندان درجه یک کمتر و متخصصین و مجریان قانون (افراد دولتی) بیشتر نمایش داده می‌شوند. افرادی که زیاد تلویزیون نگاه می‌کنند، اکثر اطلاعات عمومی خود را از برنامه‌های تلویزیون کسب می‌کنند. این افراد دنیا را بیش از حد خشن و ترسناک می‌بینند و نیز اعتماد کمتری به دیگران دارند. اثر ترویجی تلویزیون بر مخاطبینی که وقایع نشان داده شده در تلویزیون با واقعیت زندگی آن‌ها هم‌خوانی دارد، تا دو برابر افزایش می‌یابد و تلویزیون اثرات بیشتری بر این گروه‌ها دارد.

به طور کلی، اکثر پژوهشگران بر این باورند که تلویزیون بسته به میزان قرارگیری افراد در معرض آن، بر ادراک آنان از واقعیت اثر می‌گذارد. فاکتورهای مختلفی چون سن، جنسیت، آموزش، درآمد، میزان ساعات کاری در هفته و اندازه یک جامعه، می‌توانند اثر ترویجی تلویزیون را کاهش یا افزایش دهند. برخی رسانه‌ها و حامیان اقتصادی اغلب در پی آنند که با افزایش ترس و نگرانی‌های عمومی بیش از آنچه در واقعیت است، اهداف خود را پیش ببرند.

### ۲.۲.۴. تأثیر رسانه بر چگونگی درک خطر و پاسخ به آن

منظور این است که افراد و گروه‌ها چگونه خطر را درک و پردازش می‌کنند و چگونه بر اساس درکشان از خطر اقدام می‌کنند. در این حیطه توجه به این نکته ضروری است که اطلاعاتی که در زمینه رفتارهای خطرناک به افراد داده می‌شود چگونه و با چه مکانیسم‌های شناختی توسط آن‌ها تفسیر می‌شود و آیا آن‌ها با اطلاعاتشان درباره خطر، اقدام به تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت خود می‌کنند و چگونه این کار را انجام می‌دهند. رسانه‌ها و دیگر نهادهای قدرتمند برای این فرایندها اثر گذارند و تعریف یک جامعه از خطر، می‌تواند برای اقدامات اجتماعی توسط نهادهای اجرایی قدرتمند مهم و حیاتی باشد.

نمونه‌هایی از مداخلات رسانه‌ای

در این بخش به مثال‌هایی می‌پردازیم که در آن‌ها مداخلات رسانه‌ای توانسته‌اند به طور برنامه‌ریزی شده بر تغییر رفتار سلامت فردی و اجتماعی اثر بگذارند.

کمپین ضدتبلیغات «حقیقت»

یکی از موفق‌ترین کمپین‌ها در راستای اثرگذاری رسانه‌ها و قرارگیری در معرض رسانه در سطح فردی و گروهی، کمپین «حقیقت» در آمریکای شمالی است. این کمپین به طور برنامه‌ریزی شده‌ای از شیوه ضدبازاریابی یا ضدتبلیغات برای کاهش استفاده از تنباکو

در میان جوانان استفاده می‌کند تا نظر جوانان را نسبت به بازاریابی های صنعتی فریبنده و خشن تنباکو تغییر دهد. این کمپین در تغییر عقاید، گرایش ها و کاهش شیوع سیگار در میان نوجوانان موفق بوده است به طوریکه شیوع سیگار کشیدن در میان جوانانی که بیشتر در معرض تبلیغات ضدسیگار این کمپین قرار داشتند، کمتر بود. در واقع، کمپین حقیقت با ایجاد تفکر و دیدگاهی منفی درباره صنعت تنباکو، باعث ایجاد گرایشی منفی نسبت به صنعت و بازاریابی و در نتیجه پذیرش کمتر در مقابل تبلیغات سیگار در جوانان شد. آمار مربوط به اثرات این کمپین نشان می‌دهد که از زمان تأسیس این کمپین در سال ۱۹۹۹ تا سال ۲۰۰۲ تقریباً تعداد جوانان سیگاری ۳۰۰۰۰۰ نفر کاهش یافت و نیز در چهار سال ابتدایی فعالیت این کمپین از سیگاری شدن ۴۵۰۰۰۰ نفر جلوگیری شد. به طوریکه با ادامه این روند، بین ۱٫۹ تا ۵٫۴ میلیارد دلار در هزینه های درمانی جامعه صرفه جویی شد. با وجود چنین موفقیت هایی، این کمپین نیز تحت تأثیر شکاف دانش (تأثیر متفاوت کمپین حقیقت بر گروه های مختلف) قرار داشته است. برای مثال، این کمپین گرایش ها و اعتقادات ضدصنعتی شدیدتری را در میان آمریکایی-آفریقایی ها نسبت به سایر گروه ها ایجاد کرد. همچنین زنان نسبت به مردان نسبت به فعالیت های این کمپین آگاهی کمتری داشتند.

### اخبار تغذیه و چاقی کودکان در کالیفرنیا

در بین سال های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰ در پوشش های خبری مربوط به تغذیه و چاقی کودکان در روزنامه های کالیفرنیا این مسأله مطرح شد که استراتژی های خبررسانی سوء تغذیه و چاقی کودکان این روزها نشان دهنده آن است که آیا برای حل این معضل، نیاز به تغییرات راه حل هایی در سیاست گذاری هاست یا اینکه مسأله ای مربوط به مسئولیت فردی و خانوادگی است؟ چاقی کودکان مربوط به فاکتورهای فردی (مانند تماشای زیاد تلویزیون، پرخوری) و نیز فاکتورهای محیطی (مانند برنامه های صبحانه در مدارس، افزایش مغازه های فست فود و در دسترس بودن نوشابه / سودا) است. این در حالی است که در پوشش های خبری و راه حل های پیشنهادی برای چاقی کودکان، تقریباً فقط بر رفتار فردی تأکید شده بود (تغییر عادات تغذیه و تمرین در کودکان و پدر و مادرها). به عبارت دیگر، برخلاف سهم سطوح مختلف فردی و محیطی در چاقی کودکان، عمده اخبار راه حل هایی را پیشنهاد کرده بودند که فقط چارچوب «مسئولیت های فردی» را شامل می شد و راه حل های مربوط به سیاست گذاری ها مانند بهبود وعده های غذایی کودکان در مدارس یا برچسب گذاری روی مواد غذایی (برای خواننده شدن بیشتر و آسان تر آنها) به ندرت مورد بحث قرار گرفته بودند. بر اساس این شواهد راه حل های زیر پیشنهاد شد:

۱. بازبینی چارچوب پوشش های خبری مربوط به مسایل سلامت عمومی مانند چاقی کودکان.
۲. در نظر گرفتن عدالت اجتماعی و مسئولیت جمعی به عنوان چارچوب هایی برای راه حل های مشکلات سلامت عمومی.
۳. بازسازی شکل و چارچوب راه حل های مشکلات سلامت عمومی از طریق تقسیم مسئولیت ها در بین افراد، نهادهای دولتی و شرکت ها برای حمایت عمومی از بهبود مداخلات در سطح سیاست گذاری ها و متقاعد کردن سیاست گذاران برای پیگیری راه حل هایی در سطوح بالاتر.

بدین منظور و برای رسیدن به این اهداف قرار شد با طرح سه پرسش کلیدی چه اشکالی وجود دارد؟ چرا اهمیت دارد؟ و چه کار باید انجام شود؟ مسائل تحلیل شود. برای نمونه یکی از نهادهای سلامت برای کاهش شیوع بالای استفاده از فست فود در مدارس اخبار مهمی را منتشر کردند:

۱. خوردن فست فود در اردوهای مدارس شایع است. (چه اشکالی وجود دارد؟)
۲. خوردن فست فود در اردوها منجر به چاقی در نوجوانان شده و سلامت نسل بعد را به خطر می اندازد. (چرا اهمیت دارد؟)
۳. مدارس باید برای دانش آموزان گزینه های غذایی سالم، مقرون به صرفه و لذیذ تهیه کنند و دولت باید بودجه کافی برای سرویس غذایی فراهم کند تا مدارس مجبور به عقد قرارداد با فروشندگان فست فود نشوند.

در پایان این نهاد سبب شد که روزنامه های بسیاری این موضوع را در قالب خبرهای مختلف پوشش دهند و این اخبار توجه نهادها و سیاست گذاران را برای رسیدگی به مشکل چاقی جوانان جلب نمود.



در سال ۱۳۹۵، وزارت بهداشت اعلام کرد که سالانه در کشور حدود ۱۰ هزار نفر به سرطان سینه مبتلا می‌شوند و ۹۸ تا ۹۹ درصد سرطان سینه در زنان اتفاق می‌افتد و نیز در مقایسه با سال ۱۳۹۲، این رقم ۱۵۰۰ نفر افزایش داشته است. در علل بروز این بیماری، اکثر چارچوب‌های خیری به عوامل فردی مانند ژنتیکی، چاقی و سبک زندگی (کم‌تحرکی و تغذیه ناسالم) اشاره می‌کنند. چه راه‌حل‌های نهادمحوری را در قالب پرسش و پاسخ‌های کلیدی برای رفع این مشکل پیشنهاد می‌کنید که در آن‌ها سیاست‌گذاران و نهادها مسئول گام برداشتن در جهت پیشگیری از ابتلا به سرطان سینه می‌باشند؟

پاسخ:

(مشکل چیست؟)، سرطان سینه در میان زنان ایرانی شیوع دارد و رو به افزایش است.  
 (چرا اهمیت دارد؟)، ابتلا به سرطان می‌تواند به مرگ یا کاهش شدید کیفیت زندگی افراد منجر شود و نیز هزینه‌های زیادی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند.  
 (چه کار باید انجام شود؟)، راه حل اول: وزارت بهداشت باید در سطح ملی و وسیع با هدف تغییر رفتار مردم، یعنی اقبال و استفاده از روش‌های تشخیص و درمان زودهنگام، خودآزمایی را به طور نظری و عملی (در مدارس، دانشگاه‌ها، ادارات و...) آموزش دهد. راه حل دوم: دولت با معرفی (یا در اختیار قرار دادن سبد کالاهایی با نام و برچسب «ضدسرطان» به صورت رایگان و یکبار در هفته) به زنان در شناسایی رژیم غذایی پیشگیرانه و عادت به آن کمک کند. راه حل سوم: به مدارس، دانشگاه‌ها و ادارات کمک هزینه‌هایی در جهت ارتقای کیفیت وعده‌های غذایی‌شان داده شود (مانند قرار دادن سبزیجات، سالاد و میوه در کنار وعده غذایی اصلی).  
 راه حل چهارم: دولت بودجه‌هایی را در اختیار باشگاه‌های ورزشی قرار دهد تا سانس‌هایی از روز را به طور رایگان و با نام مبارزه با چاقی و سرطان در اختیار زنان قرار دهند.

یک نمونه داخلی؛ صدا و سیما و ورزش همگانی

در ایران، تلویزیون رسانه‌ای جمعی است که در مقایسه با رادیو، نشریات و دیگر رسانه‌های جمعی تأثیر بیشتر و گسترده‌تری بر تغییرات اجتماعی در سبک زندگی افراد دارد. با وجود پتانسیلی که صدا و سیما در تبلیغ و تشویق مردم به ورزش به ویژه ورزش همگانی دارد، بیشتر منابع صدا و سیما در اختیار ورزش قهرمانی قرار می‌گیرد به طوری که در برخی روزها و یا هفته‌ها درصد تیتراژهای روزنامه‌های ورزشی مرتبط با ورزش همگانی، صفر بوده است. اگرچه، اختصاص یافتن منابع به ورزش قهرمانی جذابیت‌های خود را دارد و مخاطبین زیادی را به خود جذب می‌کند. به عنوان مثال پخش زنده مسابقات والیبال تیم ملی ایران، موجی از علاقه‌مندی به این ورزش را در جوانان ایجاد کرده است که متعاقب آن بسیاری از آن‌ها جذب باشگاه‌های ورزشی و والیبال در اماکن عمومی شدند. با این وجود متخصصان معتقدند که صدا و سیما باید کاری کند تا مردم ایران به جای تماشای ورزش، خودشان ورزش کنند. به طوری که ورزش همگانی (پیاده‌روی، کوهنوردی، نرمش و...) نسبت به ورزش قهرمانی در اولویت قرار گیرد.

صدا و سیما در سال‌های اخیر با پخش برنامه‌هایی چون ورزش صبحگاهی به صورت زنده و نیز پخش گزارش از ورزش‌های همگانی (مانند همایش‌های پیاده‌روی) در استان‌ها و شهرستان‌های مختلف سعی در ترویج فرهنگ این ورزش‌ها کرده است. به طوری که از سال ۱۳۸۷ تا سال ۱۳۹۴، آمارها از ارتباط بین رشد ورزش همگانی با پوشش و حمایت صدا و سیما و عوامل دیگر خبر می‌دهد. در سال ۱۳۸۷ تنها هفت درصد جمعیت در ورزش‌های همگانی شرکت می‌کردند، اما این آمار امروزه به ۲۱ درصد رسیده است. البته این آمار و ارقام اولیه نیازمند مطالعات دقیق‌تر برای ارزیابی اثربخشی مداخلات رسانه در ایران دارد.

مثالی جالب در این مورد، همایش دوچرخه سواری در شورابیل اردبیل است که در سال اول به زحمت مردم دور دریاچه جمع شدند تا به ورزش‌های دوچرخه سواری و پیاده‌روی بپردازند؛ اما در آخرین همایش در این منطقه با رشد سه برابری جمعیت روبه‌رو بودیم. هر چند دلیل مهم استقبال مردمی احساس نیازشان به حرکت است، اما نقش صدا و سیما را نباید در ایجاد فرهنگ ورزش همگانی نادیده گرفت.

### زنگ ملی ورزش در رادیو ورزش

یکی از اقدامات تبلیغی و آموزشی رادیویی در ایران توسط رادیو ورزش و به نام «زنگ ملی ورزش» می‌باشد. برنامه زنده زنگ ملی ورزش، با رویکرد کاهش فقر حرکتی و تشویق همه اقشار جامعه به ورزش صبحگاهی، همه روزه در ساعت ۷:۳۰ پخش می‌شود. در این طرح با شعار ورزش برای همه، تلاش شده است که ساعت ۷ و ۳۰ دقیقه صبح به نام ساعت ورزش در کشور نام‌گذاری و نهادینه شود. به طوریکه هر ایرانی هر جایی که هست پنج دقیقه برای ورزش‌های کششی و آرام وقت بگذارد. هدف اصلی این طرح ترویج ورزش همگانی در میان عموم است و تاکنون در مدارس مختلف و با حضور مسئولان برای تشویق و تداوم آن به اجرا درآمده است.

### تمرین

در شهر شما مصرف سیگار و قلیان به تازگی افزایش یافته است. به طور خاص خانم‌ها در ملاعام سیگار می‌کشند و نوجوانان هم در جمع‌های چند نفره در حال سیگار کشیدن در پارک‌ها و معابر شهر دیده می‌شوند. پوشش‌های خبری در این زمینه کم می‌باشد و در اخبار محدودی که وجود دارد به بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان ناشی از سیگار اشاره می‌شود. چه راه‌حل‌های نهادمحور و سیاست‌محوری را برای پرداختن به این مسأله پیشنهاد می‌کنید؟ آن‌ها را در قالب پرسش و پاسخ‌هایی کلیدی در آورید که قرار است در اختیار خبرنگاران و رسانه‌ها قرار گیرد و در رفع این مشکل اثرگذار باشد.

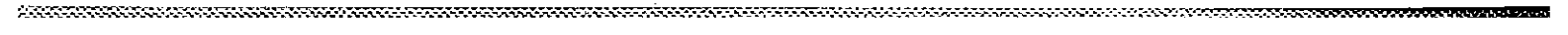
مهدی ۵۹ سال دارد و به تازگی بازنشسته شده است. او از زمان بازنشستگی، فعالیت بدنی‌اش به طور چشمگیری کاهش یافته است و تمایل دارد که به مدت طولانی به تماشای تلویزیون بپردازد. این دو عامل اصلی سبب کم‌تحركی و اضافه وزن در او شده است. یک گزارش خبری روایی (مثال یا روایت یک شخص واقعی در قالب برنامه تلویزیونی یا مقاله‌ای در روزنامه) مثال بزنید که به واسطه آن مهدی شروع به تغییر رفتار خود کند. سعی شود گزارش به گونه‌ای باشد که افرادی که شرایط مشابهی دارند، با انگیزه‌های مختلف جذب آن شده و از آن تأثیر بگیرند.

## فصل دهم

# شبکه‌های اجتماعی

شما در پایان این بخش می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- اجزای تشکیل دهنده یک شبکه اجتماعی را نام ببرید؟
- شبکه اجتماعی چه کارکردهایی ممکن است داشته باشد؟
- چگونه می‌توان از شبکه اجتماعی برای تغییر رفتار استفاده کرد؟
- چه مثال‌هایی از تغییر رفتار سلامت به کمک شبکه‌های مجازی را می‌شناسید؟



## مقدمه

مطالعات دهه های اخیر نشان می دهند چالش های عمده ای در بهبود رفتارهای سلامت وجود دارد از جمله افزایش اثربخشی مداخلات، پایداری آنها و دستیابی آسان به کسانی که بیشترین نیاز به تغییر رفتار را دارند. به علاوه، فقدان حمایت اجتماعی ممکن است مانعی مهم در تغییر رفتار محسوب گردد. بنابراین برای طراحی و اجرای مداخلات مؤثر، درک ما از این که چگونه فرآیندهای اجتماعی ممکن است به تغییر رفتار کمک کنند، بسیار مهم است. امروزه علاوه بر مردم از هر کشوری، سیاست گذاران و مراقبین سلامت نیز در شبکه های اجتماعی حضور دارند؛ لذا شبکه های اجتماعی به عنوان عاملی که تأثیرات عمده ای بر پذیرش رفتارهای سلامت دارند، مورد توجه قرار گرفته اند.

## شبکه اجتماعی چیست؟

به عنوان تعریف می توان گفت یک شبکه اجتماعی، شامل مجموعه ایی از اعضا و ارتباطات بین آنها می باشد. در واقع شبکه اجتماعی مجموعه ای از افراد و سازمان ها را در برمی گیرد که بر اساس یک یا چند نوع وابستگی خاص مانند عقاید، ارتباطات دوستانه، قرابت خویشاوندی، تبادلات مالی، ابتلاء به یک بیماری و یا علایق سلامت به هم وصل هستند. از یک دهه پیش، شبکه های اجتماعی مجازی و ارتباطات اینترنتی دیگر صرفاً به نامه های کاری محدود نمی شود، بلکه زندگی روزمره، تجربه های شخصی و حتی بیان احساسات هم وارد این فضا شده اند.

هم اکنون فضای مجازی که تا پیش از این محلی برای دریافت اطلاعات توسط کاربر بود، به محلی برای ارائه اطلاعات کاربران تبدیل شده است. با افزایش ضریب نفوذ اینترنت و ارزان شدن پهنای باند، عکس، فیلم و صدا هم به این مجموعه اضافه شده است. قطعاً، این مسأله امکان برقراری تعاملی چند رسانه ای را برای کاربران شبکه های اجتماعی ایجاد نموده است.

## انواع شبکه های اجتماعی

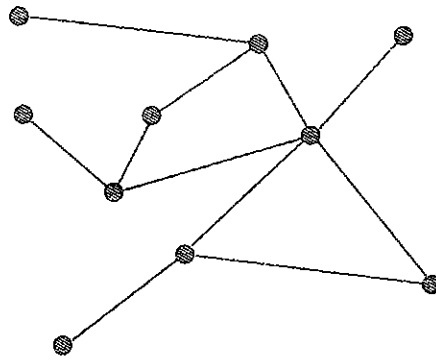
شبکه های اجتماعی را می توان به دو دسته واقعی و مجازی دسته بندی کرد؛ هر چند ممکن است در سال های آینده این دسته بندی مرز مشخصی نداشته باشد:

۱. شبکه های اجتماعی واقعی مانند: شبکه دوستان، خویشاوندان یا همکاران
۲. شبکه های اجتماعی مجازی مانند شبکه های اجتماعی فیس بوک، توئیتر، تلگرام که در آن روابط و تعاملات اجتماعی تا حد زیادی شبیه سازی شده است.

شبکه های اجتماعی واقعی: شبکه های واقعی یا غیرمجازی در واقع شبکه هایی هستند که توسط مجموعه ایی از افراد و گروه های به هم پیوسته در محیط اجتماعی واقعی ایجاد می شوند. عناصر تشکیل دهنده آن افراد یا سازمان هایی هستند که توسط یک یا چند نوع وابستگی مانند تبادلات مالی، دوستی، خویشاوندی یا رشته تحصیلی به هم متصل اند و اغلب ساختار پیچیده ای دارند. در شبکه های اجتماعی، اعضای شبکه و روابط بین آنها با اصطلاحات رأس<sup>۱</sup> و یال<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار می گیرد که رأس به یک عضو شبکه و یال به رابطه بین اعضا اطلاق می شود. یال به شکل های مختلفی می توانند بین رأس ها قرار گیرد (شکل شماره ۱).

1. Node

2. Edge or Link



شکل ۱. نمونه یک شبکه اجتماعی با ۱۰ عضو (رأس) و ۱۱ لینک ارتباطی (یال)

شبکه‌های اجتماعی مجازی: نخستین شبکه اجتماعی مجازی در سال ۱۹۹۷ با نام سیکس دیگریز<sup>۱</sup> راه اندازی شد. اما انقلاب عظیم در قرن اخیر میلادی به وقوع پیوست یعنی جایی که از سال ۲۰۰۲ به بعد شبکه‌هایی نظیر فرنداستر<sup>۲</sup> اورکات<sup>۳</sup> و لینکداین<sup>۴</sup> روی وب قرار گرفتند. پدیده بزرگ دیگر، شبکه اجتماعی فیس بوک<sup>۵</sup> بود که در سال ۲۰۰۴ توسط مارک زاکربرگ دانشجوی دانشگاه هاروارد بنا نهاده شد، که بعد از ۱۳ سال این شبکه اجتماعی با بیش از یک میلیارد نفر عضو، به بزرگترین شبکه چند ملیتی جهان تبدیل شده است. بعد از سال ۲۰۰۴ شبکه‌های اجتماعی مجازی دیگری نظیر توئیتر<sup>۶</sup> و گوگل پلاس<sup>۷</sup> نیز به وجود آمدند و بسیار مورد توجه قرار گرفتند. شبکه‌های اجتماعی مجازی می‌توانند مبتنی بر متن (تویتر)، مبتنی بر تصویر (اینستاگرام<sup>۸</sup>) و یا ترکیبی از متن و تصویر (فیسبوک و تلگرام<sup>۹</sup>) باشند. لذا افراد قادرند با گذاشتن پیام‌های صوتی، تصویری و یا متنی، با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. این شبکه‌های اجتماعی نوظهور، ترکیبی از ابزارهای سخت افزاری و نرم افزاری هستند که اجازه جستجو، تبادل آسان، فوری، گسترده، ارزان و مطمئن اطلاعات را به افراد می‌دهند.

به دلیل گسترده شدن روز افزون شبکه‌های اجتماعی مجازی، مطالبی که در ادامه این فصل آمده است بیشتر بر شبکه‌های اجتماعی مجازی تأکید می‌کند. با این وجود، اکثر تعاریف، مفاهیم و کاربردهای گفته شده قابل تعمیم و استفاده در شبکه‌های اجتماعی واقعی نیز می‌باشند.

#### اجزای یک شبکه اجتماعی

اجزای یک شبکه اجتماعی تعیین کننده نوع کاربری و حتی میزان اثربخشی آن است. در واقع این اجزاء نشان دهنده ضریب اطمینان و اعتبار یک شبکه است. لذا می‌توان این اجزاء را مورد ارزیابی قرار داد و روش‌هایی را برای بهبود اعتبار شبکه پیشنهاد کرد. مهمترین این اجزاء شامل موارد زیر است:

1. SixDegrees
2. Friendster
3. Orkut
4. LinkedIn
5. Facebook
6. Twitter
7. Google Plus
8. Instagram
9. Telegram

۱. نام شبکه: نام شبکه براساس مجموعه ای از سؤالات انتخاب می‌گردد که به اعضای شبکه و ویژگی‌های آنها مرتبط است. نمونه‌ای از این سؤالات در ادامه آمده است:

- چه نامی انتخاب شود که بار اطلاعاتی داشته باشد مثلاً نام‌هایی از قبیل «رژیم درمانی نوین»، «رازهای سلامتی»، «کانال رژیم غذایی گیاهی» و... کانال‌هایی هستند که نام آنها نیز به فرد اطلاعاتی در مورد هدف شبکه خواهد داد.
  - چه نامی انتخاب شود که بار عاطفی داشته باشد و افراد را جذب نماید؟ برای مثال نام‌هایی مثل «زندگی سالم داشته باش»، «با ما باش» و «همیشه بخند» و... بار عاطفی دارند.
  - در کل باید نامی انتخاب کنید که فرد حمایت اجتماعی مورد نظر و اهداف شبکه اجتماعی را از خلال آن درک کند.
۲. اعضای شبکه: اعضای شبکه، جزء مهم دیگر هر شبکه اجتماعی است که باید به آن توجه ویژه کنید و انتخاب آن را به دقت انجام دهید. هنگامی که شبکه‌ای شکل می‌گیرد، باید موارد زیر را در مورد اعضای شبکه در نظر داشته باشید:

- ویژگی‌های جمعیت‌شناسی افراد (سن، جنس، سطح تحصیلات).
  - فراوانی تماس‌ها و تعاملاتی که افراد باید در شبکه داشته باشند.
  - مدت زمانی که قرار است افراد با یکدیگر در تعامل باشند.
  - نوع تعاملی که باید با یکدیگر در یک شبکه برقرار کنند.
  - میزان درک متقابلی که افراد از حمایت‌های اجتماعی اعمال شده توسط هر فرد دارند.
  - رفتارهای سلامت مورد نظر که افراد را باید به آنها تشویق کرد.
  - میزان ارتباطی که افراد با آن رفتار سلامت مورد نظر برقرار می‌کنند و یا حمایتی که جهت انجام دادن آن ارائه می‌دهند.
  - میزان رضایت و اعتمادی که افراد به این نوع شبکه‌ها دارند.
۳. تعاملات در شبکه: توجه به نوع و الگوی برقراری روابط بین اعضای شبکه یکی دیگر از اجزای کلیدی و مهم در توسعه شبکه‌های اجتماعی به عنوان محیطی برای مداخله رفتاری است. اگر شبکه دارای تعاملات زیادی باشد، بعید است که هر عضو شبکه فرصت مناسب برای ترویج مؤثر رفتار هدف را داشته باشد. به عبارتی اگر اعضای شبکه درگیر روابط گوناگونی مانند دوستی، خانوادگی، مالی و اداری باشند، احتمال اینکه بتوانند از شبکه سود ببرند کاهش می‌یابد. به طور مشابه، اگر ارتباطات میان اعضا کم‌رنگ باشد نیز، فرصت‌های کمی برای الگوسازی و تغییر رفتار وجود خواهد داشت.

### تحلیل شبکه

برای اینکه شبکه‌ای بتواند به هدف اصلی خود مانند داشتن الگوی غذایی سالم، داشتن فعالیت فیزیکی در زندگی روزانه و ترک سیگار برسد، نیاز است که حتماً شبکه را تحلیل کنید. تحلیل شامل دورکن اصلی یعنی اعضای شبکه و نوع تعاملات و ارتباطات بین افراد می‌باشد. اولین عنصر مهم و تشکیل دهنده شبکه‌های اجتماعی آن می‌باشد. شناسایی اعضای شبکه که تأثیر خاصی بر رفتار مورد نظر دارند و بنابراین برای آموزش مناسب‌تر هستند، امری مهم است. همچنین انتخاب فردی که بتواند رهبر شبکه باشد، امری مهم است که در میزان موفقیت شبکه تأثیر چشمگیری خواهد داشت. به عنوان نمونه در انتخاب اعضای شبکه عوامل زیر را می‌توان لحاظ نمود:

- وضعیت سلامتی افراد
- رفتار هدف و میزان وجود این رفتار در افراد
- وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد
- جنسیت آنها
- دیگر نقش‌های اجتماعی که افراد دارند
- منابع پشتیبانی‌کننده افراد

• فراوانی تعامل این افراد با اعضای شبکه‌های اجتماعی دیگر

در تجزیه و تحلیل تعاملات یک شبکه می‌توان از مدل گردش کاری یا بیلان کاری استفاده کرد، به عبارتی تعداد افراد جدیدی که به شبکه وارد می‌شوند، تعداد افرادی که شبکه را ترک می‌کنند، میزان بازدیدهای روزانه و همچنین عوامل مرتبط با گردش اعضا را در شبکه شناسایی کنید. برای مثال زمانی که یک مراقب، گروه یا کانالی را در شبکه‌های اجتماعی برای کمک به ترک سیگار ایجاد می‌کند، اگر ببیند که اعضای شبکه روز به روز بیشتر می‌شوند، این یعنی اینکه گروه مفید یا جذاب بوده است ولی اگر ببیند که روز به روز به از شمار اعضای گروه کاسته می‌شود، باید اطلاعاتی که در گروه یا کانال خود قرار می‌دهد را مورد بازنگری قرار دهد.

نمودار سوشیوگرام<sup>۱</sup>

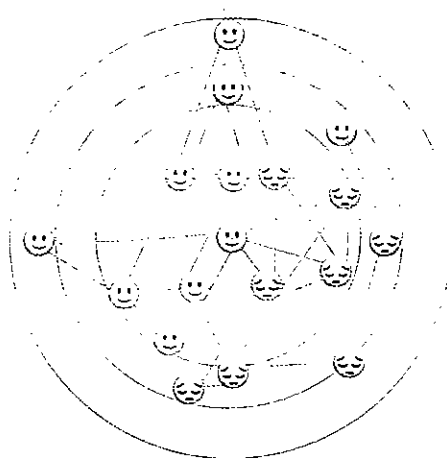
ابزار کارآمدی است که می‌توان در تحلیل شبکه از آن استفاده کرد و به ما در درک کلی و سریع یک شبکه اجتماعی کمک می‌کند (شکل شماره ۲). جهت رسم این نمودار به صورت زیر عمل کنید:

- یک کاغذ بردارید و نام تعدادی از اعضای شبکه را روی آن بنویسید و مشخص کنید که:
- کدام اعضا با هم ارتباط دارند؟ بین آن‌ها یک خط بکشید.
- کدام اعضا ارتباطشان یک طرفه است؟ با یک پیکان این ارتباط را مشخص کنید.
- کدام اعضا ارتباطات دوطرفه و متقارن دارند؟ با دو پیکان در جهت عکس مشخص کنید.
- آیا میان هیچ دو عضوی رابطه منفی وجود دارد؟ این رابطه را با خط قرمز مشخص کنید.
- آیا رابطه‌ای احتمالی میان دو عضو در آینده متصور است؟ این رابطه را با خط چین مشخص کنید.
- در نهایت طرحی که شما ایجاد کرده‌اید سوشیوگرام نام دارد.

با استفاده از این نمودار و با یک نگاه سریع به آن متوجه می‌شوید که:

- افراد کلیدی و مهم در شبکه شما چه کسانی هستند؟
- چه کسی بیشترین ارتباطات را با دیگران دارد؟ (مناسب برای سفیر سلامت)
- وجود رابطه منفی بین کدام افراد برای شما مسأله‌ساز است؟
- کدام افراد زودتر پیام‌های تغییر رفتار سلامت را دریافت می‌کنند؟

1. Sociogram



شکل ۲. مثالی از یک نمودار سوشیوگرام



## کارکردهای شبکه اجتماعی

شبکه‌های اجتماعی کارکردهای مختلفی دارند، که حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین آنهاست. حمایت اجتماعی می‌تواند به اشکال مختلفی تعریف و اندازه‌گیری شود. لذا شبکه‌ها را می‌توان براساس نوع حمایتی که فراهم می‌کنند دسته‌بندی کرد:

- حمایت عاطفی که در واقع تحقق احساس تعلق، احترام یا ارزش‌گذاری، همدلی، عشق و اعتماد در افراد است. کاربران با لایک کردن و بیان کامنت‌های محبت‌آمیز، از هم حمایت عاطفی می‌کنند؛ مثلاً در گروه‌های تشکیل شده در شبکه‌های اجتماعی برای کاهش وزن، افراد میزان موفقیت خود در رعایت الگوی غذایی سالم و کاهش وزن را بیان می‌کنند تا با لایک شدن و یا گفتن کلمات محبت‌آمیز از طرف دیگران، حمایت عاطفی شوند.
- در مواقعی که افراد به علت مشکلات مادی، درگیر مشکلات دیگر شده‌اند، حمایت مادی در مقایسه با حمایت عاطفی، ممکن است کمک بیشتری به رفاه روانی نماید. منظور از حمایت مادی، تأمین نیازهای اولیه افراد است. برای مثال درباره جمعیت‌های حاشیه‌نشین، پشتیبانی از اعضای شبکه در جهت تأمین نیازهای اولیه مانند غذا یا مسکن، امری مهم است.
- حمایت ابزاری شامل ارائه خدماتی است که فرد نیاز دارد. مثلاً گروهی که با رهبری یک متخصص تغذیه در یک شبکه اجتماعی جهت کاهش وزن تشکیل می‌شود، نوعی کمک ابزاری است زیرا نیازی نیست افراد هزینه‌ای بابت دریافت مشاوره تغذیه‌ای پرداخت کنند.
- حمایت اطلاعاتی شامل ارائه توصیه‌ها، پیشنهادات و اطلاعاتی است که فرد برای حل مسئله نیاز دارد. امروزه افراد با تخصص‌های مختلفی در شبکه‌های اجتماعی عضو هستند، بنابراین دسترسی سریع به گستره‌ای از اطلاعات به راحتی ممکن است. برای مثال در یک شبکه اجتماعی کاهش وزن، اطلاعات بسیاری پیرامون میزان ورزش و یا الگوی غذایی سالم به اعضا ارائه می‌شود.
- حمایت ارزیابانه هم از طریق ارائه بازخورد به فرد برای ارزیابی رفتار خود صورت می‌پذیرد. در نهایت کاربر در این شبکه امکان مقایسه گسترده خود با دیگران و حتی افراد را با یکدیگر پیدا می‌کند. مثلاً افراد میزان موفقیت خود در کاهش وزن و یا ترک سیگار را با سایر اعضای گروه مقایسه می‌کنند و به ادامه برنامه تغییر رفتار سلامت تشویق می‌شوند.

## به منظور بهبود کارکردهای شبکه اجتماعی:

- به مشخصات و ویژگی‌های اعضای شبکه توجه ویژه داشته باشید.
- نیازهای افراد را حتماً قبل از شروع فعالیت شبکه تعیین کنید.
- متناسب با نیاز افراد، مطالب را در شبکه ارائه دهید.
- ترجیحاً تا جای امکان از همه حمایت‌های اجتماعی ذکر شده برای افزایش انگیزه و کارکرد افراد استفاده کنید.
- حتماً به اعضای گروه نقش اجتماعی دهید تا افراد احساس مفید بودن داشته باشند و تمایل بیشتری برای اجرای برنامه‌ها داشته باشند.

در ادامه سایر کارکردهای شبکه‌های اجتماعی را به اختصار آورده ایم:

- انتشار سریع و آزادانه اطلاعات و افزایش قدرت تحلیل: اخبار شبکه‌های اجتماعی بدون سانسور منتشر می‌شوند و این ممکن است یک مزیت تلقی شود. تحلیل اخبار متنوعی که در این نوع پایگاه‌ها منتشر می‌شود، قدرت نقد و نگاه عمیق‌تر به مسائل را فراهم می‌کند. مثلاً امروزه برخی کانال‌های پیام‌رسان‌ها الگوهای رژیم غذایی مناسب را به سرعت و آزادانه در اختیار کاربران قرار می‌دهند.
- شکل‌گیری و تقویت خردجمعی: نیروی تفکر و ذهن کاربران شبکه اجتماعی، به مدد تعاملات اجتماعی و بهره‌گیری از ابزارهای

- اینترنتی با یکدیگر ترکیب و همراه می‌شوند و نیرویی عظیم با قدرت پردازشی بالا پدید می‌آورند. مثلاً با تشکیل گروه‌های اجتماعی با هدف ترویج ورزش، اعضا با یکدیگر مشورت می‌کنند و ممکن است راه‌های مناسبی را برای بهبود رفتار خود بیابند، راه‌هایی که امکان داشت هر کس به تنهایی به آنها نرسد.
- کارکرد تبلیغی و محتوایی: حضور افراد در شبکه‌های اجتماعی، احتمال مشارکت و کنش‌های اجتماعی را در آنان افزایش می‌دهد. از این رو، شانس استفاده از چنین فضایی برای معرفی، تبلیغ و ترویج یک رفتار سلامت افزایش می‌یابد. برای نمونه با کمک یک شبکه اجتماعی می‌توان راه‌های مناسب داشتن فعالیت بدنی حتی در خلال انجام کارهای روزانه و در ساعت کاری را تبلیغ کرد و به افراد آموزش داد.
- امکان ارتباطات گسترده و مستمر: شبکه‌های اجتماعی مجازی موجب گسترده‌تر شدن دامنه ارتباطات و مستمر شدن تعاملات ما شده‌اند. برای مثال یک گروه ترک سیگار، افرادی که اهداف مشترک دارند (ترک سیگار) را کنار هم قرار می‌دهد و کمک می‌کند اعضا به طور مستمر با یکدیگر ارتباط داشته باشند در حالی که در خارج از شبکه اجتماعی امکان این حجم تعاملات وجود نداشت.
- امکان عبور از مرزهای جغرافیایی: شبکه‌های اجتماعی برقراری ارتباط با جوامع و فرهنگ‌های دیگر را آسان کرده است و افراد با دیدن و آگاهی یافتن از سبک زندگی سالم دیگران، خود نیز تشویق می‌شوند که تغییری در رفتار و سبک زندگی خود ایجاد کنند. برای نمونه داشتن فعالیت بدنی روزانه، استفاده از دوچرخه و رعایت رژیم غذایی سالم در برخی فرهنگ‌های شرقی رواج دارد که می‌تواند به خودکارآمدی یک فرد ایرانی کمک کند.
- آزادی و راحتی در بیان افکار و مشکلات: شبکه‌های اجتماعی ممکن است به افراد کمک کنند تا به طور آزادانه و بدون ترس و خجالت مشکل خود را مطرح کنند و کمک بخواهند.
- تقویت اعتماد و خودکارآمدی: افراد در این شبکه‌های اجتماعی با یکدیگر ارتباط برقرار کرده و با هم مشورت می‌کنند و به عقاید یکدیگر احترام می‌گذارند. این فرایند به تقویت خودکارآمدی در جهت تغییر رفتار افراد منجر می‌گردد.
- شبکه اجتماعی و سیاست‌گذاران: از آنجایی که استفاده از شبکه‌های اجتماعی، همه‌گیر شده است و همه افراد از آن استفاده می‌کنند، سیاست‌گذاران می‌توانند به عنوان طراح یا کاربر شبکه، از آنها برای ایجاد تغییر در فرهنگ و رفتار افراد جامعه استفاده کنند. مثلاً با استفاده از این شبکه‌ها می‌توان فرهنگ استفاده از دوچرخه را به جای ماشین شخصی، پایه ریزی کرد تا علاوه بر صرفه‌جویی اقتصادی، میزان آلودگی هوا نیز کاهش یابد.

#### مهم‌ترین مزایای شبکه‌های اجتماعی برای مراقبین سلامت:

- استفاده از شبکه اجتماعی جهت تغییر رفتارهای سلامت مقرون به صرفه است.
- می‌توان از طریق آن به راحتی و در هر زمان با مراجعین خود ارتباط برقرار کرد.
- می‌توان از میزان پیشرفت افراد در برنامه‌های سلامت‌شان مطلع شد.
- به راحتی می‌توان اشتباهات و سوءتفاهم افراد را در فهم مطالب سلامت اصلاح کرد.
- می‌توان از طریق این گروه‌ها و به واسطه افرادی که عضو شبکه اجتماعی هستند با دیگر افراد جامعه نیز ارتباط برقرار کرد.

#### شبکه اجتماعی به عنوان بستری برای تغییر رفتار

مطالعات مختلف در روان‌شناسی اجتماعی نشان می‌دهند که شبکه‌های اجتماعی حتی می‌توانند در مقایسه با شخصیت، نگرش و دیگر عوامل فردی تأثیر بیشتری بر رفتار افراد داشته باشند. مداخلات شبکه‌ای اغلب از حمایت اجتماعی موجود، تبادل اجتماعی و فرآیندهای نفوذ اجتماعی مانند مدل‌سازی و قواعد برقراری ارتباط مناسب استفاده می‌کنند. در این شبکه‌ها افراد به عنوان اعضای

شبکه، اغلب روابط خود را حفظ می‌کنند و از ساختار شبکه موجود برای تغییر رفتار خود و دیگران استفاده می‌کنند. به طور مثال برای کاهش وزن یا ترک سیگار، اعضای شبکه‌ها اغلب از لحاظ احساسی، اقتصادی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. به منظور استفاده از شبکه‌های اجتماعی به عنوان مداخله‌های رفتاری شناسایی و آموزش افراد کلیدی (کسانی که دارای بیشترین تعداد روابط یا توان بالقوه هستند) و استفاده از عقاید آنها امر مهمی است. از افراد با نفوذ می‌توان به عنوان عامل تغییر استفاده کرد. این افراد را می‌توان از طریق ساختار شبکه اجتماعی و شاخص مرکزیت یا درجه نفوذ، همچنین از طریق داوطلب شدن و مشاهدات گروهی یا قومیتی شناسایی کرد. بعلاوه در استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای مداخلات رفتاری برخی تکنیک‌ها می‌توانند بسیار کمک‌کننده باشند مانند تقویت مهارت‌های ارتباطی و انگیزشی.

به منظور مؤثر واقع شدن شبکه مورد نظر، در نظر گرفتن ثبات و ساختار شبکه، فرکانس تعاملات، اعتبار و عقیده رهبران شبکه در مورد موضوع رفتاری خاص، از عوامل کلیدی محسوب می‌گردد. عوامل ساختاری شبکه اجتماعی مانند چگالی (به عنوان مثال، نسبت افرادی که در یک شبکه با یکدیگر ارتباط دارند، تقسیم بر تعداد کل لینک‌های ممکن) نیز تأثیر زیادی بر کارایی شبکه خواهد داشت.

#### ۱. تقویت مهارت‌های ارتباطی

یکی از مهم‌ترین ابزار تغییر و ارتقاء رفتار سلامت در شبکه‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی است که بین اعضای شبکه شکل می‌گیرد. تعلیم و آموزش مهارت‌های ارتباطی جهت شروع صحبت درباره رفتارهای سلامت امری ضروری است. لذا باید به افراد پیام‌آموزند چگونه اطلاعات خود را منتقل کنند تا قابل قبول و اعتماد باشد و جریان تبادل اطلاعات را تقویت کند. اعلام صرفاً یک پیام خلاصه و تلگرافی توسط فردی که شروع کننده گفتگو است، ممکن است روش مناسبی نباشد. مثلاً گفتن این پیام «سیگار کشیدن برای سلامتی افراد بد است»، ممکن است به عنوان قضاوت در نظر گرفته شود و منجر به ادامه مکالمه در مورد سیگار نشود. با توجه به اینکه یکی از اهداف چنین گفتگوهایی تغییر هنجارهای اجتماعی است، می‌توان به کمک بحث در مورد خطر دود دست دوم برای کودکان، تعامل را افزایش داد و هنجارهای مثبت درباره رفاه کودکان را تقویت کند. برای مثال اخیراً برنامه تلویزیونی خندوانه، کانالی را در پیام‌رسان تشکیل داده که هدف آن بهبود سلامت روانی افراد است. این شبکه به منظور انگیزه بخشیدن و تشویق افراد به داشتن ارتباط با یکدیگر جوایزی را قرار داده است و به شرطی افراد می‌توانند وارد قرعه کشی برای جایزه شوند که اولاً خود عضو این کانال شوند و دوماً نام این کانال را برای دوستان خود ارسال کنند. در ازای دعوت هر فرد دیگر به این کانال ۱۰ امتیاز به فرد داده می‌شود و هر چقدر این امتیاز بیشتر باشد، شانس برنده شدن فرد بیشتر است. این کانال با این شیوه عملکرد موجب تقویت مهارت ارتباطی بین افراد می‌گردد.

#### ۲. بهبود انگیزش اجتماعی

برای اینکه مداخلات شبکه‌ای موفق شوند، افراد باید برای تغییر رفتار، انگیزه داشته باشند. شبکه اجتماعی با روش‌ها و فرایندهای زیر می‌تواند در افراد ایجاد انگیزه کند:

- راهکارهایی که برای تغییر رفتار اعضای شبکه ارائه می‌شوند، با پاداش و تنبیه همراه باشند.
- با ایفای نقش در این شبکه‌های اجتماعی، افراد احساس مسئولیت می‌کنند و در نتیجه این احساس مسئولیت قوه تفکر و خلاقیت وی تقویت شده، راهکارها و پیشنهادات جدید ارائه می‌دهند. این فرایند به افزایش انگیزه درونی فرد منجر می‌شود.
- برای اینکه برنامه تغییر رفتار مبتنی بر شبکه بتواند انگیزه و احساسات درونی افراد را افزایش دهد، باید مؤثر واقع شود یعنی بتواند به تغییر در رفتار افراد منجر گردد و افراد آن را در جهان واقعی درک کنند.

- زمانی که افراد در این شبکه های اجتماعی رفتار سلامت را بیاموزند، این تغییر رفتار به وجود آمده، به ایجاد حس شایستگی در فرد منجر شده و روابط اجتماعی وی را در دنیای واقعی نیز افزایش میدهد.
- اعضای شبکه باید بتوانند هنجارهای ارتباطی را تغییر دهند تا از لحاظ اجتماعی قابل قبول باشند؛ برای مثال با استفاده از راه های ارتباطی متنوع و قابل قبول مانند لایک کردن و فرستادن استیکرهای انگیزشی بتوانند در مورد موضوعات مرتبط با سلامت مانند پیشگیری از چاقی و یا فعالیت بدنی صحبت کنند.

#### مطالعه موردی

آقای ۵۷ ساله، متأهل، دیپلمه و کارمند بازنشسته، به مراقب سلامت در یکی از شهرستان های استان همدان مراجعه کرده است. طبق گفته های خودش در اوایل جوانی سیگار مصرف می کرده است اما زمانی که صاحب فرزند شده، با میل خود سیگار را ترک کرده است و تا حدود ۳۰ سال سیگار مصرف نمی کرده است. ولی از حدود یک سال قبل که بازنشسته شده مجدد به سیگار روی آورده است. طبق گفته های خودش، می داند که سیگار برای سلامتی او ضرر دارد و حتی اکثر اوقات با مصرف آن دچار سردرد می شود و حتی مایل است که آن را کنار بگذارد، ولی نمی تواند. حالا از مراقب سلامت برای ترک کمک خواسته است. ابتدا مشخص نمایید مراجع در کدام مرحله تغییر قرار دارد و سپس توضیح دهید چگونه به کمک شبکه اجتماعی، مداخله ای برای وی طراحی می کنید؟

#### پاسخ:

از نظر مدل SOC، مراجع در مرحله تفکر یا آماده سازی است. از آنجایی که این مراقب قبلاً گروهی در پیام رسان و با هدف ترک سیگار تشکیل داده بود به وی پیشنهاد داد که عضو این گروه شود. مشخصات افراد در این گروه ۲۰ نفری به این صورت بود که همگی مرد بودند، تعدادی از آنها بازنشسته و بقیه کارمند بودند، سطح تحصیلات حداقل دیپلم و حداکثر لیسانس بود، افراد مدت ۴ هفته بود که عضو این گروه شده بودند. یکی از اعضای دوره قبل شورای شهر که بین مردم محبوبیت بالایی داشته نیز عضو این گروه بود. مراقب، ایشان را که همگی از او حرف شنوی داشتند به عنوان فرد کلیدی کانال انتخاب کرده بود و پیام های خود را از طریق وی به دیگران منتقل می کرد. نامی که مراقب برای این گروه در نظر گرفته بود «زندگی دوباره بدون دود» بود. شیوه فعالیت به این صورت بود که هر روز یک پیام و یک روش مناسب برای کم کردن تعداد سیگار مصرفی در آن روز، در گروه ارائه می شد. پیام ها مبنی بر اثرات زیان آور سیگار، فواید ترک آن و پیام های امید بخش و داشتن زندگی سالم را شامل می شد. نمونه پیام های کاهش مصرف «امروز زمانی که هوس کردید سیگار استفاده کنید، به جای آن از همسر خود بخواهید که چایی دم کند و با یکدیگر مشغول خوردن چای شوید و حواستان را پرت کنید». یا «زمانی که وقت سیگار شما بوده است، برای خرید بیرون بروید، یا با همسری یکی از دوستان خود به پارک بروید و قدم بزنید». در پایان روز نیز ادمین گروه از افراد می خواست که گزارش روزانه بدهند و میزان موفقیت خود را در اجرای برنامه به دیگران بگویند.

افراد در این گروه امکان برقراری ارتباط با یکدیگر را داشتند و در طول روز نیز با یکدیگر در مورد برنامه های خود صحبت می کردند و حتی توانایی این را داشتند که مطالب علمی و امید بخش در مورد زندگی، در گروه قرار دهند. افراد از طرف ادمین گروه و دیگر اعضا نیز مورد حمایت عاطفی قرار می گرفتند (با پیام های تأییدی عاطفی). از نظر شدت تعاملات در گروه نیز مراقب میزان پیام هایی که در طول روز بین اعضا رد و بدل شده بود را، بررسی می کرد. مشخص شد که تعداد پیام ها با گذشت زمان بیشتر شده و این نشان دهنده بهتر شدن الگوی ارتباطی بین افراد بود و حتی تعدادی از آنها با یکدیگر صمیمی تر شده بودند و در دنیای واقعی نیز با یکدیگر ارتباط برقرار کرده بودند. این روش به مدت ۳ ماه اجرا شد و در پایان دو ماه، مراقب، فرد مراجعه کننده را مورد ارزیابی قرار داد و متوجه شد که میزان سیگار مصرفی وی به میزان قابل توجهی کاهش یافته است و حتی اکثر روزها سیگار مصرف نمی کند و از این بابت بسیار خوشنود است.

### مثال‌هایی از شبکه‌های مجازی و رفتار سلامت

محبوبیت بالای رسانه‌های اجتماعی همراه با میزان استفاده زیاد و طولانی افراد از آنها، فرصت بی‌سابقه‌ای را برای محققان و مراقبین سلامت فراهم کرده است تا مداخلات تغییر رفتار را به صورت آنلاین برای مخاطبان خود تأمین کنند. شبکه اجتماعی در واقع نوعی برنامه کاربردی وب می‌باشد که به کاربران خود اجازه فعالیت‌های متنوعی از جمله امکان به اشتراک‌گذاری اطلاعات مختلف و ساخت وبلاگ‌ها (فیس بوک و توییتر)، دستیابی به اطلاعات جامع (یوتیوب) و آسان نمودن انتقال انواع اطلاعات از طریق تلفن هوشمند (پیام‌رسان‌ها) را می‌دهد.

#### ۱. فیس بوک: انجمن‌ها، گروه‌ها و بازی‌ها

فیس بوک که برای طیف گسترده‌ای از رفتارهای سلامتی از جمله کاهش وزن، فعالیت بدنی، و ترک سیگار مورد استفاده قرار گرفته است. جمعیت هدف برای این مداخلات نیز متفاوت است. برخی از مطالعات جمعیت عمومی و برخی دیگر جمعیت خاصی را بر اساس مشخصات اجتماعی و دموگرافیک هدف قرار داده‌اند. به طور معمول، به سه طریق می‌توان از فیس بوک در مداخلات سلامتی چند منظوره استفاده کرد.

- استفاده از گروه‌ها: از گروه‌های خصوصی به عنوان انجمن‌هایی برای جستجو و تبادل نظر و تأمین حمایت اجتماعی استفاده می‌شود. این گروه‌ها گاهی دارای متخصص در آن زمینه مورد نظر می‌باشند و اعضای آن افراد عادی‌اند. اخیراً امکان به اشتراک گذاشتن اطلاعات افراد در مورد بهبود رفتار سلامت، کاربرد این گروه‌ها را در حوزه تغییر رفتار پررنگ‌تر کرده است.
- استفاده از صفحات باز: برخی از مداخلات اخیراً از صفحات باز استفاده کرده‌اند. در این حالت شرکت‌کنندگان در مداخله به کمک روش‌هایی مانند «لایک کردن» تشویق می‌شوند تا از مناسب بودن محتویات شبکه با خواسته‌های خود اطمینان حاصل کنند. بزرگترین عیب این روش احتمال تهدید حریم خصوصی افراد است.
- استفاده از برنامه‌ها یا اپلیکیشن‌ها: در واقع اپلیکیشن، نرم‌افزاری است که با پلت فرم در ارتباط است. برای نمونه نوعی اپلیکیشن جهت افزایش فعالیت بدنی در افراد طراحی شده است که از یک گام شمار، برای ترویج رقابت بین افراد در داخل شبکه و ایجاد ویژگی‌ها و شواهد امیدوارکننده در مورد بهبود سطح فعالیت بدنی، استفاده می‌کند.

#### ۲. توییتر: پشتیبانی اجتماعی و جستجوی اطلاعات

اگرچه توییتر به ندرت به تنهایی به عنوان ابزار تغییر در سلامت استفاده می‌شود، اما به عنوان ابزار کمکی مرسوم برای افزایش موفقیت مداخلات آنلاین با افزایش مشارکت اجتماعی عمل می‌کند. در واقع توییتر می‌تواند به عنوان رسانه‌ای برای تبلیغ اشکال مختلف برنامه‌های شبکه‌های اجتماعی دیگر در تغییر رفتارهای سلامت مانند برنامه ترک سیگار و حمایت اجتماعی برای کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی استفاده شود. علاوه بر این، توییتر خود به عنوان منبعی غنی از داده‌های عمومی و قابل جستجو در رابطه با رفتارهای سلامت محسوب می‌شود.

#### مثالی از نفوذ شبکه اجتماعی مجازی بین‌المللی و داخلی در ایران

به گزارش پژوهشگاه فضای مجازی، در ایران حدود ۴۵ میلیون کاربر از برنامه تلگرام استفاده می‌کنند. حدود ۶۰۰ هزار کانال در حال تولید محتوا هستند که روزانه بیش از ۳ میلیون مطلب را بارگذاری می‌کنند. و حدود ۲ میلیارد بازدید از کانال‌های تلگرامی در یک روز اتفاق می‌افتد. همچنین روزانه بیش از ۱۵ میلیارد پیام در این نرم‌افزار رد و بدل می‌شود.

### ۳. شبکه های اجتماعی آنلاین و مبتنی بر تلفن هوشمند

- شبکه های اجتماعی آنلاین جدید با استفاده از گوشی های تلفن هوشمند کار می کنند. یکی از ارزش های متمایز این شبکه های اجتماعی، سهولت دسترسی برای بسیاری از افراد است. مراقبین می توانند داده ها را به آسانی در دسترس دیگران قرار دهند و همچنین بررسی کنند که چگونه شبکه، تغییر رفتار را پشتیبانی می کند. این شبکه های اجتماعی به روش های گوناگونی عمل می کنند از جمله:
- قابلیت تشکیل گروه: در شبکه های اجتماعی قابلیت تشکیل گروه وجود دارد که ظرفیت آن محدود نیست و تا هزاران نفر قابل افزایش است. تشکیل این گروه ها با داشتن کاربری متخصص یا حتی بدون کاربر متخصص، این زمینه را برای افراد فراهم می کند که در آن به تبادل اطلاعات سلامت بپردازند و میزان پیشرفت خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و یا حتی انواع حمایت های اجتماعی را نسبت به یکدیگر ارائه دهند. در گروه همه افراد می توانند با ادمین گروه ارتباط برقرار کنند.
  - قابلیت تشکیل کانال: کانال در واقع به کاربر این امکان را می دهد که مطالب را برای جمعیتی بسیار وسیع تر ارسال کند. کانال، جایگزین پیج های فیس بوکی و اینستاگرامی نیز هست، با این تفاوت که در کانال، امکان ارتباط مخاطبان با ادمین وجود ندارد. کانال ویژگی های خاص دیگری هم دارد؛ یکی اینکه هر کانال یک لینک اینترنتی دارد که دسترسی به آن را سریع تر می کند. یعنی افراد با دانستن نام لینک می توانند آن را به سرعت جستجو کرده و در آن عضو شوند. کانال های متعددی در پیام رسان ها تشکیل شده است که افراد زیادی عضو آنها هستند مانند: کانال رازهای سلامتی، کانال به اضافه سلامتی، کانال خوراک پاک، کانال هدیه سلامتی و...
  - قابلیت تشکیل ربات: برای کسانی که می خواهند عضو گروه نباشند یا بی نام بمانند، قابلیت دیگری به نام ربات ایجاد شده است. ربات نوعی حساب کاربری ویژه است که برای ارسال و دریافت اتوماتیک پیام طراحی شده است. کاربران می توانند با ارسال دستورات گوناگون با ربات ها در ارتباط باشند؛ این ارتباط می تواند در یک مکالمه شخصی و یا در یک گروه ایجاد شود. در واقع این قابلیت این امکان را می دهد که افراد بتوانند سؤالات و مسائل پیش آمده برای خود را از ربات سؤال کنند و پاسخ بسیار سریعی دریافت نمایند. برای مثال در مورد بهبود الگوی تغذیه ای در افراد، اگر فردی عضو ربات «تغذیه و سلامت» شود می تواند از آن در مورد الگوهای رژیم غذایی سؤال کند و ربات سریع به وی پاسخ دهد.

در یکی از شهرستان‌های استان اصفهان، در حین ارزیابی‌های سالانه شرکتی خصوصی، مراقب سلامت متوجه شده است که اکثر افراد آن شرکت اضافه وزن دارند. مراقب با بررسی‌های اولیه متوجه شد بیش از نیمی از افراد از اضافه وزن خود ناراضی هستند و دوست دارند به نحوی از شر این مشکل رها شوند. در ادامه و براساس گفتگوهای انجام شده با کارمندان، افراد از رژیم غذایی خود شکایت داشتند و می‌پرسیدند که چگونه می‌توان کمتر غذا خورد؟ به نظر می‌آمد تعداد زیادی از آنان در مرحله تفکر از مراحل تغییر هستند و البته تعدادی هم در مرحله پیش تفکر بودند. مراقب سلامت برای کمک به اصلاح الگوی رژیم غذایی این افراد تصمیم گرفت از پیام‌رسان که همه افراد عضو آن بودند، استفاده کند.

لذا در تلگرام گروهی تحت عنوان «زندگی راحت تر با وزن کمتر» ایجاد کرد و افرادی که چاق بودند و تمایل به تغییر رژیم غذایی داشتند، عضو آن گروه شدند. رئیس شرکت که خود اضافه وزن داشت و از نظر اخلاقی مورد تأیید همه افراد بود نیز عضو این گروه شد. مراقب در طول روز متناسب با نیاز افراد، با مشورت یک متخصص تغذیه، یک نمونه غذایی مناسب که کالری مورد نیاز افراد را تأمین می‌کرد را، به آنان معرفی می‌نمود، و فواید و کالری این مواد غذایی نیز بیان می‌شد. در پایان روز نیز افراد میزان موفقیت خود در اجرای یک برنامه غذایی سالم را اعلام می‌کردند و روزهای آخر هفته خود را وزن کرده و به گروه اعلام می‌کردند. رئیس شرکت نیز به افراد قول داده بود که هر کس در اجرای برنامه موفق باشد و کاهش وزن داشته باشد به او پاداش نقدی و یا مرخصی تشویقی می‌دهد. از آنجایی که اعضای این گروه همکاران یک شرکت بودند رابطه بین آنها صمیمی‌تر بود و افراد تقریباً یکدیگر را می‌شناختند. لذا در طول روز نیز با یکدیگر در گروه صحبت می‌کردند و مطالب علمی نیز در گروه به اشتراک می‌گذاشتند. حتی به یکدیگر پیشنهاد می‌دادند که ناهار را با یکدیگر صرف کنند و این گونه در دنیای واقعی نیز مشوق همدیگر بودند. این برنامه به مدت ۶ ماه ادامه یافت. در پایان حدود ۸۰ درصد افراد وزنشان کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته بود.

### زیان‌های شبکه‌های اجتماعی

- در کنار مزایای زیادی که استفاده از این شبکه‌ها برای افراد و جامعه دارند، معایبی نیز دارند که باید به آنها توجه ویژه داشت:
- شکل‌گیری و ترویج سریع شایعات و اخبار کذب: به علت عدم امکان شناسایی هویت واقعی اعضا و نیز عدم امکان کنترل دقیق محتوای تولید شده توسط کاربران شبکه‌های اجتماعی، یکی از مهم‌ترین پیامدهای منفی این شبکه‌ها، شکل‌گیری و ترویج سریع شایعات و اخبار کذبی خواهد بود که توسط برخی از اعضای این شبکه‌ها با اهداف خاص منتشر می‌شوند. برای مثال گاهی گروه‌هایی در این شبکه‌ها شکل می‌گیرد که برای بازاریابی و افزایش فروش، محصولات قلبی و خطرناکی را برای کاهش وزن و یا ترک سیگار معرفی می‌کنند.
  - نقض حریم خصوصی افراد: گاهی با ورود به حریم خصوصی افراد، تصاویر و اطلاعات آنها را به سرقت برده و شروع به پخش تصاویر در اینترنت می‌کنند. برای مثال ممکن است افراد براساس برنامه مشخصی عکسی از بدن چاق و یا در حال سیگار کشیدن خود را در شبکه اجتماعی قرار داده باشند؛ ولی افراد دیگر از این تصاویر و یا اطلاعات سوء استفاده کنند.
  - انزوای و دور ماندن از محیط‌های واقعی اجتماع: به نظر می‌رسد جامعه مجازی، هیچ وقت جایگزین جامعه واقعی نخواهد گردید؛ بلکه به عنوان تسهیل‌کننده تجارب اجتماعی عمل خواهد کرد. اما گرایش بیش از حد به شبکه‌های مجازی، افراد را از دنیای واقعی دور می‌کند و ممکن است خودکارآمدی آنان را برای تغییر رفتار کاهش دهد.
  - تأثیرات منفی رفتاری: فرد با عضویت در هر شبکه اجتماعی، درگیر نوع خاصی از فرهنگ ارتباطاتی می‌شود که شامل برخورد، تکیه کلام، اصطلاحات مخصوص، رفتار، تیپ شخصیتی و ظاهری است. در واقع هر شبکه اجتماعی هویت مطلوب خود را ترویج می‌کند و همه اجزای یک شبکه اجتماعی که فرد با آن در تعامل است، در ضمیر ناخودآگاه فرد تأثیر می‌گذارد. گاهی ممکن است فرد به جای یادگیری رفتارهای سالم، تحت تأثیر دیگران، رفتارهای ناسالم را در پیش بگیرد.

• **اعتیاد:** در برخی مواقع کاربرد شبکه اجتماعی اعتیاد پیدا می‌کند و نمی‌تواند آن را ترک کند. هدف شما از تشکیل یک گروه در شبکه اجتماعی، تشویق افراد به افزایش رفتارهای سلامت مانند فعالیت بدنی است. حال آنکه ممکن است فرد گرفتار شبکه های مجازی گردد و از داشتن فعالیت بدنی دور بماند.

#### چند پیشنهاد برای کاهش آسیب های احتمالی شبکه های اجتماعی مرتبط با سلامت:

۱. به منظور جلوگیری از انتشار اخبار کذب، شبکه های اجتماعی سالم و مفید را زیر نظر متخصصین و افراد کارآمد ایجاد و راه اندازی کنید.
۲. افرادی که از نظر شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و ویژگی های جمعیت شناختی نزدیک به هم هستند را، در یک گروه قرار دهید.
۳. بطور کارشناسانه و مستمر، بر فضای مجازی و برنامه ریزی برای آینده نظارت داشته باشید و از میزان پیشرفت افراد در جهت دستیابی به اهداف مورد نظر اطمینان حاصل کنید.

#### تمرین ۱

فرض کنید خانمی ۳۵ ساله به شما مراجعه کرده است که اضافه وزن دارد و خود نیز به این باور رسیده که باید وزن خود را کنترل کند و آن را کاهش دهد. وی خانه دار است و سطح تحصیلاتش دیپلم است و طبق گفته خودش در زندگی روزمره فعالیت بدنی زیادی ندارد اما روزانه ۲ الی ۳ ساعت از شبکه های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه استفاده می‌کند. اگر قرار باشد که شما برای وی به کمک یک شبکه اجتماعی برنامه ای طراحی کنید و کمک کنید تا به هدف خود برسد؛ موارد زیر را به دقت توضیح دهید:

(الف) چه رفتاری را در این فرد مد نظر قرار می‌دهید؟ مرحله تغییر رفتار را در این افراد مشخص کنید.

(ب) چه نامی را برای گروه یا کانال خود انتخاب می‌کنید؟

(ج) چه کسی را به عنوان فرد کلیدی (ادمین) انتخاب می‌نمایید؟

(د) چند نفر را در گروه عضو می‌کنید و چه تعداد از تعاملات مجاز است؟ (افراد و روابط را با سوشیوگرام نشان دهید)

(ه) راه کارها و مکانیسم های تغییر رفتار را در این گروه ارزیابی کنید؟

در یک گروه پیام رسان که با هدف خاص حمایت از همکاران جهت تغییر سبک زندگی و ترک سیگار در یک اداره تشکیل شده است، سؤالات مهمی برای شکل گیری حمایت عاطفی بین افراد مطرح شده است:

(الف) چگونه افراد را تشویق کنیم تا در مسیر ترک سیگار، از نظر عاطفی هوای یکدیگر را داشته باشند؟ بطور مثال در بازه هایی که یک فرد از توانایی خود برای ترک سیگار ناامید می‌شود، آیا دیگران می‌توانند او را به ادامه برنامه خود امیدوار کنند؟

(ب) از چه زمانی می‌توانم سیگار را ترک کنم؟ پاسخ های احتمالی دیگران به این سؤال، کدام نوع حمایت ها را شامل می‌شود؟

(ج) انبوهی از اطلاعات غلط درباره روش های ترک سیگار وجود دارد، چگونه می‌توان نظارتی بر اطلاعات ارائه شده در این گروه اعمال کرد؟ آیا این نظارت افراد را از مشارکت در گروه منجر نمی‌کند؟ راه جلب مشارکت آنها چیست؟

(د) برای تقویت حمایت ابزاری و اطلاعاتی در این گروه چه پیشنهادهای دارید؟



بخش ۴: نمونه

مداخلات و ارزیابی



فصل یازدهم

## مداخلات ارتقاء فعالیت بدنی

در پایان این فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ  
دهید:

- عوامل فردی، اجتماعی و محیطی چگونه بر فعالیت بدنی تأثیر می‌گذارند؟
- چه کاربردهایی برای مدل SOC در بهبود فعالیت بدنی وجود دارد؟
- چگونه می‌توان برنامه بهبود فعالیت بدنی را مطابق با مدل SOC اجرا نمود؟



## مقدمه

از جمله پیامدهای زندگی ماشینی در قرن حاضر، فقر حرکتی و کاهش فعالیت بدنی مناسب در افراد است. افزایش میزان فعالیت بدنی از سویی به بهبود قابل ملاحظه‌ای در سلامت جسمی، روانی و کیفیت کلی زندگی افراد منجر می‌شود؛ و از جهت دیگر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد. فعالیت بدنی یکی از مهمترین و مؤثرترین استراتژی‌ها برای کاهش خطر ابتلا به بعضی از بیماریهای غیرواگیر و مزمن از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، پوکی استخوان، چاقی و بعضی از انواع سرطان‌هاست. در برخی جوامع، ثابت شده است که فعالیت بدنی متوسط (۱۵۰ دقیقه در هفته) طول عمر را در مقایسه با افراد غیر فعال، سه سال افزایش می‌دهد. لذا افراد در تمامی سنین، بدون توجه به وضعیت فرهنگی یا اقتصادی - اجتماعی، باید از فعالیت بدنی کافی بهره‌مند شوند.

علی‌رغم مزایای فراوان فعالیت بدنی، در بسیاری از کشورها از جمله ایران، تعداد زیادی از مردم فعالیت بدنی منظم ندارند. آمار تکان‌دهنده اخیر نشان می‌دهد که حدود ۹۰ درصد مردم ایران فعالیت بدنی کافی ندارند.

## عوامل مؤثر بر فعالیت بدنی منظم

مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی و محیطی بر فعالیت بدنی منظم اثرگذار هستند و فهم روابط بالقوه بین این عوامل می‌تواند به مراقبین سلامت و سیاست‌گذاران برای ترویج فعالیت بدنی در افراد کمک کند.

## عوامل فردی

افراد به دلایل مختلفی از جمله کنترل وزن، حفظ یا افزایش انعطاف پذیری و تعادل، و افزایش تعاملات اجتماعی یا تفریح و سرگرمی، ورزش می‌کنند. پژوهشگران عوامل ژنتیکی و رشدی دخیل در فعالیت بدنی را شناسایی کرده‌اند که ممکن است در تمایل افراد به انجام فعالیت بدنی یا بی‌حرکتی نقش داشته باشند. به طور مشابه، سابقه فعالیت‌های ورزشی در گذشته اثر مثبتی بر فعالیت بدنی در حال حاضر دارد. علاوه بر این، طرز فکر مثبت و داشتن اهداف مثبت برای انجام فعالیت بدنی سبب افزایش انگیزه و لذت حین فعالیت بدنی می‌شود.

عوامل منفی تأثیرگذار بر فعالیت بدنی تنها محدود به شاخص‌هایی مانند افزایش سن، داشتن همسر، شرایط اقتصادی - اجتماعی پایین، بیماری، اضافه وزن و چاقی و معلولیت نمی‌باشند. بلکه عوامل دیگری از جمله سطح خودکارآمدی مربوط به فعالیت بدنی و خود نظارتی با میزان فعالیت بدنی افراد ارتباط مستقیم دارد. همچنین سایر عوامل مانند عدم تمایل به فعالیت بدنی، موانع فعالیت بدنی، پرداختن به برنامه‌های بیهوده پس از کار و آخر هفته، به کاهش فعالیت بدنی در میانسالان منجر می‌شوند.

عوامل جمعیت‌شناختی مانند نژاد، قومیت و شرایط اقتصادی - اجتماعی نیز بر میزان فعالیت بدنی اثرگذار می‌باشند. طبق آمارهای کشوری، استان‌های فارس و یزد کمترین و استان ایلام بیشترین فعالیت بدنی را دارند.

## عوامل اجتماعی

حمایت مثبت خانواده، دوستان، همکاران و سایر افراد در محیط فردی به طور پیوسته در افزایش سطح فعالیت بدنی مؤثر است. به عنوان مثال، اداراتی که کارمندان دارای فعالیت بدنی را تشویق می‌کنند، سبب افزایش انگیزه کارمندان به شرکت در کلاس‌های ورزشی خواهند شد.

## عوامل محیطی

عوامل محیطی مؤثر بر میزان فعالیت بدنی، شامل سازه‌های محیطی مانند پیاده‌رو، ویژگی‌های طبیعی مانند فضاها، سبزه‌ها و سیستم حمل و نقل می‌باشند. معیارهایی مانند تراکم مسکونی و نحوه کاربری زمین (توزیع منطقه‌ای مغازه‌ها، رستوران‌ها، ورزشگاه‌ها و پارک‌ها)، دسترسی به امکانات تفریحی، اتصالات خیابانی، دسترسی به پیاده‌رو، میزان و سرعت ترافیک وسایل نقلیه و زیبایی محله (به عنوان مثال مناظر، فضای سبز و سایه) و حمل و نقل عمومی نیز شامل عوامل محیطی می‌باشند که با میزان فعالیت بدنی در بسیاری از جمعیت‌ها مرتبط بوده‌اند.

## مداخلات فعالیت بدنی مبتنی بر SOC

مطالعات نشان داده‌اند که نیمی از افرادی که فعالیت بدنی را شروع می‌کنند، در کمتر از شش ماه برنامه خود را متوقف می‌کنند، لذا به نظر می‌رسد که به مداخلات مؤثرتری مانند مداخلات مبتنی بر مدل SOC برای پایداری و تداوم رفتار در افراد نیاز باشد. به کارگیری توأم سازه‌های مدل SOC شامل مراحل تغییر و فرآیندهای تغییر می‌تواند راهنمای خوبی برای انجام مداخلات ورزشی باشد. در ادامه چند نمونه از مداخلات و اقدامات مورد نیاز جهت بهبود سطح فعالیت بدنی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی را با هم مرور می‌کنیم؛ مراقب سلامت در این نمونه‌ها به کمک مراحل تغییر و سازه‌های دیگر مدل SOC از جمله انگیزش، خودکارآمدی و تحلیل سود و زیان به روند پیشرفت در مراحل کمک می‌کند (جهت توضیحات تکمیلی به فصل SOC مراجعه کنید).

### مراحل تغییر فعالیت بدنی طبق مدل SOC:

- مرحله پیش تفکر (فرد ورزش نمی‌کند و هیچ‌گونه فکری برای شروع کردن آن در ۶ ماه آینده ندارد)
- مرحله تفکر (فرد ورزش نمی‌کند، اما قصد دارد که آن را در ۶ ماه آینده شروع نماید)
- مرحله آمادگی (فرد تصمیم دارد که در ماه آینده ورزش منظم را شروع نماید)
- مرحله عمل (کمتر از ۶ ماه است که فرد ورزش منظم انجام می‌دهد)
- مرحله تداوم (بیش از ۶ ماه است که فرد ورزش منظم انجام می‌دهد)

منظور از ورزش منظم، هر فعالیت بدنی یا ورزشی است که به مدت ۲۰ دقیقه یا بیشتر، حداقل ۳ بار در هفته انجام شود به گونه‌ای که موجب تند شدن ضربان قلب یا تنفس، یا عرق کردن فرد شود (برای اطلاعات دقیق به راهنمای فعالیت بدنی مراجعه شود).

## رویکرد انفرادی

## مطالعه موردی

خانمی ۴۰ ساله با وزن ۸۰ کیلوگرم و قد ۱۶۵ سانتی متر، جهت کاهش وزن به شما مراجعه می‌کند. این خانم صاحب یک فرزند ۱۰ ساله می‌باشد. در سوابق پزشکی ایشان فشار خون بالا و سابقه دیابت بارداری ذکر شده است. پیش از این چندین بار رژیم‌های کاهش وزن خودسرانه گرفته و پس از هر بار رژیم گرفتن، بازگشت وزن داشته است. علی‌رغم توصیه پزشکان به افزایش فعالیت بدنی برای کاهش وزن، ایشان هیچ تمایلی به آن نشان نداده است. این خانم در چه مرحله‌ای از مراحل تغییر رفتار قرار دارد؟ طبق مرحله‌ای که فرد در آن قرار دارد، مشاوره خود را شرح دهید.

## اقدامات:

با توجه به عدم تمایل این خانم به انجام فعالیت بدنی، ایشان در مرحله پیش تفکر قرار دارد.

• در جلسه اول: خود را برای ایشان معرفی نمایید و توضیح دهید که کار مراقبین سلامت در حوزه تغییر رفتار چیست و این اطمینان را به او بدهید که روش کار مبتنی بر همکاری و پیشنهادهای دو طرفه می‌باشد. در مورد علت مراجعه او به مرکز درمانی با هم صحبت کنید. برای او توضیح دهید که جلسه اول راجع به چه موضوعاتی قرار است صحبت کنید و امیدوارید که به چه هدفی (کاهش وزن) برسید. و رضایت ایشان را جلب کنید: « آیا موافق این جلسه با این هدف هستید؟ با توجه به اینکه مراجعه کننده شما در مرحله پیش تفکر قرار دارد و تمایلی برای انجام فعالیت بدنی ندارد، جهت ترغیب او به ورزش اطلاعاتی از فواید ورزش در اختیار او قرار دهید. مثال: در کاهش وزن مؤثر و با دوام، ورزش نقش اساسی دارد و با توجه به اینکه شما فشار خون بالا داشته و سابقه دیابت بارداری دارید، ورزش می‌تواند در کنترل فشار خون و پیشگیری از ابتلا به دیابت نوع دو نقش مؤثری ایفا نماید. ورزش می‌تواند در کنار رژیم اصولی اثر بهتری در کاهش وزن شما ایفا نماید. ورزش در بالا بردن روحیه و شادابی شما بسیار مؤثر واقع می‌شود. در مقابل، عواقب ورزش نکردن را برای او توضیح دهید. مثال: از آنجا که شما در آستانه دهه پنجم زندگی قرار دارید خطر ابتلا به یوکی استخوان و سایر بیماریهای مزمن در دهه های آتی افزایش می‌یابد. از آنجا که سوخت و ساز و بافت عضله (بافت مفید) با افزایش سن کاهش می‌یابد، رژیم غذایی کاهش وزن ممکن است تنها در مدت محدودی سبب کاهش وزن شود.

بر اساس سازه انگیزش، سعی کنید انگیزه‌ای مطابق با شرایط فعلی به او پیشنهاد دهید. مثال: تا مدتی دیگر می‌توانی لباس مورد علاقه ات که مدت هاست به تن نکرده‌ای را بپوشی. می‌توانی الگوی خوبی برای فرزندت باشی که او نیز از کودکی ورزش نماید. همچنین جهت افزایش انگیزش، از او بپرسید آیا کسی در خانواده یا میان آشنایان هست که در ورزش کردن با او همراهی کند؟ در صورت پاسخ مثبت از او بخواهید که با فرد مورد نظر جهت ورزش کردن هماهنگ شود. به علاوه، از ایشان بپرسید ورزش مورد علاقه او چیست؟ او را تشویق کنید که در کلاسهای ورزشی مورد علاقه اش شرکت نماید در غیر این صورت می‌توانید به او پیشنهاد دهید که برنامه پیاده روی روزانه داشته باشد. تاریخ جلسه بعدی را حدوداً دو هفته بعد قرار دهید و از وی بخواهید تا در این مدت از منابع دیگری نیز در مورد اثرات ورزش کردن و فواید آن، اطلاعات کسب کند.

• جلسه دوم: در ابتدای جلسه از اینکه مراجعه کننده خود را مجدداً ملاقات کردید ابراز خشنودی کنید و از احوالات او جویا شوید و شرح مختصری از تأثیر جلسه گذشته بر میزان تمایل او برای انجام فعالیت بدنی جویا شوید. به عبارتی دیگر ارزیابی مداخله و مرحله‌ای که اکنون در آن قرار دارد را انجام دهید. در صورتی که برنامه ورزشی خاصی را شروع کرده است از او بخواهید نوع ورزش و چگونگی آنرا بازگو کند. در صورتی که پیشرفتی در او مشاهده نکردید، از موانعی بپرسید که سد راه او در رسیدن به هدف قرار گرفته‌اند، و برای هر یک راه حل مناسبی ارائه دهید. مثال: ایشان ادعا می‌کند که وقت کافی برای ورزش کردن ندارد. پاسخ: از او بخواهید برنامه روزانه خود را برایتان بازگو نماید و پیشنهاداتی جهت گنجاندن زمانی برای پیاده روی و یا ورزش در داخل منزل به او بدهید.

### مطالعه موردی

مردی ۵۰ ساله مبتلا به دیابت نوع دو (وزن ۸۵ کیلوگرم و قد ۱۷۵ سانتی متر) به درمانگاه مراجعه می‌کند. ایشان صاحب دو فرزند می‌باشد و کارمند اداره‌ای دولتی است که روزانه به طور متوسط ۸ ساعت را در حالت نشسته سپری می‌کند. پزشکان به او توصیه کرده‌اند که جهت کنترل دیابت خود علاوه بر مصرف دارو و رعایت رژیم غذایی روزانه، ورزش نماید. او به علت نگرانی از عوارض دیابت تمایل دارد ورزش را شروع نماید. این مراجعه کننده در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار SOC برای فعالیت بدنی قرار دارد؟ مطابق با مرحله‌ای که او قرار داد شرح مشاوره خود را ارائه دهید.

### اقدامات:

با توجه به اینکه ایشان مایل به انجام فعالیت بدنی می‌باشد در مرحله ۲ (مرحله تفکر) قرار دارد.

• جلسه اول: جهت افزایش آگاهی ایشان، فواید ورزش بر سلامت جسم و روان را توضیح دهید. مثال: ورزش می‌تواند در کنترل وزن شما نقش به‌سزایی داشته باشد؛ ورزش منظم می‌تواند قند خون را در شما به طور مؤثر پایین بیاورد؛ ورزش سبب حفظ قدرت عضلات شده و از پوکی استخوان و سایر بیماریها پیشگیری می‌نماید؛ ورزش در بالا بردن روحیه و افزایش اعتماد به نفس شما در کنترل دیابت مؤثر است. به او یادآور شوید که اگر به طور منظم ورزش کند می‌تواند دیابت خود را در کنار سایر روش‌های درمانی کنترل نماید و از پیشرفت بیماری خود پیشگیری خواهد نمود.

اگر ایشان را فردی بی‌انگیزه می‌بینید سعی کنید انگیزه‌های بیرونی (مثال: کاهش وزن، آسوده خاطر کردن خانواده ایشان از خطرات دیابت کنترل نشده) و انگیزه‌های درونی (مثال: افزایش سلامت جسمی و روانی) را در او تقویت نمایید.

به ایشان ورزش‌های متناسب با بیماری او پیشنهاد دهید (به عنوان مثال پیاده روی، یوگا، دوچرخه سواری و شنا) و از او بخواهید مطابق با ورزش، دارو و رژیم غذایی خود را با متخصص مربوطه کنترل نماید. از او بخواهید مدت زمان ورزش و روزهایی که ورزش کرده است را برایتان یادداشت نماید و در جلسه بعد به همراه داشته باشد. تاریخ جلسه بعدی را حدوداً دو هفته بعد قرار دهید و از وی بخواهید تا در این مدت از منابع دیگری نیز در مورد اثرات ورزش کردن و فواید آن، اطلاعات کسب کند.

• جلسه دوم: در ابتدای جلسه از اینکه مراجعه کننده خود را مجدداً ملاقات کردید ابراز خشنودی کنید و از احوالات او جويا شوید و شرح مختصری از تأثیر جلسه گذشته در میزان فعالیت بدنی او بپرسید. به عبارتی دیگر مرحله‌ای که او در تغییر رفتار فعالیت بدنی قرار دارد را مجدد تعیین نمایید. در صورتی که نحوه ورزش خود را یادداشت کرده بود آنرا با یکدیگر به بحث و گفتگو بگذارید. نقاط قوت را پررنگ نمایید و سعی کنید عواملی که مانع رسیدن به هدف بودند را با یکدیگر شناسایی و در جهت حل آن، راه‌هایی بیابید. (مثال: در صورتی که برنامه زندگی خود را به گونه‌ای تنظیم نموده بود که روزانه پیاده روی نماید او را تشویق نمایید و در صورتی که مدت زمان پیاده روی او کمتر از زمان تعیین شده بود، به او راه‌هایی چون قرار دادن زمان پیاده روی در ساعتی از روز که بیشتر بتواند پیاده روی کند، ارائه دهید).



خانمی ۳۰ ساله مجرد (وزن ۷۲ کیلوگرم و قد ۱۶۰) به درمانگاه مراجعه کرده است. ایشان از ۵ ماه قبل با رژیم غذایی و ورزش، ۱ کیلوگرم وزن کم کرده است و کماکان به ورزش خود در جهت کاهش وزن ادامه می‌دهد. ایشان در چه مرحله ای از تغییر رفتار قرار دارد؟ مشاوره خود را مطابق با این مرحله شرح دهید.

#### اقدامات:

با توجه به اینکه ایشان در حال ورزش کردن می‌باشد (کمتر از ۶ ماه) در مرحله عمل قرار دارد.

- در جلسه اول: با معرفی خود یک رابطه اطمینان بخش با وی ایجاد نمایید. با توجه به اینکه ایشان در حال ورزش کردن می‌باشد. ضمن اینکه از او می‌خواهید تا تجارب خود در مورد فواید ورزش را بازگو کند، تلاش کنید خودکارآمدی وی در این رابطه را تقویت نمایید. مثال: ورزش در حفظ روند کاهش وزن شما بسیار نقش اساسی دارد چرا که رژیم‌های کاهش وزن به مرور زمان سبب کاهش سطح سوخت و ساز بدن شده و بدون ورزش ممکن است کاهش وزن شما کند شود. همچنین شما الان خیلی جوان و سرحال به نظر می‌رسید که این از اثرات ورزش است.

جهت حفظ انگیزه در او انگیزه‌های بیرونی (رسیدن به تناسب اندام) و بیشتر انگیزه‌های درونی (افزایش سلامت روان و جسم در طولانی مدت) را برای او پررنگ نمایید. به او ورزش‌های جدید و متنوع‌تر را پیشنهاد کنید و از او بخواهید ورزشی را به عنوان رشته ورزشی خودش و حتی حرفه‌ای انتخاب نماید. از ایشان بخواهید میزان ورزش خود را یادداشت کرده و در جلسه بعد با خود بیاورد.

جلسه دوم: در ابتدای جلسه از اینکه مراجعه کننده خود را مجدداً ملاقات کردید ابراز خوشنودی کنید و از احوالات او جویا شوید و شرح مختصری از تأثیر جلسه گذشته در میزان فعالیت بدنی او بپرسید. در صورتی که به فعالیت بدنی خود ادامه می‌دهد او را تشویق نمایید (کلامی یا پاداش مالی). در صورتی که محرک‌هایی در اطراف او وجود دارند که با ورزش وی تداخل دارند، سعی کنید با یکدیگر این محرک‌ها را شناسایی، کنترل و حذف نمایید (مثال: در صورتی که دوستان ایشان ورزش نمی‌کنند و تأثیر منفی بر ورزش کردن او بر جای می‌گذارند به او پیشنهاد دهید که اوقات خود را با دوستانی بگذرانند که ورزش می‌کنند). اگر انگیزه‌های بیرونی او (مانند کاهش وزن) کم شده اند سعی کنید انگیزه‌های درونی او (مانند حفظ روحیه، اعتماد به نفس، رسیدن به هدف و سلامت او در سال‌های آتی) را در تقویت نمایید.

#### رویکرد گروهی

یکی از رویکردهای مداخله‌ای مؤثر برای افزایش فعالیت بدنی با کمک مدل SOC که قادرید در مراکز اجرا نمایید، برگزاری کلاس‌های گروهی می‌باشد. پس از مصاحبه با مراجعه‌کنندگان مرکز بهداشت، می‌توان آنها را بر اساس مرحله تغییر رفتار در پنج گروه دسته‌بندی کرد و جلسات آموزش گروهی را در خصوص فعالیت بدنی به صورت سخنرانی، بحث گروهی و کارگاه‌های آموزشی برگزار کرد. این جلسات می‌توانند بدین شرح برگزار شوند:

- جلسه اول و دوم (مشترک بین همه گروه‌ها): این جلسات می‌توانند تحت عنوان «ارمغان ورزش برای ما» برگزار شوند. در این جلسات، آموزش عمومی برای کلیه افراد خصوصاً افرادی که در مرحله یک (پیش از تفکر) هستند با هدف افزایش آگاهی در خصوص مفهوم سلامتی و ابعاد آن و نقش فعالیت بدنی در دستیابی به آن و بر شمردن مزایای فعالیت بدنی در این حوزه (مثال: کمک به تناسب اندام، بهبود شاخص‌های سلامتی از جمله بهبود قند و فشار خون، افزایش شادابی و سرزندگی) و خطرات کم‌حرکی (افزایش وزن و بیماری‌های مرتبط با چاقی و بی‌حرکی مانند پوکی استخوان)، توانمندی روانی افراد برای انجام

- رفتارهای خودمراقبتی در ارتباط با فعالیت بدنی انجام شود. در این دو جلسه می توان با تشویق افراد به تفکر و توجه به تأثیر ورزش در زندگی شخصی و بر اطرافیان، ادراک افراد از مزایای فعالیت بدنی را افزایش داد.
- جلسه سوم: شامل تقویت خودکارآمدی از طریق کمک به افزایش حس استقلال در فرد و یادآوری حمایت افراد نزدیک مانند خانواده یا دوستانی که می توانند در این مسیر به آنها کمک کنند، می باشد. انگیزه های بیرونی که می توانند فرد را در انجام فعالیت بدنی ترغیب کنند، معرفی می شوند. همچنین، مکان های مجانی یا کم هزینه برای انجام فعالیت بدنی نیز معرفی می شوند.
  - جلسه چهارم: ارزیابی میزان فعالیت بدنی افراد و کمک به بهبود سطح فعالیت بدنی انجام می شود (مثال: در صورتی که فرد در هفته ۳۰ دقیقه ورزش می کند؛ برای آنها توضیح دهید که این میزان فعالیت بدنی کمتر از میزان توصیه شده است یا شدت فعالیت بدنی افراد را با توجه به افزایش ضربان قلب او بررسی نمایید). علاوه بر آن، برای افراد توضیح داده شود که وضعیت فعالیت بدنی حال حاضرشان چه اثراتی بر سلامت آینده آنها خواهد گذاشت. در این مرحله میزان خودکارآمدی افراد را با آموزش تکنیک های افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس افزایش دهید.
  - جلسه پنجم: آماده نمودن افراد برای اقدام به فعالیت بدنی: در این جلسه موانع فردی و محیطی برای انجام فعالیت بدنی (موانع فردی: شغل، تحصیل و...؛ موانع محیطی: عدم دسترسی به مکان های ورزشی و...) بررسی شده و راه حل های مناسب (رفع موانع فردی: برنامه ریزی دقیق تر زندگی شخص، اولویت قرار دادن فعالیت بدنی نسبت به سایر کارها، آموزش حرکات ورزشی ساده در منزل و یا در پارک) ارائه می شود. این جلسه می تواند به صورت سخنرانی همراه با نمایش، پرسش و پاسخ و دادن لوح فشرده آموزش ورزش (ایروبیک و...) ارائه شود. در این مرحله هدف گذاری های کوتاه مدت (کوه پیمایی در روز تعطیل) و دراز مدت (۳۰ دقیقه راه رفتن ۵ بار در هفته)، مدیریت زمان برای گنجاندن فعالیت در یک برنامه زمانی (مثال: راه رفتن روی تردمیل حین تماشای تلویزیون) انجام می شود.
  - جلسه ششم: نگهداری و تداوم فعالیت های ورزشی: در این جلسه به منظور حفظ و ادامه برنامه فعالیت بدنی، انگیزه های درونی را در افراد (مانند تأثیرات مثبتی که ورزش بر جسم و روان آنها بر جای گذاشته است) به آنها یادآوری نمایید و جهت نگه داشتن انگیزه های درونی مواردی از قبیل روابط کمک کننده (مانند دوستی با افراد ورزشکار)، جایگزینی رفتارهای سالم با ناسالم مانند انجام تکنیک های آرام سازی و داشتن رژیم غذایی سالم، کنترل محرک های بیرونی (دور شدن از محرک های ایجاد کننده عادات غیر سالم) و یادآوری جنبه های مثبت ورزش در زندگی شان را به آنها آموزش دهید.

### رویکردهای اجتماعی

مداخلات اجتماعی معمولاً از ترکیبی از استراتژی های شناختی و اجتماعی بهره می گیرند که می توان آنها را از طریق طیف وسیعی از کانال های ارتباطی ارائه داد. این کانال ها شامل ارتباطات چهره به چهره، برنامه های تلفنی، چاپ بروشور و دیگر رسانه های جمعی و فناوری های ارتباطی هستند. فن آوری های ارتباطی ممکن است به دسته بندی هایی شامل اینترنت / مبتنی بر وب، پیام های متنی، برنامه های گوشی های هوشمند، رایانه های دستی / تبلت ها، سیستم تعاملی پاسخ صوتی «سلامت» و گام شمار طبقه بندی شوند. این موارد طیف وسیعی از روش های مداخله را ارائه می دهند.

هدف از ارتقای شرایط اجتماعی و محیطی این است که عملکردهای آنها را در حوزه سلامت پشتیبانی و تسهیل نمایند. مداخلات اجتماعی طراحی شده اند تا به افراد استراتژی های لازم جهت حمایت و تشویق خانواده و دوستان، همکاران و دیگران را آموزش دهند. نتایج حاصل از مداخلات اجتماعی در خانواده ها، نشان داده است که مشارکت در فعالیت های بدنی افزایش یافته اند. به طور مشابه، مداخلات اجتماعی در تقویت روابط موجود و احداث شبکه های اجتماعی برای تغییر رفتار در خارج از خانواده (به عنوان مثال در محل کار یا در دیگر مراکز اجتماعی)، اثبات شده اند. بنابراین، با در نظر گرفتن حمایت دیگران در رسیدن به اهداف، این زمینه اجتماعی می تواند حمایت بیشتری را برای افزایش فعالیت بدنی فراهم کند.

### رویکردهای مبتنی بر سیاست گذاری

هدف مداخلات مبتنی بر سیاست‌گذاری، تغییر برخی از جنبه‌های سیاسی مرتبط با سلامت است. این مداخلات اغلب به عنوان وسیله‌ای برای کاهش موانع فعالیت بدنی در سطوح مختلف جامعه انجام می‌شود. استقرار استراتژی‌های سیاسی در جهت ارتقای سلامت می‌تواند به مؤثرتر شدن مداخلات بهداشتی در جامعه منجر شده و رفتارهای بهداشتی مثبت را در بخش وسیعی از جامعه حفظ کند. نمونه‌هایی از رویکردهای خاص سیاست در مداخلات بهداشتی شامل کمک هزینه‌هایی در جهت ساخت مسیرهای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری در طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌های شهری می‌باشند. علاوه بر آن، توسعه عمران خیابانی (یعنی افزایش سازه‌های خیابانی و ایمنی بیشتر، احداث پیاده‌رو، قرار دادن چرخش‌های سرعت، چراغ راهنمایی، تقاطع‌ها و...) از دیگر مداخلات مؤثر محسوب می‌شوند.

مداخلات محل کار از جمله روش‌های موفق در افزایش فعالیت بدنی کارمندان در کشورهای مختلف گزارش شده‌اند. مداخلات به صورت برگزاری کلاس‌های ورزشی، مشاوره، برگزاری کلاس‌های آموزشی در محل کار، ارسال پیامک و توزیع بروشور در محل کار بوده‌اند. نمونه‌هایی از این استراتژی‌ها عبارتند از شکستن عادات غلط در طول روز کاری، ترویج استفاده از پله‌ها به جای آسانسور، قرار دادن پارکینگ در مکانی دورتر از محل کار برای تشویق راه رفتن بیشتر و ارائه برنامه‌های انگیزشی مناسب بر اساس نظریه تغییر رفتار.

### مداخلات مخفی

مداخلات ارتقای سلامت «مخفی» معمولاً به مداخلاتی اطلاق می‌شوند که در جهت کاهش رفتاری غیربهداشتی انجام می‌شوند، اما به اثر جانبی ارتقاء رفتار سالم نیز منجر می‌شوند. مثال‌هایی از مداخلات مخفیانه سلامت را می‌توان در زمینه تغییرات آب و هوا، برنامه‌ریزی شهری و بی‌نظمی یافت. به عنوان مثال، ترویج جابجایی با پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری به جای رانندگی، سبب افزایش فعالیت بدنی و کاهش مصرف انرژی غیر قابل تجدید پذیر نیز می‌شود. سیاست‌های مالی که در جهت کاهش آلودگی هوا و سرو صدا و همچنین تراکم ترافیک از رانندگان «مالیات» دریافت می‌کنند، سبب ترویج حمل و نقل فعال مانند دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی می‌شوند. مثالی دیگر از سیاست‌گذاری در محله‌ها شامل جمع‌آوری کمک‌های مالی به مؤسسات خیریه در برگزاری برنامه‌های خانوادگی پیاده‌روی می‌باشد. این برنامه علاوه بر اینکه به حمایت مالی از یک مؤسسه خیریه می‌پردازد، مداخله‌ای است که به طور فزاینده سبب ترویج فعالیت بدنی می‌شود. مثال دیگری از مداخله مخفی فعالیت بدنی، استفاده از کامپیوتر و بازی‌های ویدئویی است که تحرک و همچنین سایر بازی‌های فعال و سرگرمی را تبلیغ می‌کنند. شواهد اولیه نشان می‌دهند که این نوع بازی‌ها توانایی افزایش فعالیت بدنی، بهبود مهارت‌های حرکتی و ایجاد انگیزه برای فعالیت بدنی، و همچنین بهبود دانش، مهارت‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای سلامت را به طور کلی افزایش می‌دهند.

### سبک زندگی غیر فعال رقیب اصلی فعالیت بدنی

از جمله عوامل مهم مؤثر بر کاهش فعالیت بدنی حضور رقیبان جدی مانند تماشای تلویزیون، گشت و گذار در شبکه‌های مجازی، تعهدات کاری بیش از حد، رستوران‌گردی، قهوه‌خانه‌ها و... می‌باشد. جمیع این عوامل در شکل‌گیری سبک زندگی غیر فعال نقش مؤثری دارند. لذا یکی از اهداف مطالعات و مداخلات آینده، مقابله با رقیبان فعالیت بدنی خواهد بود. استراتژی‌های پیشنهادی باید بتوانند با لذت‌های بالا و زودرس رقیبان فعالیت بدنی مقابله کنند و رفتارهای مطلوب را با پاداش‌های متناسب جایگزین نمایند.

مطالعه موردی

در یک اداره دولتی مدیر اداره فردی ۴۵ ساله (۸۵ کیلوگرم و ۱۷۵ سانتی متر) می باشد که اعتقادی به ورزش ندارد. علاوه بر آن او معتقد است جهت افزایش بازدهی اداره، کارمندانش بایستی روزانه ۹ ساعت بی وقفه کار کنند (عمدتاً کار پشت میز). چگونه می توانید سبب افزایش فعالیت بدنی در افراد این اداره شوید؟

اقدامات:

در فضاهای اجتماعی، دیدگاه مدیر مجموعه می تواند تأثیر بسزایی در تغییر رفتار کارمندان بگذارد. بنابراین می توان طی چند جلسه با مدیر مجموعه مذاکره نمایید.

• جلسه اول: از آنجا که این فرد تمایلی به تحرک و فعالیت بدنی ندارد در مرحله اول (بیش تفکر) قرار دارد. بنابراین در ابتدا پس از معرفی خود، و بیان اهداف جلسه پیش رو (به عنوان مثال: افزایش سلامتی کلیه کارمندان و کاهش هزینه های مربوطه از طریق افزایش فعالیت بدنی) اعتماد ایشان را جلب نمایید. سپس جوانب مثبت ورزش کردن افراد و تأثیر مثبت آن را در بازدهی کاری کارمندان برای او توضیح دهید (به عنوان مثال: ورزش سبب افزایش تمرکز فکری، اعتماد به نفس، سلامت جسم و پیشگیری از اختلالات استخوانی و عضلانی حاصل از نشستن طولانی مدت می شود). برای ایشان توضیح دهید که حمایت ایشان از کارمندان در جهت افزایش فعالیت بدنیشان سبب افزایش انگیزه (مانند قرار دادن پاداش برای کارمندان فعال) و افزایش خودکارآمدی کارمندان می شود. علاوه بر آن ایشان را تشویق نمایید که خود نیز در فعالیت های ورزشی شرکت نماید چرا که تغییر سبک زندگی او به عنوان مدیر مجموعه می تواند الگویی برای سایر کارمندان باشد. تشویق کارکنان ممکن است از طریق قرار دادن بن های تخفیف مجموعه های ورزشی، افزایش حقوق کارمندانی که در ماه از طریق ورزش کاهش وزن داشته اند و برگزاری برنامه های ورزشی گروهی (پیاده روی و کوه پیمایی) و اهدای جوایز باشد.

• جلسه دوم: پس از ابراز امیدواری و خشنودی از تمایل مدیر جهت ادامه جلسات، شرح مختصری از تغییر عملکرد شخصی و تأثیرش بر کارمندان اداره بگیرید. به عبارتی او را ارزیابی نمایید که دریابید در کدام مرحله از تغییر رفتار قرار دارد. در صورتی که وارد مرحله ۳ (آماده سازی) شده بود، مجدداً فواید ورزش را برای او یادآوری نمایید. برای او از عواقب ورزش نکردن بر سلامت خود و کارمندانش توضیح دهید (به عنوان مثال: افزایش خطر بیماری های قلبی-عروقی، ناراحتی های اسکلتی-عضلانی، افسردگی). برای او توضیح دهید در صورتی که محیط کاری اداره او منفعل و بی تحرک باشد در دراز مدت از بازدهی کاری و انرژی کارمندانش کاسته خواهد شد. انگیزه های بیرونی و درونی را در او بیدار نمایید (افزایش سلامت جسم و روان خود و کارمندان).

در صورتی که در مرحله نخست تغییر رفتار باقی مانده بود، از موانع و نگرانی های وی بپرسید و او را در جهت رفع موانع یاری دهید. به عنوان مثال: ایشان نگران هستند که فعالیت بدنی کارمندان سبب کاهش ساعات کاری و بازدهی عملی کارمندان شود. شما در مقابل می توانید پیشنهاد دهید که فعالیت های ورزشی می توانند در ساعاتی خارج از ساعات اداری و یا در آخر هفته برگزار شوند. علاوه بر آن به ایشان متذکر شوید که حتی در صورت برگزاری کلاس های ورزشی در ساعات اداری (دو بار در هفته و هر بار یک ساعت) می تواند بازدهی عملی کارمندان را به گونه ای جبران نماید که جبران ساعت از دست رفته بشود.

در آینده، مداخلات فعالیت بدنی در دو جهت رشد خواهد کرد که شامل استفاده از رویکردهای نوین تکنولوژیک در مداخلات و گسترش «دسترسی» مداخلات برای مخاطبین و جمعیت‌های مختلف خواهد بود. بدین منظور بسترهای جدیدی به کمک شبکه‌های اجتماعی مجازی، سیستم‌های سلامت الکترونیک، تکنولوژی‌های بازاریابی اجتماعی و مداخلات عمیق-شناختی ایجاد شده است که می‌تواند اثربخشی مداخلات را بهبود بخشد و دسترسی مداخلات را برای مردم به طور چشمگیری ارتقاء دهد. به عنوان نمونه نصب نرهم افزار قدم شمار برگوشی همراه بیش از ۷۰ هزار نفر در ۶۴ کشور، سبب افزایش فعالیت بدنی روزانه، کاهش وزن و کاهش ساعات بی‌حرکی شده است.

## تمرین

- خانمی ۵۰ ساله مبتلا به پوکی استخوان به درمانگاه مراجعه کرده است. پزشکان به او توصیه کرده‌اند جهت پیشگیری از پیشروی پوکی استخوان، روزانه ورزش‌هایی با شدت متوسط متناسب با پوکی استخوانش انجام دهد. ایشان در حال حاضر در حال سبک و سنگین کردن انجام فعالیت بدنی است. ایشان در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار قرار دارد؟ مشاوره خود را مطابق با این مرحله شرح دهید.
- خانمی ۳۵ ساله با وزن ۶۰ کیلوگرم و قد ۱۶۵ سانتی متر به درمانگاه مراجعه کرده است. ایشان در گذشته به صورت تفریحی به باشگاه بدنسازی می‌رفته اما مدت‌هاست که باشگاه را ترک کرده است؛ چرا که معتقد است ورزش نرمال است و نیازی به انجام فعالیت بدنی ندارد. ایشان در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار قرار دارد؟ مشاوره خود را مطابق با این مرحله شرح دهید.
- یک آرشیتکت و مدیر ارشد حوزه شهرسازی در حال ساخت یک شهرک مسکونی با چندین بلوک آپارتمانی می‌باشد، او تصمیم دارد از حداکثر فضا برای ساخت آپارتمان استفاده کند در حالی که فضایی برای ورزش در نظر نگرفته است. چگونه با او در جهت تغییر تصمیم‌گیری‌اش مذاکره میکنید تا فضایی را برای ورزش کردن اختصاص دهد؟ مداخلاتی که لازم است تا رفتار مدیر را تغییر دهید بر اساس مدل SOC شرح دهید.

در صورتی که:

- ۱- همه SOC
- ۲- ارزیابی‌ها - ۱۰۰
- ۳- نسبت‌ها - تصویر مشاوره
- ۴- همه مشاوره - اصطلاحات
- ۵- تنظیم حس مشاوره - اصطلاح



فصل دوازدهم

## ارزیابی مداخلات تغییر رفتار

در پایان فصل می‌توانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- فواید ارزیابی مداخلات تغییر رفتار چیست؟
- انواع روش‌های ارزیابی چیست؟
- اصول ارزیابی RE-AIM چیست؟
- یک مداخله مبتنی بر نظریه را چگونه می‌توان ارزیابی کرد؟





## مقدمه

بهبود و ارتقاء برنامه‌های تغییر رفتار، تا حد زیادی بر امکان شناسایی مؤلفه‌های کلیدی در مداخلات مؤثر، استوار است. به همین جهت ارزیابی مداخلات تغییر رفتار، امر مهمی به شمار می‌آید. متأسفانه ارزیابی اکثر برنامه‌های تغییر رفتار سلامت، محدود به نظرسنجی‌هایی است که میزان حضور و رضایت شرکت‌کننده‌ها را می‌سنجند. اگرچه این نوع ارزیابی‌ها، اطلاعات ارزشمندی را ارائه می‌دهند اما برای تعیین تأثیر برنامه کافی نیستند.

## نظارت و ارزیابی هر مداخله در تعیین موارد زیر حیاتی است:

- عملکرد درست برنامه بر اساس اهداف مداخله
- ارائه شواهد جهت ادامه یافتن برنامه
- بازخورد در مورد اثر بخش بودن برنامه
- شناخت مشکلات اجرایی و پشتیبانی از برنامه
- تعیین نگرانی‌های قابل حل در مسیر اجرای مداخلات

## اهمیت ارزیابی فرایند مداخله

هنگامی که مداخلات به نتایج قابل توجهی منجر می‌شود، مهم است بدانیم که کدام یک از اجزای مداخله، به موفقیت کمک کرده است. به همین ترتیب، زمانی که مبالغ هنگفتی از پول دولت (منابع ملی یا مالیات) برای انجام مداخلات در سطوح مختلفی از جامعه اختصاص داده می‌شود، و نتایج بدست آمده ناچیز است، برای محققان، سرمایه‌گذاران و افراد جامعه مهم است که بفهمند چرا این مداخلات تأثیری نداشته‌اند. بنابراین ارزیابی فرایند می‌تواند توضیح دهد که چرا نتایج مثبت، منفی و یا ناچیزی بدست آمده است. همچنین ارزیابی فرایند باعث می‌شود مداخلات مبتنی بر نظریه بهتر درک شود و شرایط بهبودشان فراهم شود. در کل دو دلیل مهم برای ارزیابی مداخلات وجود دارد که شامل کمک به بهبود برنامه‌ها و بهبود سیاست‌گذاری‌ها می‌شود.

## ارزیابی و کمک به بهبود برنامه‌ها:

- تعیین میزان یا شدت مداخلات مورد نیاز برای ایجاد برنامه‌های مؤثر.
- مشخص کردن روش‌هایی که بیشترین تغییرات را ایجاد می‌کنند.
- شناسایی استراتژی‌ها برای افزایش مشارکت یا پیروی از برنامه‌ها.
- شناسایی زیرگروه‌هایی که مداخله مورد نظر بر آنها مؤثر است و یا گروه‌هایی که مداخله بر آنها تأثیر ندارد.

## ارزیابی و کمک به پیشرفت در سیاست‌گذاری‌ها:

- تعیین هزینه‌ها و منابع مورد نیاز.
- مشخص کردن مزایا و بازده سرمایه‌گذاری.
- افزایش حمایت عمومی یا سیاست‌گذاری در کمک به اقدامات مورد نیاز.
- پشتیبانی نکردن از برنامه‌های نامناسب.
- افزایش مسئولیت‌پذیری در تأمین‌کنندگان و ذی‌نفعان.

## انواع روش های ارزیابی مداخلات

### ارزیابی تکوینی<sup>۱</sup>

معمولاً قبل از طراحی یک مداخله رخ می دهد. در این زمینه، ارزیابی تکوینی به تدوین و ارزیابی نقاط قوت و محدودیت ایده ها یا مواد مبتنی بر نظریه قبل از اجرای کامل طرح کمک می کند. ارزیابی تکوینی باید توسط مخاطب مورد نظر انجام شود. این نوع ارزیابی ممکن است کمی و کیفی باشد و از ابزارهای جمع آوری داده های مختلف مانند گروه های کانونی، مشاهدات، نظرسنجی ها و مصاحبه ها و همچنین روش های جمع آوری داده های جدید مانند بحث گروهی مبتنی بر تصاویر<sup>۲</sup> و داستان سرایی<sup>۳</sup> استفاده نماید.

### ارزیابی فرایند

در این نوع از ارزیابی، فعالیت های ارائه شده در هر مداخله، قابل اجرا بودن این فعالیت ها و همچنین میزان قابل ارائه بودن آنها مورد ارزیابی قرار می گیرد. ارزیابی فرایند همچنین برای پاسخ دادن به سؤالاتی از قبیل «چگونگی» و «چرایی» مؤثر بودن یا بی اثر بودن مداخلات، استفاده می گردد. ارزیابی فرایند در واقع به درک موارد زیر کمک می کند:

- چگونگی تغییر برنامه یا سیاستی که در ابتدا برنامه ریزی شده بود.
- میزان دریافت برنامه توسط مخاطبان.
- تعیین زیرگروه هایی که برنامه را دریافت کرده اند.
- پیشگیری از وقوع پیامدهای منفی.

### مثالی از ارزیابی فرایند:

در یک سالن زیبایی با مراجعه کنندگان متعددی، قرار شد افراد به تغییر رفتار و فعالیت بدنی بیشتر تشویق شوند. بدین منظور تعدادی کارگاه آموزشی و انگیزشی طی هجده ماه برگزار گردید و میزان مشارکت افراد در این کارگاه ها، مورد بررسی قرار گرفت. جهت ارزیابی فرایند تغییر رفتار، از معیارهایی مانند افزایش تعداد مکالمات سلامت بین ارائه دهندگان خدمات و مشتریان استفاده شد. نتیجه نشان داد که داشتن تنوع در روشهای ارائه خدمات به افراد همراه با برنامه های آموزشی، ممکن است اثرگذاری سالن های زیبایی را در ترویج سبک زندگی سالم افزایش دهد.

### ارزیابی اثربخشی<sup>۴</sup>

مداخله تغییر رفتار دو دسته پیامد دارد که شامل نتایج کوتاه مدت یعنی تغییر رفتار مذکور؛ و تأثیر درازمدت یعنی اثرات نهایی ناشی از تغییر رفتار می باشد. ارزیابی اثربخشی شامل ارزیابی هر دو می شود و سعی دارد اهمیت و تأثیر برنامه ها را نشان دهد. در برخی موارد، ارزیابی اثربخشی ممکن است فقط بر تغییر رفتار متمرکز باشد، در حالی که گاهی ارزیابی ممکن است بیشتر بر نتیجه نهایی مثلاً تغییرات در میزان مرگ و میر، یا کیفیت زندگی تأکید کند. در مثال سالن زیبایی، یکی از نتایج اولیه مورد ارزیابی، تغییر در فعالیت بدنی افراد بود.

1. Formative evaluation

2. Photovoice

3. Storytelling

4. impact evaluation

### ترسیم نقشه مداخله

به منظور ساده سازی و بهبود ارزیابی، پیشنهاد می شود فلوچارت و نمایش دیداری مراحل اجرای مداخله را ترسیم کنید. برای نمونه می توانید با ترسیم یک فلوچارت، روش کار خود با مراجعه کنندگان را نشان دهید؛ اگر براساس مدل SOC کار می کنید، مراحل تغییر و ویژگی های مداخله در هر مرحله را روی نمودار نشان دهید. همچنین سعی کنید نحوه عبور مراجعه کننده از مرحله ای به مرحله بعد را نیز ترسیم نمایید (برای اطلاعات بیشتر به قسمت ضمایم مراجعه نمایید).

### مدل های ارزیابی

مدل های متعددی برای ارزیابی مداخلات تغییر رفتار سلامت پیشنهاد شده است. نکته کاربردی و حائز اهمیت این که ارزیابی مداخلات تغییر رفتار نباید صرفاً براساس اثربخشی آنها (نتایج و بزرگی تغییرات) باشد، بلکه میزان دسترسی آنها یا درصد افراد واجد شرایط که در مداخله شرکت می کنند را نیز باید مدنظر قرار داد. برای آشنا شدن با چنین رویکردی، در ادامه یکی از مدل های بسیار مشهور و کاربردی این حوزه یعنی چارچوب جامع ارزیابی RE-AIM شرح داده شده است.

### چارچوب RE-AIM

RE-AIM مخفی برای کلیدواژه های دستیابی<sup>۱</sup>، اثربخشی<sup>۲</sup>، پذیرش<sup>۳</sup>، پیاده سازی<sup>۴</sup> و نگهداری<sup>۵</sup> است (برای مشاهده جزئیات به جدول ۱ مراجعه کنید). چارچوب RE-AIM در واقع یک رویکرد ارزیابی است که فاکتورهای فردی و سازمانی را در کنار هم مورد بررسی قرار می دهد و همچنین می تواند شواهدی در مورد تأثیر برنامه های تغییر رفتار سلامت بر سایر افراد یا سازمان ها را ارائه دهد. RE-AIM برای ارزیابی دستیابی و اثربخشی در سطح فردی، پذیرش و پیاده سازی در سطح سازمانی و نگهداری در هر دو سطح فردی و سازمانی استفاده می شود. چارچوب RE-AIM قادر است به تصمیم گیرندگان در توضیح نتایجی که برای آنها اهمیت دارد و همچنین ارزیابی جوانب مثبت و منفی مداخله کمک کند. برای مثال، ممکن است کمک کند بین برنامه ای که دارای اثربخشی بالایی است اما توسط بسیاری از تمرین کنندگان مورد پذیرش قرار نگرفته است و یا برنامه ای که میزان دستیابی در آن بالا است اما اثربخشی متوسطی را نشان می دهد، یکی را انتخاب کنید.

### هدف RE-AIM این است که:

اطلاعات لازم را برای مراقبین و سیاست گذاران فراهم آورد تا جهت ارائه برنامه تغییر رفتار در مخاطبین بهترین تصمیم را اتخاذ کنند. میزان توانایی یک مداخله برای ایجاد تغییری مؤثر، میزان پذیرفته شدن آن توسط افراد و توانایی آن مداخله در ارائه طیف وسیعی از برنامه ها با هزینه معقول، و همچنین میزان پایداری در طول زمان را تعیین کند.

1. Reach
2. Effectiveness
3. Adoption
4. Implementation
5. Maintenance

### جدول ۱. چارچوب RE-AIM

سؤالات	ابعاد RE-AIM
آیا هر فرد واجد شرایط، به مداخله دستیابی دارد؟ چند درصد از مراجعه کنندگان واجد شرایط از مداخله برخوردار هستند؟ و چگونه آنها به عنوان جمعیت انتخاب می شوند؟	دستیابی، نائل شدن (سطح فردی)
مداخله چه تأثیری بر روندها و نتایج اولیه (مثبت و منفی) از جمله کیفیت زندگی مراجعه کنندگان دارد؟	اثر بخشی (سطح فردی)
چه میزان از سازمان های هدف و کارکنان آنها (مانند ادارات، کارگاه ها، مدارس / مربیان، دفاتر / پزشکان)، در مداخله شرکت کرده اند و آنها چگونه می توانند در اجرای این مداخله همکاری کنند؟ چگونه بخش های مختلف مداخله طبق فلوجارت تعیین شده ارائه می شوند؟ در حین اجرای مداخله، چه تغییراتی در جزئیات پیش بینی شده آن رخ داده است؟	پذیرش (سطح سازمانی)
سطح فردی: اثرات دراز مدت مداخله (حداقل ۶ تا ۱۲ ماه پس از مداخله) برای افراد چه بوده است؟ سطح سازمانی: تا چه اندازه در سازمان هدف، برنامه مداخله ای اصلاح شده، تداوم یافته و یا نهادینه شده است؟	پیاده سازی (سطح سازمانی)
	نگهداری (سطح فردی و سازمانی)

به خاطر داشته باشید که تمام پنج بُعد RE-AIM مهم اند و به یک اندازه نیاز به ارزیابی دارند. در واقع یک مداخله زمانی تأثیر قابل توجهی در سطح جمعیت دارد که در تمام یا بیشتر ابعاد RE-AIM انجام شود. این به تنهایی کافی نیست که فقط مداخله بسیار مؤثری داشته باشیم و اگر مداخله ای در دسترس نباشد، یعنی اینکه به احتمال زیاد توسط بسیاری از سازمان ها پذیرفته نشده است و فقط توسط چندین متخصص آموزش دیده قابل اجرا است.

### تفسیر نتایج ارزیابی بر اساس چارچوب RE-AIM

در هر قسمت از این چارچوب سؤالاتی قرار دارد که بر حسب تعداد سؤالات نمره دهی می گردد:

- قسمت دستیابی: ۶ امتیاز
- قسمت اثر بخشی: ۵ امتیاز
- قسمت پذیرش: ۷ امتیاز
- قسمت پیاده سازی و کاربرد: ۵ امتیاز
- قسمت نگهداری: ۲ امتیاز
- مجموع امتیاز کل: ۲۵ امتیاز

هر چقدر که امتیازات کسب شده بیشتر باشد، آن مداخله مناسب تر و مؤثرتر است (سؤالات هر بخش و نحوه نمره گذاری در جدول شماره ۳ آمده است).

### چالش های ارزیابی مداخلات

چالش عمده برای مرحله «دستیابی» این است که اغلب ارزیابی ها تنها شامل شرکت کنندگانی می شوند که دسترسی به آنها آسان است و یا افرادی که برای شرکت در مطالعه انگیزه دارند. همچنین ویژگی های مراقبینی که در انجام مداخله تغییر رفتار موفق ترند، مشخص نیست. این ویژگی ها ممکن است به عنوان عوامل مؤثر در پیشبرد مداخله شامل تخصص، تحصیلات، آموزش، سن، نژاد یا قومیت،

جنسیت، یا تجربه باشند. یکی از مهم ترین چالش ها، تضاد بین وفاداری به پروتکل مداخله تغییر رفتار و سازگاری با موقعیت های محلی و فرهنگی محسوب می گردد. و در پایان یک چالش اساسی اینکه تخمین هزینه های برنامه، اغلب در دسترس نیست. جدول ۲ خلاصه چند چالش اصلی در هنگام ارائه و ارزیابی مداخلات تغییر رفتار سلامت و لیستی از راه حل های مناسب را نشان می دهد.

### جدول ۲. چالش های مشترک در ارزیابی مداخلات رفتار سلامت و راه حل های احتمالی

چالش	راه کار
R:	از نمونه گیری مبتنی بر جمعیت یا انتخاب زیر گروه های پر خطر استفاده
از جمله چالش ها این است که نمونه ها مرتبط و یا	از معیارهای خروج بیش از حد اجتناب شود.
نماینده مناسب جمعیت هدف نیستند.	
E:	نتایج و یا چگونگی درک آنها به طور کامل قابل فهم ارزیابی نتایج بطور گسترده صورت گیرد و حتی نتایج منفی را نیز شامل
نیست.	شود.
توانایی اطلاع از واسطه ها وجود ندارد.	مشخصات کامل واسطه های فرض شده تعیین گردند.
نتایج متضاد یا مبهم هستند.	زیر گروه ها برای شناسایی اثرات آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند.
شرایط برای کنترل یا جلوگیری از فرضیه های جایگزین،	شرایط طراحی شده برای مطابقت با سؤال شما کنترل شود.
نامناسب است.	
A:	با استفاده از اصول CBPR، متقاضیان و ذی نفعان بالقوه را درگیر کنید.
برنامه فقط در مراکز پیشرفته و با کارایی بالا مطالعه	در اوایل برنامه که بازنگری هنوز امکان پذیر است، یک نماینده یا گروهی
شده است.	از تنظیمات را در نظر بگیرید و با استفاده از آن میزان مشارکت مخاطبین را
برنامه تاکنون تأیید نشده یا فقط در سطح دانشگاهی	تعیین کنید
استفاده می شود.	
I:	اگر درمان بیش از حد پیچیده، بیش از حد شدید، و یا با دیگر وظایف سازگار
پروتکل هایی که در نظر گرفته شده اند قادر به	نیست، آن را ارزیابی کنید.
پاسخگویی به سؤالات کلیدی در مورد هزینه ها، زمان،	به طور سیستماتیک ویژگی های ارائه دهندگان خدمت، و نیز هزینه ها را
و یا نیاز ارائه دهندگان خدمت نیست.	ارزیابی کنید.
تصمیم گیری در مورد اینکه سازگاری یا مناسب بودن	عناصری که قابل تغییر نیستند و آنهایی که قابل تنظیم هستند را شناسایی
برنامه خوب یا بد است، انجام نشده است.	کنید.
M:	مرحله نگهداری - هر دو مرحله طراحی پروتکل و ارزیابی برنامه انجام شود.
برنامه یا اثرات در طول زمان حفظ نمی شود.	برای نهادینه سازی، پایداری و انتشار نتایج مداخله، برنامه ریزی شود.
در طول زمان، سازمان ها، کارمندان ارائه دهند	میزان پایبندی به مدل SOC را بررسی کنید.
خدمت و شرکت کنندگان بطور قابل ملاحظه ای کاهش	به منظور به حداقل رساندن کاهش مشارکت در مداخله با استفاده از
می یابند.	روش های مناسب ارزیابی و گزارش، مراحل را بررسی کنید.

هزینه ها

در ارزیابی برنامه های سلامت، داده های مربوط به هزینه ها و هزینه-اثر بخشی یکی از کمیاب ترین نوع گزارش داده ها هستند. این مانع عمده ای برای اجرای برنامه های مبتنی بر نظریه در موقعیت های عملی است، زیرا هزینه برنامه یکی از اولین سؤالاتی است که

برای سیاست‌گذاران مطرح می‌شود. بخشی از دلیل آن که تجزیه و تحلیل هزینه‌ها در ارتقاء سلامت انجام نشده این است که طراحان و پژوهشگران برنامه به دلیل پیچیدگی و میزان کار و هزینه‌های مربوط به ارزیابی هزینه- بهره‌وری، از آن پرهیز می‌کنند. خوشبختانه با پیشرفت‌های اخیر، روش‌های ساده‌ای در دسترس هستند که به جای پاسخ به تمام موضوعات اقتصادی، تمرکز خود را به مسائل مربوط به هزینه‌های اجرای برنامه و هزینه‌های تغییر رفتار محدود کرده‌اند. چنین مدل‌هایی بیشتر برای پاسخگویی به سؤالات سیاست‌گذاران مورد استفاده قرار می‌گیرد و مقرون به صرفه‌تر هستند.

### نقش هزینه و ارتباط آن با ابعاد RE-AIM چیست؟

هزینه یکی از عوامل کلیدی است که تعیین می‌کند چگونه مداخله‌ای به طور گسترده پذیرفته می‌شود. بنابراین هر چند بحث هزینه‌ها یا هزینه- بهره‌وری در قالب یک بُعد مستقل در چارچوب RE-AIM نیامده است، قطعاً یکی از عواملی است که به طور جدی بر ابعاد مختلف چارچوب RE-AIM تأثیر می‌گذارد.

### نمونه اول

#### ارزیابی یک برنامه ارتقاء فعالیت بدنی کارمندان بر اساس چارچوب RE-AIM

- جمعیت هدف: تعداد بیست نفر از کارمندان بانک که مشکل جسمانی نداشتند، انتخاب شدند. این افراد در برنامه روزانه و زندگی خود فعالیت بدنی منظم نداشتند، اما مایل به انجام آن بودند. اطلاعات دموگرافیک در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، پایه تحصیلی، میزان درآمد و سابقه عضویت در باشگاه ورزشی ثبت شد. همچنین به کمک پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی، الگو و شدت فعالیت بدنی طی هفت روز گذشته ارزیابی شد.
- روش اجرای مداخله: اساس برنامه‌ریزی آموزشی، مبتنی بر یادگیری فعال بود و آموزش‌ها با استفاده از سخنرانی، بحث گروهی، استفاده از گروه همسالان و دادن کتابچه، پمفلت آموزشی و CD در خصوص فعالیت بدنی منظم، در چهار مرحله به افراد شرکت‌کننده ارائه شد.
- مرحله اول: در ابتدا، در شعبه بانک منتخب، با چاپ شعارهایی در خصوص فعالیت بدنی و نصب در سالن و محل کار و همچنین ارسال یک شعار ورزشی در صبح‌گاه از طریق پیامک به افراد، برنامه شروع شد. هدف از این برنامه حساس‌سازی گروه مداخله و فضا سازی در خصوص فعالیت‌های بدنی بود.
- مرحله دوم: این مرحله شامل آموزش مدیران و رئیس شعبه و همچنین آموزش خانواده افراد شرکت‌کننده بود که برای هر گروه یک جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. از رئیس‌ان و مدیران درخواست شد تا با تشویق کلامی، ایجاد محیط حمایتی برای انجام فعالیت بدنی، مشوق افراد برای سبک زندگی فعال باشند. به این منظور کتابچه‌ای آموزشی در اختیار آنها قرار داده شد. در جلسه آموزشی خانواده افراد، در مورد اهمیت فعالیت فیزیکی و نقش آن در زندگی، کم‌تحرکی و نقش آن در بوجود آمدن بیماری‌ها و نقش خانواده‌ها در فراهم کردن امکانات و تشویق افراد به انجام فعالیت‌های فیزیکی آموزش داده شد و در پایان کتابچه‌ای در مورد کم‌تحرکی و بیماری‌های حاصل از آن در اختیار خانواده‌ها قرار داده شد.
- مرحله سوم: یکی از روش‌های آموزشی مورد استفاده در این برنامه، استفاده از گروه همسالان بود، لذا بدین منظور ۵ نفر از کارمندان که در یک رشته ورزشی فعال و علاقه‌مند به همکاری در این زمینه بودند، به عنوان سفیر و تسهیل‌کننده ورزش برای دیگران انتخاب شدند. در این مرحله در مورد نحوه انجام آموزش در بین همکاران با این افراد مشورت و در این خصوص تصمیم‌گیری شد و به منظور افزایش آگاهی و آمادگی این افراد برای آموزش در محل کار، بسته آموزشی طراحی

شده در این رابطه (شامل یک کتابچه در مورد فعالیت های ورزشی و یک پمفلت آموزشی در خصوص فواید فعالیت های ورزشی) در اختیار آنان قرار گرفت.

- مرحله چهارم: این مرحله شامل شش جلسه آموزشی برای افراد شرکت کننده بود که توسط یک کارشناس ارشد تربیت بدنی و یک مربی ایروبییک برگزار شدند. جلسات آموزشی شامل موارد زیر بودند:
  - جلسه اول: آشنائی با اهداف برنامه آموزشی، و نقش فعالیت های جسمانی در زندگی.
  - جلسه دوم: تأکید بر سازه نگرش، عوارض و بیماریهای حاصل از کم تحرکی.
  - جلسه سوم: تأکید بر موانع و منافع درک شده فعالیت بدنی و میزان توصیه شده فعالیت بدنی بر اساس سن و جنس.
  - جلسه چهارم: تحکیم خودکارآمدی و تحلیل سود و زیان فعالیت های ورزشی.
  - جلسات پنجم و ششم: برگزاری کلاس آموزشی ایروبییک.

- نتایج: نتایج برنامه نشان دهنده بهبود نگرش، ارتقاء خودکارآمدی، و افزایش تمایل و قصد شرکت کنندگان برای شروع ورزش بود. همچنین میزان پرداختن به فعالیت بدنی در بین آنها در پایان دوره آموزشی افزایش یافت. در واقع در پایان برنامه، همه افراد به داشتن فعالیت بدنی ترغیب شده بودند که حدود ۱۵ درصد آنها فعالیت بدنی شدید، ۳۵ درصد فعالیت بدنی متوسط و ۵۰ درصد فعالیت بدنی خفیف داشتند.

در پایان نتیجه گیری شد که پس از اتمام دوره آموزشی، میزان نگرش مثبت افراد جهت پرداختن به فعالیت بدنی افزایش یافته است، هرچند این نگرش مثبت برای افزایش میزان فعالیت جسمانی در همه افراد کافی نبوده است. همچنین یافته ها نشان دادند که ارائه برنامه های آموزشی و تقویت خودکارآمدی در خصوص انجام فعالیت های ورزشی، در ارتقاء سطح فعالیت بدنی آنان سودمند است، و میزان فعالیت بدنی در بین کارمندان در پایان دوره افزایش یافته است.

هزینه برآورد شده برای مداخله: هزینه ها شامل هزینه وسایل و مواد مصرفی (مثل کاغذ و تکثیر پرسشنامه ها)، هزینه ایاب و ذهاب (رفت و آمد به بانک جهت برگزاری کلاس ها)، هزینه مورد نیاز برای اجاره کردن مکان ورزشی، و حق الزحمه مربی و مشاور بود. در کل ۸ میلیون تومان هزینه اجرای این برنامه بوده است.

### جدول ۳. ارزیابی مداخله بر اساس چارچوب RE-AIM:

ابعاد	سوالات	پاسخ
	۱. آیا اطلاعات در مورد جمعیت هدف وجود دارد؟ (یعنی چه کسانی در نظر داشتند که در این برنامه شرکت کنند یا از آن بهره مند شوند)	۱. بله (جمعیت هدف کارمندان بانک بودند)
	۲. آیا اطلاعات جمعیت شناختی و رفتاری برای جمعیت هدف در دسترس است؟	۲. بله (کارمندان افرادی بودند که فعالیت بدنی در زندگی روزانه خود نداشتند. همچنین با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک اطلاعات لازم ثبت شدند)
دستیابی	۳. آیا اطلاعاتی در مورد چگونگی عرضه این برنامه یا چگونگی به کارگیری استراتژی ها وجود دارد؟	۳. بله (برنامه با هدف حساس کردن و دادن اطلاعات، ایجاد انگیزه و فراهم کردن زمینه های تغییر رفتار بود)
	۴. آیا اطلاعات مربوط به جمعیت شناسی و رفتار شرکت کنندگان وجود دارد؟	۴. بله (شرکت کنندگان در جلسات تئوری و اجرای مداخلات مشارکت فعال داشتند)
	۵. آیا اطلاعاتی در مورد چگونگی جمع آوری اطلاعات از جمعیت مورد نظر وجود دارد؟	۵. بله (با استفاده از پرسشنامه)
	۶. آیا منابع اطلاعاتی برای ارزیابی دستورالعمل وجود دارد؟	۶. خیر

پاسخ	سوالات	ابعاد
۱. بله (در انتها مجدد با استفاده از پرسشنامه ها ارزیابی انجام شد)	۱. آیا برنامه شامل ارزیابی بود؟	E: اثربخشی
۲. نتایج حاکی از اثربخشی مداخله بود	۲. اگر بله، نتایج چه بود؟	
۳. بله (با بیست نفر)	۳. اگر ارزیابی کامل بود، آیا می توانید تعیین کنید که با چه تعداد از شرکت کنندگان آن را تکمیل کردید؟	
۴. بله (موفقیت برنامه را افزایش میزان فعالیت بدنی در کارمندان معرفی کرد)	۴. آیا می توانید تعیین کنید که سازمان چگونه موفقیت برنامه را تعریف کرد؟	
۵. خیر (روش های کمی یعنی پرسشنامه برای ارزیابی اثربخشی استفاده شد)	۵. آیا آنها از روش های کیفی برای تعیین اثربخشی استفاده می کردند؟	
۱. خیر (ذکر نشده است)	۱. آیا ذکر شده است که این مداخله برای اولین بار کجا انجام شده است؟	A: پذیرش
۲. بله (در بانک ولی بطور واضح مشخص نبود)	۲. محل اجرای برنامه توضیح داده شد؟	
۳. بله (مری و کارشناس ارشد تربیت بدنی)	۳. توضیح داده شد که چه کسی برنامه را ارائه داد؟	
۴. بله (احساس نیاز مدیران آن مجموعه به تغییر رفتار فعالیت بدنی در کارمندان)	۴. دایل انتخاب مکان نمونه گیری، مشخص بود؟	
۵. بله (البته برای آموزش ورزش نیاز به مربی می باشد)	۵. آیا هر کسی می تواند مداخله را انجام دهد یا محدودیت وجود دارد؟	
۶. بله (شعبه بانک مورد نظر)	۶. آیا مکان ارائه برنامه مشخص بود؟	
۷. بله (تعداد بیست نفر از کارمندان بانک بودند)	۷. آیا نسبت افرادی که به برنامه دسترسی داشته اند و در واقع برنامه را به آنها ارائه داده اند مشخص بود؟	
۱. بله (برنامه بصورت برگزاری جلسات تئوری و همچنین تشکیل کلاس های عملی آموزش ورزش انجام شد)	۱. اگر اطلاعاتی در مورد چگونگی اجرای برنامه در نظر گرفته شده در اختیار دارید، آن را در اینجا اضافه کنید.	I: پیاده سازی
۲. بله (بطور کامل تعداد جلسات و روشها توضیح داده شد)	۲. آیا اطلاعاتی در مورد تعداد جلسات، و مدت هر جلسه موجود بود؟	
۳. بله (بطور کامل محتویات هر جلسه توضیح داده شده بود)	۳. در صورت وجود، محتوای اصلی برنامه قابل توصیف بود؟	
۴. خیر (در مورد مشکلاتی که در اجرای برنامه وجود داشت مطلبی ذکر نشده بود)	۴. هر گونه اطلاعات کیفی که در مورد چالش ها و موفقیت ها در فرآیند پیاده سازی در دسترس است، ارائه شده بود؟	
۵. بله (مداخله با استفاده از مدل تغییر رفتار SOC هدایت شد)	۵. آیا یک چارچوب نظری مشخص شده برای توسعه برنامه مورد استفاده قرار گرفت؟	
۱. خیر (این کار، کاری سفارشی و زمان دار بوده است، و پس از پایان یافتن یک دوره ادامه نیافته است)	۱. آیا برنامه هنوز در دسترس است؟ و اگر چنین است، چه اطلاعاتی در مورد اینکه چرا آن همچنان پایدار است، در دسترس است؟ الف) اگر نه، دلیل توقف آن چیست؟ ب) اگر بله، آیا برنامه اصلاح شد؟ مشخص کنید چه چیزی اصلاح شده است	M: نگهداری
۲. خیر (زیرا در در سطح گسترده تری مثلاً سایر شعب شهر یا کشور مصوب و اجرا نشده است)	۲. آیا برنامه نهادینه شده بود؟	
۱. بله (بطور کامل و با جزئیات)	۱. آیا هزینه مورد نیاز برای اجرای این مداخله برآورد شده بود؟	هزینه
۲. هزینه برای هر فرد ۴۰۰ هزار تومان بوده که احتمالاً برای مدیر هزینه قابل توجهی است. اما برای تحلیل بهتر باید نتایج مطلوب و اثرات آینده را در نظر گرفت.	۲. اگر بله، آیا از نظر مالی مقرون به صرفه بود؟	

مجموع امتیاز مداخله بر اساس چارچوب RE-AIM

- قسمت دستیابی: ۵ امتیاز
- قسمت اثربخشی: ۵ امتیاز
- قسمت پذیرش: ۶ امتیاز
- قسمت پیاده سازی: ۴ امتیاز
- قسمت نگهداری: ۰ امتیاز



• مجموع امتیاز: ۲۰ امتیاز

در نهایت با توجه به اینکه مجموع امتیاز بالا می باشد. این برنامه مناسب و مؤثر است ولی از آنجایی که هزینه آن بالا است باید جهت تأمین بودجه، برنامه ریزی شود.

نمونه دوم

#### ارزیابی برنامه کاهش مصرف سیگار براساس چارچوب RE-AIM

- جمعیت هدف: مردی ۴۵ ساله، متأهل، کارمند و با سطح تحصیلات لیسانس که حدود یک سال است دچار فشار خون شده است. وی مدت ۲۰ سال است که سیگار مصرف می کند و تا کنون نیز اقدام به ترک آن نکرده است. الگوی مصرف سیگار وی نیز به طور دقیق با استفاده از پرسشنامه تحمل نیکوتین پرسیده شد. طبق گفته خودش روزانه یک پاکت (۲۰ نخ) سیگار می کشد.
- پرسشنامه تحمل نیکوتین: این آزمون در بر دارنده ۶ سؤال شامل (۱) زمان سیگار کشیدن صبحگاهی، (۲) تعداد نخ سیگار مصرفی، (۳) بهترین زمان مصرف سیگار در روز، (۴) چگونگی تناوب مصرف سیگار در روز، (۵) تمایل به مصرف سیگار در زمان بیماری و (۶) استعمال دخانیات در محل های ممنوع می باشد.
- مداخله و روش کار: مداخله مورد نظر یک درمان شناختی- رفتاری بود که به مدت ۶ هفته، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم اجرا شد. فرض بر این بود که رفتارهایی مثل سیگار کشیدن، ناشی از دگرگونی های شناختی یا اشتباهاتی در نحوه تفکر بیماران می باشد. در جریان مداخلات شناختی- رفتاری، به شیوه پردازش اطلاعات فرد توجه می شود که احساسات و رفتارهای ناسازگارانه وی را حفظ می کند. این شیوه درمانی، حذف سوگیری ها یا تحریف های فکری فرد را هدف خود قرار می دهد تا احساسات، تفکر و رفتارهای مثبت تری در فرد ایجاد شود. مداخله توسط مشاور روانشناس اجرا گردید. خلاصه ای از برنامه و محتوای جلسات مداخله شناختی- رفتاری به شرح زیر بوده است:
- جلسه اول: تعیین قوانین جلسات مداخله (تعداد جلسات، مدت برنامه، تأکید بر مشارکت بدون وقفه فرد در جلسه، توصیف نحوه برنامه آموزشی از جمله طرح تکلیف خانه و توضیح مبانی درمان شناختی- رفتاری و رابطه آن با رفتارهایی مثل سیگار کشیدن.
- جلسه دوم: مصاحبه رفتاری و گرفتن شرح حال درباره موقعیت هایی که باعث مصرف سیگار می شوند، شیوه های مواجهه شناختی- رفتاری با موقعیت های تحریک کننده مصرف سیگار و دادن کار برگ های کار در منزل.
- جلسه سوم: بررسی رابطه محرک، فکر و احساس با رفتار سیگار کشیدن و دادن تکلیف منزل.
- جلسه چهارم: شناسایی خطاهای شناختی و آموزش پیشامد رفتار سیگار کشیدن، آشنایی با برانگیزاننده های پنهان و آشکار مصرف سیگار و توجه به عواقب مصرف، دادن تکلیف.
- جلسه پنجم: مرور مطالب جلسه چهارم، ادامه آشنایی با خطاهای شناختی و بیان رابطه آن با وابستگی به مصرف سیگار.
- جلسه ششم: مرور مطالب جلسه پنجم، ادامه تمرین آرمیدگی، ادامه بررسی افکار غیرمنطقی بیمار، بیان خلاصه مطالب ارائه شده. در پایان جلسه ششم، فرد علاوه بر مصاحبه مشاور پیرامون اثربخشی مداخله و رضایت مندی، مجدداً پرسشنامه فاگراشتروم را تکمیل کرد و داده ها مورد تحلیل قرار گرفتند.
- نتایج: در پایان نتیجه گیری شد که پس از ارائه مداخله شناختی- رفتاری، تعداد سیگارهای مصرفی فرد در طول روز به حدود یک سوم کاهش یافت. همچنین فاصله زمانی بین بیدار شدن در صبح ها و مصرف اولین سیگار افزایش یافت یعنی از ۱/۲۷ به ۳/۲ ساعت رسید. اما مداخله تأثیری بر تمایل مصرف سیگار در زمان بیماری نداشت. نتایج مصاحبه هم نشان از رضایت مراجعه کننده داشت و فکر می کرد توانسته مصرف سیگار را تا حدی کنترل نماید.
- هزینه برآورد شده برای مداخله: هزینه ها شامل هزینه ایاب و ذهاب و حق الزحمه مشاور بود. که در کل ۸۰۰ هزار تومان هزینه داشت.

جدول ۴. ارزیابی مداخله بر اساس چارچوب RE-AIM

ابعاد	سوالات	پاسخ
R: رسیدن	۱. آیا اطلاعات در مورد جمعیت هدف (یعنی چه کسانی در نظر داشتند که در این برنامه شرکت کنند یا از آن بهره مند شوند) وجود دارد؟	۱. بله (مردی ۴۵ ساله، با سابقه فشار خون و مصرف سیگار)
	۲. آیا اطلاعات جمعیت شناختی و رفتاری برای جمعیت هدف در دسترس است؟	۲. بله (از طریق گرفتن شرح حال و صحبت با وی اطلاعات لازم تعیین شد)
	۳. آیا اطلاعاتی در مورد چگونگی عرضه این برنامه یا چگونگی بکارگیری استراتژی‌ها وجود دارد؟	۳. بله (شیوه اجرای مداخله کامل توضیح داده شد)
	۴. آیا اطلاعات مربوط به جمعیت‌شناسی و رفتار شرکت‌کنندگان وجود دارد؟	۴. بله (در طول مداخله فرد در جلسات حضور فعال داشت)
	۵. آیا اطلاعات در مورد چگونگی جمع‌آوری اطلاعات از جمعیت مورد نظر وجود دارد؟	۵. بله (با استفاده از پرسشنامه و گرفتن شرح حال)
E: اثربخشی	۱. آیا منابع اطلاعاتی برای ارزیابی دستاورد این ابتکار وجود دارد؟	۶. بله
	۱. آیا برنامه شامل ارزیابی بود؟	۱. بله (مجدد با استفاده از پرسشنامه نتایج ارزیابی شد)
	۲. اگر بله، نتایج چه بود؟	۲. بله (نتایج حاکی از اثربخشی مداخله بود)
	۳. اگر ارزیابی کامل بود، آیا می‌توانید تعیین کنید که با چه تعداد از شرکت‌کنندگان آن را تکمیل کردید؟	۳. بله (مداخله روی یک نفر انجام شد)
	۴. آیا می‌توانید تعیین کنید که سازمان چگونه موفقیت برنامه را تعریف کرد؟	۴. بله (از طریق کاهش تعداد سیگار مصرفی و افزایش فاصله زمانی بین بیدار شدن و کشیدن اولین سیگار)
A: پذیرش	۵. آیا آنها از روش‌های کیفی برای تعیین اثربخشی استفاده می‌کردند؟	۵. بله (مصاحبه پایانی در مورد رضایت از مداخله و اثربخشی آن)
	۱. آیا ذکر شده است که این مداخله برای اولین بار کجا انجام شده است؟	۱. خیر (ذکر نشده است)
	۲. محل برنامه توضیح داده شد؟	۲. بله
	۳. توضیح داده شد که چه کسی برنامه را ارائه داد؟	۳. بله (مشاور)
	۴. دلیل انتخاب مکان نمونه‌گیری داده شد؟	۴. خیر (مراجعه‌کننده داوطلب)
I: پیاده‌سازی	۵. آیا هر کسی می‌تواند مداخله را انجام دهد یا محدودیت وجود دارد؟	۵. خیر (زیرا جهت انجام درمان شناختی-رفتاری باید حتماً فرد مشاور دوره دیده باشد)
	۶. آیا مکان ارائه برنامه مشخص بود؟	۶. بله
	۷. آیا نسبت افرادی که به برنامه دسترسی داشته‌اند و در واقع برنامه را به آنها ارائه داده‌اند مشخص بود؟	۷. بله (مداخله بر روی یک نفر انجام شد)
	۱. اگر اطلاعاتی در مورد چگونگی اجرای برنامه در نظر گرفته شده در اختیار دارید، آن را در این جا اضافه کنید.	۱. بله (مداخله مورد نظر به مدت ۶ هفته، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت اجرا شد)
	۲. آیا اطلاعات در مورد تعداد جلسات و مدت هر جلسه موجود بود؟	۲. بله (مدت و زمان مداخله کامل توضیح داده شد)
	۳. در صورت وجود، محتوای اصلی برنامه قابل توصیف بود؟	۳. خیر (در مورد محتویات هر جلسه با جزئیات صحبت نشد)
	۴. هرگونه اطلاعات کیفی که در مورد چالش‌ها و موفقیت‌ها با فرآیند پیاده‌سازی در دسترس است، ارائه شده بود؟	۴. خیر (در مورد چالش‌ها و مشکلات برنامه صحبتی نشد)
	۵. آیا چارچوب نظری مشخص شده‌ای برای توسعه برنامه مورد استفاده قرار گرفت؟	۵. بله (با در نظر گرفتن مدل SOC و استراتژی تغییر افکار)

۱. آیا برنامه هنوز در دسترس است؟ و اگر چنین است، چه اطلاعاتی در مورد اینکه چرا آن همچنان پایدار است، در دسترس است؟
- الف) اگر نه، دلیل توقف آن چیست؟
- ب) اگر بله، آیا برنامه اصلاح شد؟ مشخص کنید چه چیزی اصلاح شده است؟
۲. آیا برنامه نهادینه شده بود؟
۱. آیا هزینه مورد نیاز برای اجرای این مداخله برآورد شده بود
۲. اگر بله، آیا از نظر مالی مقرون به صرفه بود؟
۱. بله (به علت اینکه درمان شناختی- رفتاری به عنوان مداخله‌ای اثر بخش جهت تغییر در رفتار افراد شناخته شده است)
۲. بله (در بسیاری از درمانگاه‌ها و مراکز استفاده می‌گردد)
۱. بله (بطور کامل و با جزئیات)
۲. بله
- نظریه

### مجموع امتیاز مداخله بر اساس چارچوب RE-AIM:

- قسمت دستیابی: ۵ امتیاز
  - قسمت اثربخشی: ۶ امتیاز
  - قسمت پذیرش: ۳ امتیاز
  - قسمت پیاده سازی: ۳ امتیاز
  - قسمت نگهداری: ۲ امتیاز
  - مجموع امتیاز: ۱۹ امتیاز
- مجموع امتیاز این مداخله بالای میانگین می‌باشد و با توجه به بودجه آن و نوع افرادی که از آن بهره‌مند می‌شوند، می‌تواند برنامه مؤثری باشد.

نمرین

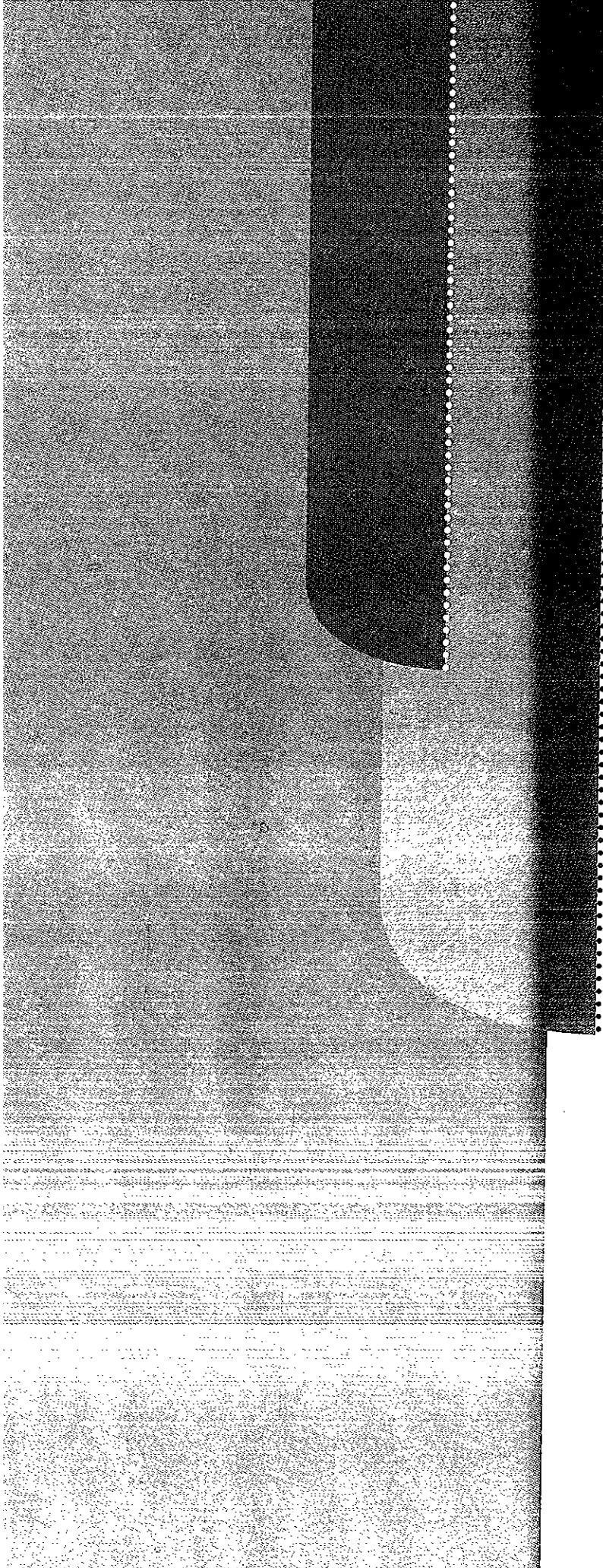
بر اساس مدل SOC، مداخله ای برای ارتقاء رفتارهای تغذیه ای کنترل کننده دیابت در افراد پیش دیابتی، بر روی افراد ۳۰ تا ۵۰ ساله ای که تحت پوشش مراکز درمانی شهریزد بودند، انجام گرفته است. روش مداخله به این قرار است: توصیف جمعیت هدف: ۱۱۰ نفر از افراد بین ۳۰ تا ۵۰ سال تحت پوشش مراکز درمانی شهریزد که در طرح غربالگری شناسایی شدند و قند خون آنها بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ بوده و حداقل پنج کلاس سواد داشتند، انتخاب شدند. روش کار: در ابتدا از افراد شرکت کننده آزمایشات روتین خون و اندازه گیری قد و وزن و همچنین مشخصات دموگرافیک انجام شد. سپس با استفاده از پرسشنامه ای خود ساخته بر اساس SOC مرحله افراد مشخص شد. سپس ۴ محتوای آموزشی تغذیه در دیابت طراحی و آموزشها توسط مجری طرح متناسب با نیاز شرکت کنندگان بین ۱۲-۶ ساعت ارائه شد. در انتهای دوره آموزش نیز مجدداً اندازه گیری قند خون، قد و وزن انجام گرفت. نتایج: مقایسه حرکت در مراحل تغییر رفتارهای تغذیه ای قبل و بعد از مداخله در افراد نشان می دهد مداخله آموزشی در افراد مؤثر بوده است. تعداد افراد در هر کدام از مراحل قبل و بعد از مداخله به شرح زیر است:

تعداد بعد از مداخله	تعداد قبل از مداخله	مراحل تغییر رفتار
۰ نفر (۰٪)	۴۵ نفر (۴۰/۹٪)	پیش تفکر
۴۲ (۴۲/۸۵٪)	۳۱ (۲۸/۲٪)	تفکر
۳۵ (۳۵/۷۱٪)	۱۹ (۱۷/۳٪)	آمادگی
۱۱ (۱۱/۲۲٪)	۸ (۷/۳٪)	عمل
۱۰ (۱۰/۲۰٪)	۷ (۶/۴٪)	تداوم

قند خون ناشتا در افراد پس از مداخله ۱۰ واحد کمتر شد و نمایه توده بدنی در این مدت به میزان ۸ درصد کاهش یافت. آگاهی نداشتن افراد راجع به تغذیه پیش دیابت، قبل از مداخله ۸۶٪ و بعد از مداخله ۲۱٪ بود، که در این مداخله افراد موجود در مراحل پیش تفکر، تفکر و آمادگی دارای آگاهی پایین یا فقدان آگاهی و افراد موجود در مراحل عمل و تداوم دارای آگاهی بالا تلقی شده اند. نتیجه گیری: نتایج این مداخله نشان داد که قبل از مداخله، بزرگسالان پیش دیابتی آگاهی و عملکرد پایینی در خصوص ضرورت رعایت رژیم غذایی داشتند ولی بعد از مداخله، آزمودنی های گروه تجربی هم از نظر آگاهی و هم از نظر عملکرد به مراحل بالاتر ارتقاء یافتند.

هزینه: هزینه برآورد شده برای این مداخله جهت: تکثیر پرسشنامه، هزینه آزمایش خون، هزینه آموزش، رفت و آمد بطور کلی ۹ میلیون تومان بود.

مداخله بالا را طبق چارچوب RE-ATM از نظر مناسب بودن ارزیابی نموده و نتایج کلی را تحلیل نمایید.



بخش ۵: ضمائم و  
پیوست‌ها



## پیوسته ۱

## چک لیست تحلیل سود و زیان

رفتاری که من به تغییر آن فکر می‌کنم (مثلا رفتار سیگار کشیدن، الگوی غذا خوردن و...)

اگر من این رفتار را تغییر دهم:

زیان تغییر	سود تغییر
------------	-----------

\* نام رفتاری که می‌خواهید تغییر دهید را در محل نقطه چین بنویسید.

چقدر مطمئن هستید که می‌خواهید این رفتار را تغییر دهید؟ در یک مقیاس از ۱ تا ۱۰، به آن نمره دهید:

۱: اصلا مطمئن نیستم تا ۱۰: خیلی زیاد مطمئن هستم

دور شماره یا زیر آن خط بکشید

(اصلا مطمئن نیستم) ۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰ (خیلی زیاد مطمئن هستم)

اگر شما به زیان بیشتر از سود تغییر رفتار خود فکر می‌کنید، به معایب نگاه کنید و روش‌های کاهش آنها را مورد بحث قرار دهید:

راه‌های کاهش این زیان	زیان تغییر
-----------------------	------------

مزایا و زیان تغییر ندادن رفتار شما چیست؟  
اگر من این رفتار را تغییر ندهم

زیان عدم تغییر

مزایای عدم تغییر

چقدر مطمئن هستید که می خواهید رفتار قبلی خود را ادامه دهید؟ از ۱ تا ۱۰، به آن نمره دهید:  
۱: اصلا مطمئن نیستم تا ۱۰: خیلی زیاد مطمئن هستم  
دور شماره یا زیر آن خط بکشید  
(اصلا مطمئن نیستم) ۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰ (خیلی زیاد مطمئن هستم)



## پیوست ۲

### چک لیست موانع و تسهیل کننده ها

تسهیل کننده های تغییر رفتار	موانع تغییر رفتار
مکان و تجهیزات: آیا چیزی درباره فضای محیطی من وجود دارد که تغییر رفتار را آسان تر می کند؟ برای استفاده بهتر از این موارد مفید چه کاری می توانم انجام دهم؟	مکان و تجهیزات: آیا چیزهایی که در اطراف من هستند یا مکان هایی که من در آن هستم باعث می شود که این تغییر رفتار دشوار شود؟ برای اصلاح آنها چه کاری می توانم انجام دهم؟

افراد: آیا اطرافیان من که من بیشتر وقتم را با آنها می گذرانم تغییر رفتار را برای من آسان می کنند؟ برای استفاده بهتر از این افراد چه کاری می توانم انجام دهم؟

افراد: آیا اطرافیان من که من بیشتر وقتم را با آنها می گذرانم تغییر رفتار را برای من دشوار می کنند؟ برای اصلاح آنها چه کاری می توانم انجام دهم؟

افکار و احساسات: آیا افکار یا احساساتی دارم که این تغییر رفتار را آسان می کند؟ برای استفاده از بهتر از این افکار و احساسات چه کاری می توانم انجام دهم؟

افکار و احساسات: آیا افکار یا احساساتی دارم که این تغییر رفتار را دشوار می کند؟ برای اصلاح آنها چه کاری می توانم انجام دهم؟

### پیوست ۳

#### قرارداد تغییر رفتار

پیشنهاد می شود برای تغییر رفتار و تداوم در اجرای آن قراردادی مانند مدل زیر با خود تنظیم کنید.  
 من ..... (نام خود را بنویسید) ..... موافق هستم که رفتار..... (رفتاری که قصد تغییر آن را دارید)..... را در خود تغییر دهم.  
 من این برنامه تغییر را از تاریخ..... شروع خواهم کرد و برنامه ریزی خواهم کرد که به هدف..... (رفتاری که قصد دارید آن را انجام دهید)..... تا تاریخ..... برسم.  
 به منظور رسیدن به هدف نهایی خود، هدف اصلی خود را به اهداف اختصاصی زیر تقسیم نموده و برای رسیدن به هر کدام زمانی را در نظر گرفته ام و در صورت دستیابی به هر هدفی نیز، پاداشی را برای خود در نظر گرفته ام.

پاداش	تاریخ زمانی دستیابی	هدف اختصاصی
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

پاداش اصلی من در رسیدن به هدف نهایی..... خواهد بود  
 من داده های مربوط به رفتار هدف خود را جمع آوری و تجزیه و تحلیل نموده و استراتژی های زیر را برای تغییر رفتار خود شناسایی کرده ام.

من از ابزارهای زیر برای نظارت بر روند کار خود برای رسیدن به هدف نهایی خود استفاده می کنم.

(لیستی از فلوجارت ها، جداول، و چک لیست هایی که برای برنامه ریزی جهت رسیدن به هدف خود استفاده می کنید را بنویسید)

من این قرارداد را به عنوان نشانه ای از تعهد شخصی خود برای رسیدن به هدفم امضا می کنم.

نام و نام خانوادگی امضاء تاریخ

من از یک نفر خواستم که شاهد قرارداد من باشد.

(لیستی از کمک های سایر افراد به شما در برنامه تغییر رفتار را تهیه کنید)

نام و نام خانوادگی شاهد امضاء تاریخ

## پرسش و پاسخ

## چک لیست تصمیم‌گیری برای رفتار سلامت

تصمیم خودتان را شفاف کنید

چه تصمیمی می‌خواهید بگیرید؟

دلایل شما برای این تصمیم چیست؟

کی باید این تصمیم را بگیرید؟

الان در چه شرایطی هستید؟ به آن فکر نمی‌کنم ۰ به آن فکر می‌کنم ۰ نزدیک به تصمیم‌گیری هستم ۰ تصمیمم را گرفته‌ام ۰

تصمیم خود را باز کنید

آگاهی: گزینه‌های پیش رو را لیست کنید و سود و زیان آن‌ها را بنویسید

ارزش‌ها: میزان اهمیت سود یا زیان هر گزینه در نزد خودتان را با تعداد ستاره‌ها مشخص کنید

قطعیت: گزینه‌ای که برای شما سود دارد را انتخاب کنید و اگر زیان دارد پرهیز کنید

دلایل انتخاب این	این دلیل برای شما	دلایل پرهیز از این	این دلیل برای شما
گزینه سود/مزایا/	چقدر مهم است (۰ تا ۵)	گزینه خطر/زیان/	چقدر مهم است (۰ تا ۵)

گزینه ۱

گزینه ۲

گزینه ۳

کدام گزینه را ترجیح می‌دهید:

جوابتان

چه کسی در این مسأله برای تصمیم‌گیری شما را کمک می‌کند؟

او/آنان چه گزینه‌ای را انتخاب می‌کنند؟

آیا او/آنان شما را برای انتخاب تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

چگونه از شما حمایت می‌کنند؟

شما چه نقشی را در نحوه تصمیم‌گیری ترجیح می‌دهید:

تصمیمتان را شریکی بگیرید ۰ بعد از شنیدن نظر بقیه خودتان تصمیم بگیرید ۰ کسی به جای شما تصمیم بگیرد ۰

شناسایی نیازهای تصمیم‌گیری	
آگاهی: آیا سود و زیان هر گزینه را می‌شناسید؟	بله
ارزش‌ها: آیا مطمئنید که سود و زیان این گزینه‌ها چقدر برای ما مهم است؟	بله
حمایت: آیا حامیان کافی برای تصمیم‌گیری دارید؟	بله
قطعیت: آیا در مورد بهترین تصمیم ممکن برای خودتان مطمئنید؟	بله

اگر به یکی از ۴ سؤال بالا جواب منفی داده‌اید باید قسمت ۲ و ۴ را مجدد مرور نمایید.

### برنامه ریزی مراحل بعدی براساس نیازها

نیازهای تصمیم‌گیری	کارهایی که می‌توانید انجام دهید
	گزینه‌ها را و شانس سود یا زیان هر یک را بهتر بشناسید
آگاهی: اگر فکر می‌کنید اطلاعات کافی ندارید	سؤالات خود را لیست نمایید
	منابعی که سؤالات شما را جواب می‌دهد لیست کنید (کتاب، متخصص، مشاور)
ارزش‌ها: اگر نمی‌دانید کدام سودها یا زیانها برای شما مهم‌ترند	به نمره‌گذاری خود در بخش دو دقت کنید
	از افرادی که این سود یا زیان را قبلاً تجربه کرده‌اند کمک بگیرید
	از کسانی که قبلاً این تصمیم را گرفته‌اند کمک بگیرید
	ببینید برای دیگران چه چیزی مهم‌تر است
	با دیگران در مورد اهمیت سود یا زیان این گزینه‌ها مشورت کنید
حمایت: اگر فکر می‌کنید حامیان خوبی ندارید	به نظر افرادی که برایتان مهم‌اند توجه کنید
	از دیگران کمک بگیرید
	این فرم را به دیگران بدهید تا تکمیل کنند
قطعیت: اگر در مورد تصمیمی که می‌خواهید بگیرید مطمئن نیستید	روی مراحل ۲ و ۴ کار کنید و روی نیازهایتان تمرکز کنید
سایر عواملی که تصمیم گرفتن شما را سخت کرده‌اند	هر راه کار دیگری که ممکن است به شما کمک کند اضافه نمایید

## پیوست ۵

## چک لیست ارزیابی مربی-مراقب

آیا دوره تغییر رفتار توانمندی‌های زیر را پوشش داده است؟

توانایی تغییر رفتار سلامت	توانایی هدف گذاری	توانایی برنامه ریزی عملی	توانایی خود نظارتی	توانایی بررسی مجدد هدف	مهارت های ارتباطی
---------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	------------------------	-------------------

در چه مواردی به آموزش بیشتر نیاز دارید؟

اعتماد به نفس شما برای کمک به مراجعین چقدر است؟

کاملاً اعتماد به نفس دارم	اعتماد به نفس دارم	تقریباً اعتماد به نفس دارم	اصلاً اعتماد به نفس ندارم
---------------------------	--------------------	----------------------------	---------------------------

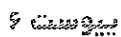
مهارت ارزیابی مراجعین (بررسی رفتار سلامت)

توانایی در تعیین اهداف رفتاری

توانایی در طراحی برنامه تغییر رفتار

توانایی در آموزش خود نظارتی

توانایی در بررسی مجدد اهداف



### یادآمد تغییر رفتار روزانه

هدف خود را برای تغییر در این رفتار بنویسید:

تاریخ	چه چیزی را تغییر دهم؟ (همانطور که در راهنمای بهداشت شخصی اشاره شد، این قسمت را با مری کردی؟)	آیا این تغییر رفتار را اجرا کردی؟	نظرات چه چیزی این تغییر را تسهیل کرد؟	چه چیزی این تغییر را دشوار کرد؟
شنبه		بله		خیر
یکشنبه				
دو شنبه				
سه شنبه				
چهارشنبه				
پنجشنبه				
جمعه				



## پیوست ۷

## یادآمد فعالیت بدنی روزانه

از این یادآمد برای ثبت فعالیت های بدنی که در طول هفته انجام می دهید استفاده کنید - شامل راه رفتن، استفاده از پله ها به جای آسانسور یا حمل بارهای سبک و همچنین ورزش و رفتن به ورزشگاه. مدت زمان انجام این فعالیت ها را بنویسید،

شنبه	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه
						صبح
						بعدازظهر
						عروب

## پيوست A

### تكنيك هدف گزيني<sup>1</sup>

از شيوه هدف گزيني SMART براي تاثير مثبت بر انگيزه و عملکرد استفاده مي گردد. اين رويکرد هدف گزيني در حال حاضر در رشته هاي مختلف مديريتي، روان شناسي و علوم مرتبط با سلامت به طور گسترده استفاده مي شود. اجزاء SMART و تعاريف مدرن آنها در جدول زير نشان داده شده است:

مراحل هدف گزيني	تعاريف
S (Specific)	به منظور تبديل اهداف به انگيزه و عملکرد بهتر، اهداف بايد دقيقا مشخص باشند (خصوصيات اهداف اختصاصي باشد . بطور دقيق مشخص گردد)
M (Measurable)	اهداف بايد قابل اندازه گيري باشند تا بازخورد دقيقی از ميزان پيشرفت و مدت زماني که جهت دستيابي قابل اندازه گيري باشد . به هدف نياز است، به دست آيد.
A (Attainable)	يك هدف بايد به يك فرد يا يك گروه اختصاص داده شود (به عبارتي اهداف اختصاصي شوند) دست يافتني باشد
R (Realistic)	هدف بايد چالش برانگيز، اما واقع بينانه باشد.
T (Time driven)	براي اينكه اهداف به طور مثبت بر انگيزه و عملکرد تاثير بگذارند، اهداف بايد زمان مرتبط باشند. (به زمان بندي شده باشد . عبارتي زمان مناسب جهت دستيابي به هدف مورد نظر تعيين گردد)

مثال:

من قصد دارم از اول ماه شهريور تا پايان ماه آذر، سه روز در هفته به مدت يك ساعت به باشگاه ورزشي بروم و در طول اين مدت ۵ كيلوگرم از وزنم را كم كنم.

براساس مدل SMART

- o S: هدف کاهش وزن با استفاده از ورزش کردن، سه روز در هفته به مدت يك ساعت در طول ۴ ماه
- o M: کاهش ۵ كيلوگرم از وزن
- o A: کاهش ۵ كيلوگرم از وزن همراه با ورزش کردن در طول چهار ماه دست يافتني است
- o R: همچنين کاهش ۵ كيلوگرم از وزن همراه با ورزش کردن در طول چهار ماه واقع بينانه است
- o T: زمان چهار ماه



## پیوست ۹

## استراتژی «اگر-آنگاه»

جهت تغییر رفتار سلامت و تبدیل شدن آن به عادت از الگوی (اگر-آنگاه) به طور مرتب و طبق توضیحات مراقب استفاده کنید. براساس این الگولیستی از برخی از قوانین «اگر-آنگاه» را ایجاد کنید که می تواند به شما کمک کند و رفتار جدید خود را به شما یادآوری کند. برای مثال: (اگر) یک ساندویچ برای محل کار خود خریدم، (آنگاه) یک نوع میوه نیز خریدم.

اگر:

آنگاه:

اگر:

آنگاه:

اگر:

آنگاه:

اگر:

آنگاه:

اگر:

آنگاه:

اگر:

آنگاه:

اگر:

آنگاه:

### موقعیت های دشوار

آیا موقعیتی وجود دارد که بتواند در تغییر رفتار مورد نظر مشکل ایجاد کند؟ مثلاً زمان، مکان یا احساسی که ممکن است شما را مجبور کند به رفتار قدیمی خود بازگردید؟  
برای مثال: در شب یک شنبه من واقعا نگران کار روز دوشنبه خود بودم، بنابراین احساس کردم که برای آرام شدن باید سیگار بکشم.  
لیستی از این موقعیت های دشوار مربوط به تغییر رفتار مورد نظر خود را در زیر بنویسید:

اکنون برنامه هایی برای چگونگی اجتناب از این موقعیت ها و یا کنترل آنها درست کن.  
برای هر موقعیت دشوار، به رفتارهای جایگزینی که می توانید انجام دهید، فکر کنید تا احتمال دخالت این موقعیت را برای انجام رفتار برنامه ریزی شده شما پایین می آورد.  
برای مثال: اگر شب یک شنبه احساس نگرانی داشتم، ابتدا یک دوش آب گرم می گیرم و بجای کشیدن سیگار به موسیقی مورد علاقه ام گوش می دهم.

در جدول زیر موقعیت دشوار را بنویسید و برای هر کدام یک برنامه «اگر - آنگاه» برای مقابله با آن بنویسید

موقعیت دشوار	چگونه می توانم از آن اجتناب کنم یا با آن مقابله کنم
اگر...	آنگاه...

تکنیک حل مسأله<sup>۱</sup>

«مسأله» یک وضعیت، شرایط یا مشکلی است که هنوز حل نشده است و دستیابی به یک هدف دلخواه را دشوار می‌کند. هنگامی یک مشکل ادراک می‌شود که یک فرد، گروه یا سازمان، از اختلاف معنی داری که بین آنچه مورد نظر است و آن چیزی که در واقعیت است، آگاه می‌شوند. حل مسأله در واقع تلاش برای پیدا کردن یک راه حل برای مشکل مذکور است. حل مسأله فرآیندی است که از طریق آن یک وضعیت تجزیه و تحلیل می‌شود (مثلاً چرا الگوی غذایی مردم از غذای سالم به غذای فست خودی تغییر کرده است؟)، یک راه حل کارآمد تعیین و اقدام اصلاحی انجام می‌شود. نقاط عطف حل مسأله به این صورت است:

- تعریف (یا روشن کردن) مشکل
- تجزیه و تحلیل علل
- یافتن ایده‌های مناسب برای حل مسأله (شناسایی جایگزین‌های مناسب).
- بررسی دقیق ایده‌ها (ارزیابی جایگزین‌ها)
- تصمیم‌گیری (یک جایگزین را انتخاب کنید)
- مراحل بعدی را برای پیاده‌سازی راه حل تعیین کنید
- در آخر ارزیابی کنید که آیا مشکل حل شد یا خیر

## تکنیک SCAMPER در حل مسأله

تکنیک‌های حل مسأله متعددی وجود دارد. روش SCAMPER، برای هر مسأله، از مجموعه‌ای از سؤالات مستقل و ایده‌های خلاق و نوآورانه استفاده می‌کند تا برخی از موارد مورد نیاز جهت افزودن یا اصلاح چیزی که در حال حاضر وجود دارد را نشان دهد.

- S: جایگزین کردن
- C: ترکیب کردن
- A: اقتباس، تطبیق یا سازگاری: تغییر دادن، اصلاح کردن یا بزرگ کردن
- P: استفاده در شرایط دیگر و کاربردهای دیگر
- E: کاهش دادن یا از بین بردن
- R: بازآرایی، تنظیم مجدد و معکوس

- ۱) جانسنسین کردن: تکنیک جایگزینی، بر بخش‌هایی در رفتار، خدمات یا راه‌حل تمرکز دارد که می‌توان آن را با دیگری جایگزین کرد. هدف ما در تکنیک جایگزینی، ارائه‌ی راه‌حل‌های جایگزینی برای تصمیم‌گیرندگان است تا بتوانند به منظور رسیدن به اقدام نهایی، راه‌حل‌های متفاوت را ارزیابی نمایند پرسش‌های مطرح شده در طول این قسمت، عبارتند از:
- کدام بخش از رفتار را می‌توان جایگزین کرد بدون آنکه بر کل رفتار تأثیر بگذارد؟
  - چه کسی یا چه چیزی را می‌توان جایگزین کرد بدون آنکه بر فرایند تأثیر بگذارد؟
  - کدام بخش از فرایند را می‌توان با گزینه‌های بهتری جایگزین کرد؟
  - آیا می‌توان زمان یا مکان برنامه را جایگزین کرد؟
  - اگر بخشی از رفتار را با بخش دیگری جایگزین کنیم، چه رخ خواهد داد؟
  - آیا می‌توانیم از جایگزین دیگری به جای X استفاده کنیم؟

۲) ترکیب کردن: هدف ما در تکنیک ترکیب کردن، تحلیل کردن امکان ادغام دو ایده، دو مرحله‌ی فرایند یا دو رفتار، در یک خروجی کارآمدتر است. در برخی موارد، ترکیب کردن ۲ ایده نوآورانه می‌تواند منجر به دستیابی به یک فناوری جدید شود می‌توانیم پرسش‌های زیر را مطرح کنیم:

- آیا می‌توانیم دو مرحله از فرایند را با هم ادغام کنیم؟
- آیا می‌توانیم دو فرایند را به طور هم‌زمان به کار بگیریم؟
- آیا می‌توانیم دو یا چند جزء را با یکدیگر ترکیب کنیم؟

۳) اقتباس، تطبیق یا سازگاری: سازگار کردن، به مبحثی در طوفان فکری اشاره دارد که هدف از آن، اصلاح کردن یا بهبود دادن رفتار، برای دستیابی به خروجی بهتری است. این اصلاح، از ایجاد تغییرات کوچک تا تغییراتی اساسی در کل رفتار، متغیر است. سازگار کردن، یکی از تکنیک‌های کارآمد برای حل مشکلات از طریق بهبود دادن سیستم موجود است. می‌توانیم پرسش‌های زیر را در جلسه طوفان فکری تکنیک سازگار کردن، مطرح کنیم:

- چه چیزهایی را باید تغییر دهیم تا به نتایج بهتری برسیم؟
- چه کار دیگری را می‌توان در این وظیفه‌ی خاص انجام داد؟
- چگونه می‌توانیم فرایند موجود را بهبود دهیم؟
- چگونه می‌توانیم رفتار موجود را اصلاح کنیم؟
- چگونه می‌توانیم این فرایند را انعطاف‌پذیرتر کنیم؟

۴) تغییر دادن، اصلاح کردن و یا بزرگ کردن: تکنیک تغییر دادن، به تغییر فرایند به صورتی اشاره دارد که قابلیت‌های نوآورانه‌ی بیشتری را آزاد کند یا مشکلات موجود را حل می‌کند. این تغییر، چیزی بیش از اصلاح صرف است زیرا بر کل فرایند تمرکز دارد. برای نمونه، در این تکنیک می‌توان کاهش مراحل پروژه یا تغییر نگرش ما در مورد چگونگی نگاه به مشکلات را هدف قرار داد. پرسش‌های مطرح شده این فرایند عبارتند از:

- چگونه می‌توانیم تغییر فرایند می‌تواند موجب بهبود نتایج شود؟
- آیا می‌توانیم فرایند را طوری تغییر دهیم که کارایی بیشتری داشته باشد؟
- اگر رفتار، بهبود یابد چه خواهد شد؟

۵) به کار بردن‌های دیگر فکر کن: در این تکنیک، به این مسئله می‌پردازیم که چگونه می‌توانیم رفتار یا فرایند فعلی را برای هدف دیگری به کار ببریم یا چگونه می‌توانیم از رفتار فعلی برای حل کردن مشکلات استفاده کنیم. پرسش‌های مطرح شده در این تکنیک، شامل موارد زیر است:

- = این رفتار چه منافع دیگری دارد؟
- آیا می‌توانیم مرحله‌ی خاصی را به فرایند اضافه کنیم تا جایگزین مرحله دیگری شود؟
- آیا این از این رفتار می‌توانیم برای تغییر رفتار اشخاص و گروه‌های دیگر نیز استفاده کرد؟
- آیا از این الگوی تغییر رفتار فعلی می‌توان بررسی تغییر الگوی رفتارهای دیگر نیز استفاده کرد؟

۶) حذف یا کاهش: شناسایی بخش‌هایی از فرایند است که می‌توان برای بهبود فرایند یا رفتار آنها را حذف نمود. این تکنیک، به بررسی بخش‌های غیرضروری برنامه نیز کمک می‌کند. پرسش‌های مرتبط با این قسمت، عبارتند از:

- اگر این بخش را حذف کنیم، چه رخ خواهد داد؟

- چطور می توانیم بدون وجود بخش خاصی از برنامه، به همان خروجی ها دست یابیم؟
  - آیا به این بخش خاص، نیاز داریم؟
  - اگر مجبور باشیم با نیمی از منابع کار کنیم، چه خواهیم کرد؟
- در برخی شرایط، منابع یا مراحل غیر ضروری موجود در فرایند، با اضافه ای را در دستیابی به نوآوری و خلاقیت، بر پروژه تحمیل می کنند. حذف این منابع، موجب افزایش توانایی برای رسیدن به نوآوری می شود.
- ۷) با آرایشی یا معکوس کردن: فکر کن که آیا می توانی به نوعی با تغییر توالی، الگو و طرح بندی، با جابجا کردن اجزا، تغییر برنامه زمانی، تغییر سرعت یا جابجا کردن علت و معلول مشکل مورد نظر را با آرایشی کنی. به تغییر در توالی فرایندها و سلسله مراتب کار فکر کن. پرسش های مطرح شده در این بخش، عبارتند از:
- آیا می توانی اجزا را با هم جابجا کنی؟
  - آیا می توان جای علت و معلول را عوض کرد؟
  - آیا می توانی الگوها و طرح بندی ها را جابجا کنی؟
  - آیا می توانی توالی مراحل را در فرایند خود تغییر دهی؟
  - اگر ترتیب وضعیت موجود را وارونه کنیم، چه رخ خواهد داد؟

#### مثال:

مسئله: پرسنل یک کارخانه اخیراً دچار اضافه وزن شده اند (خصوصاً افراد جوان تر > ۴۰ سال) به طوریکه تعداد ۴۵۰ نفر افراد شاغل کارخانه روی هم رفته حدود ۳ تن اضافه وزن دارند. مدتی است رستوران کارخانه برون سپاری شده است و مدیریت جدید برای راحتی و درآمد بیشتر غذاهای فست فود را به منوی خود اضافه کرده است: چگونه می توان الگوی مصرف غذای سالم را در جایگزین فست فود کرد؟ با رویکرد حل مسئله و استراتژی اسکمپراه کار خود را توضیح دهید.

مراحل حل مسأله

- آیا می توان از رستوران خواست که غذای فست فودی را یک روز در میان طبخ کنند؟
- آیا می توان از رستوران خواست که در برخی وعده ها (مثلا شام) فقط غذای سالم طبخ کند؟
- آیا می توان از رستوران خواست در صورت مصرف پرسنل از غذاهای سالم، پاداشی (مثلا یک وعده رایگان) برای آنها در نظر بگیرند؟
- آیا می توان همزمان رستوران را تشویق به طبخ غذای سالم در زمان وعده های اصلی کنیم و در صورت مصرف مردم از این غذاهای سالم، به آنها پاداش دهیم؟
- آیا می توانیم غذاهای فست فودی را نیز با مواد غذایی سالم آماده کنیم (مانند سوسیس گیاهی)؟
- آیا از رئیس کارخانه نیز می توانیم جهت تشویق کردن افراد به مصرف غذای سالم کمک گرفت؟
- آیا فقط با درگیر کردن صاحبان رستوران می توانیم فرایند موجود را بهبود دهیم؟
- آیا تغییر در بندهای قرارداد رستوران با هدف تأمین رضایت پیمانکار می تواند کمک کند؟
- اگر مشتریان رستوران برای مصرف غذای سالم در ازای پرداخت پاداش دوبرابر شوند، چه رخ خواهد تغییر دادن، اصلاح و داد؟
- اگر باز هم با وجود انجام این برنامه ها، مشتریان غذای سالم کم بودند، چه تغییر دیگری باید انجام بزرگ کردن شود؟
- آیا می توانیم فرایند را طوری تغییر دهیم که کارایی بیشتری داشته باشد؟
- آیا این برنامه در سازمان های دیگر مثل بوفه دانشگاه ها قابل اجرا است؟
- این روش در صورت استفاده در جای دیگر مانند اداره یا دانشگاه، چه مزایایی خواهد داشت؟
- اگر ادارات یا دانشگاه را برای روش فعلی جهت تغییر الگوی غذایی هدف قرار دهیم، چه رخ خواهد داد؟
- اگر بخش دادن پاداش را حذف کنیم، چه رخ خواهد داد؟
- چطور می توانیم بدون وجود بخش اعطای پاداش، به همان خروجی ها دست یابیم؟
- آیا می توان یک وعده که مصرف فست فود بالا بوده را از ساعات کار رستوران حذف و از پرسنل بخواهیم غذای خانگی استفاده کنند؟
- اگر فقط بتوان الگوی زمانی طبخ غذا را تغییر داد، چه خواهیم کرد؟
- آیا می توانی دادن پاداش از طرف رستوران را با دادن پاداش به شکل افزایش مرخصی از طرف رئیس جابجا کرد؟
- آیا می توان اول پاداش دهیم و بعد افراد ترغیب به مصرف غذای سالم شوند؟
- آیا امکان دارد تصور کنیم مصرف فست فود خواسته پرسنل بوده و صاحبان رستوران به درخواست مشتری پاسخ داده اند؟

جایگزین کردن

ترکیب کردن

اقتباس، تطبیق و سازگاری

کاربردهای دیگر

حذف یا کاهش

بازآرایی یا معکوس کردن

تکنیک خود نظارتی<sup>۱</sup>

خودنظارتی یک استراتژی پیشگیرانه ثانویه است که برای بهبود مهارت های خودمختار و حمایت از پیشرفت رفتاری و اجتماعی افراد طراحی شده است. این تکنیک شامل آموزش افراد جهت مستقل بودن و رعایت این استقلال است و به افراد کمک می کند تا در یک زمان مناسب، رفتار مناسب را انجام دهند. این استراتژی انعطاف پذیر را می توان برای افزایش وقوع رفتارهای مورد نظر یا کاهش رفتارهای نامناسب مورد استفاده قرار داد.

خودنظارتی را می توان تقریباً هر محیط آموزشی (مانند کلاس های آموزش عمومی، کافه تریا، برنامه های حرفه ای) و برای رفع نیازهای مختلف افراد (به عنوان مثال، ارتقاء انگیزه و یا تسلط بر کار) و افزایش استقلال، مورد استفاده قرار داد. به عنوان مثال، استراتژی های خودمراقبتی می تواند برای کمک به افراد به منظور حفظ توجه، تکمیل یک وظیفه، باقی ماندن در کار، حل مشکلات، و یا پیگیری پیشرفت خود به سمت هدف مورد استفاده قرار گیرند.

## شش مرحله برای اجرای فرایند خود نظارتی

مراحل خود نظارتی	توضیح
فراهم کردن شرایط پیش نیاز	فرد باید قادر به انجام رفتارهدف باشد (رفتاری که طی آن تلاش های فرد جهت خود نظارتی در نظر گرفته می شود)
شناسایی و تعریف رفتارها	رفتار هدف باید به وضوح تعریف شود. نمونه و یا نمونه هایی از رفتار هدف را به فرد ارائه دهید.
طراحی روش ها و فرم نظارت	فرم خود نظارتی و صفحه جمع آوری اطلاعات را تهیه کنید. این فرم باید مناسب سن و ساده باشد و به بازه های زمانی خاص تقسیم شده باشد. رفتار هدف و هدف باید در فرم ذکر شده باشد
آموزش فرایندها به افراد	از استراتژی های آموزشی مناسب (مثلاً بحث، مدل سازی، مربی گری، و ایفای نقش) استفاده کنید تا افراد در مورد نحوه استفاده از فرم های جمع آوری اطلاعات آگاهی یابند
نظارت بر پیشرفت	به فرد آموزش دهید که تصویر دیداری از پیشرفت خود و نیز نحوه ارائه ی داده ها ارائه دهد
تداوم و پیگیری	استفاده از تکنیک های خودنظارتی باید به طور کلی در طول زمان کاهش یابد، زیرا فرد باید بهبود را در رفتار خود نشان دهد

### مثال

خانمی ۳۸ ساله با قد ۱۶۰ و وزن ۷۰ کیلوگرم، اضافه وزن دارد و تصمیم به تغییر الگوی مصرف غذایی خود گرفته است و می خواهد وزن خود را به میزان ۸ کیلوگرم کاهش دهد. وی خانه دارد و صاحب یک فرزند می باشد. جهت مراقبت از خود در ازای برنامه غذایی از تکنیک خودنظارتی استفاده می کند:

مراحل خود نظارتی	توضیح
شناسایی و تعریف رفتارها	فرد خانه دار است و تمامی زمان خود را در منزل است. پس میزان مصرف غذایی فست فودی در آن فراهم کردن شرایط پیش نیاز کم است. از طرفی همسروی شاغل است و تا ۵ عصر در منزل نیست، پس می تواند وعده غذایی ظهر را مختصر مصرف کند.
طراحی روش ها و فرم نظارت	رفتار هدف وی. رعایت الگوی غذایی سالم و کاهش مصرف مواد غذایی که منجر به افزایش وزن می شود.
آموزش فرایندها به افراد	جهت رعایت برنامه غذایی فرمی طراحی می کند که نوع و میزان غذای مصرفی خود را در هر وعده، هر روز و در طول هفته به طور دقیق نوشته است. و از طرفی نیز فرمی طراحی کند که وعده ها و روزهای هفته در آن نوشته شده است و در صورتی که آن وعده را اجرا کرد در آن علامت می زند و در صورتی که موفق به اجرا نشد نیز ذکر می کند و دلیل آن را می نویسد.
نظارت بر پیشرفت	فرد جهت اجرای درست و استفاده مناسب از این فرم می تواند از پزشک تغذیه کمک بگیرد.
تداوم و پیگیری	فرد با در دست داشتن فرم میزان اجرای برنامه و بررسی آن در پایان هر هفته، می تواند از میزان پیروی خود از برنامه مطلع شود و همچنین در پایان هفته نیز توصیه می شود وزن خود را بطور دقیق اندازه گیری کرده و در انتهای فرم برنامه ریزی با ذکر تاریخ و هفته ثبت کند تا بتواند وزن خود را هر هفته با هفته قبل مقایسه کند.
	بعد از مدتی که برنامه به درستی اجرا شد و روند کاهش وزن در هر هفته به میزان توصیه شده توسط پزشک تغذیه اتفاق افتاد، فرد می تواند استفاده از این فرم ها و ثبت آنها را کاهش دهد. زیرا رفتار و الگوی تغذیه ایی فرد تغییر کرده است و رفتار جدید برای فرد تبدیل به عادت شده است.



## پیوست ۱۲

تغییر افکار بر اساس مداخلات شناختی-رفتاری<sup>۱</sup>

امروزه بسیاری از افراد در سیر تفکر خود به دلیل عدم آشنایی با اصول تفکر منطقی و صحیح، ناخواسته دچار خطای شناختی می‌شوند. عدم اطلاع از خطاهای شناختی می‌تواند بسیار خطرناک می‌باشد. برای مثال به نظر می‌رسد افسردگی، بی‌قراری، خشونت، پرخاشگری و بسیاری از رفتارهای غیر عادی ما بی‌ارتباط با خطاهای شناختی نباشند. بنابراین جهت برطرف کردن این خطاهای شناختی دو قدم مهم باید برداشت:

- شناسایی خطاهای شناختی
- تغییر خطاهای شناختی به افکار کارآمد و منطقی

## انواع خطاهای شناختی

ذهن خوانی: شما فرض را بر این می‌گذارید که می‌دانید آدم‌ها چه فکر می‌کنند بی‌آن که شواهد کافی در مورد افکارشان داشته باشید. مثلاً، «او فکر می‌کند من خیلی چاق هستم».

پیش‌گویی: آینده را پیش‌بینی می‌کنید. پیش‌بینی می‌کنید که اوضاع بدتر خواهد شد یا خطری در پیش است. مثلاً «من نمی‌توانم سیگار را ترک کنم»

فاجعه‌سازی: شما بر این باورید که آنچه که اتفاق افتاده است یا اتفاق خواهد افتاد آنچنان دردناک و غیرقابل تحمل خواهد بود که شما نمی‌توانید آن را تحمل کنید. مثلاً: «اگر سیگار را ترک کنم، از نظر روانی بسیار به هم می‌ریزم».

برچسب زدن: یک ویژگی منفی خیلی کلی را به خود و دیگران نسبت می‌دهید. مثلاً: «من دوست داشتنی نیستم» برچسب زدن شکل حاد تفکر همه یا هیچ چیز است. به جای اینکه بگویید «اشتباه کردم»، به خود برچسب منفی می‌زنید: «من بازنده هستم».

دست کم گرفتن جنبه‌های مثبت: مدعی هستید که دستاوردهای مثبت شما یا دیگران ناچیز و جزئی هستند. مثلاً: «داشتن فعالیت بدنی و ورزش در زندگی روزانه همه امر عادی است، پس اگر من نیز ورزش کنم کار خاص و مهمی انجام نداده‌ام».

فیلتر منفی: تقریباً منحصراً بر جنبه‌های منفی متمرکز می‌شوید و به ندرت به جنبه‌های مثبت توجه می‌کنید. مثلاً: «خیلی‌ها سیگار را ترک کرده‌اند ولی در سلامتی آنها تغییر چشم‌گیری اتفاق نیافتاده است». افرادی که دارای این نوع افکار هستند تحت تأثیر یک حادثه منفی همه واقعتاً را نار می‌بینند.

تعمیم افراطی: صرفاً بر اساس یک رویداد خاص، یک الگوی کلی (فراگیر) منفی را استنباط می‌کنید. مثلاً: «این اتفاق همیشه برای من پیش می‌آید، انگار من خیلی جاها شکست می‌خورم».

تفکر دو قطبی: آدم‌ها یا اتفاق‌ها را به صورت همه یا هیچ می‌بینند. مثلاً: «بدون فست فود نمی‌شود زندگی کرد». در این نوع افکار قانون همه یا هیچ حاکم است. فرد یک رفتار، فکر، موفقیت، پدیده یا موضوع را کلاً سفید یا سیاه می‌بیند.

باید‌ها: رویدادها بر مبنای این که چگونه باید می‌بودند تفسیر می‌کنید و نه بر مبنای این که واقعاً چگونه هستند. مثلاً «باید من ورزشکار معروفی شوم، و اگر نشوم یعنی شکست خورده‌ام». انتظار دارید که اوضاع آن‌طور باشد که شما می‌خواهید و انتظار دارید. همیشه این انتظار محقق نمی‌شود و یا با درصد کمتری محقق می‌شود.

شخصی‌سازی: به خاطر اتفاقات ناخوشایند منفی، تقصیر زیادی را به صورت غیرمنصفانه به خود نسبت می‌دهید و به این موضوع توجه نمی‌کنید که دیگران باعث اتفاقات خاص می‌شوند مثلاً «من یک بار جهت ترک سیگار اقدام کردم ولی نشد، چون من در

تصمیم‌گیری آدم سستی هستم»

مقصر دانستن: فرد دیگری را منبع اصلی احساسات منفی تان می‌دانید و مسئولیت تغییر خودتان را نمی‌پذیرید. مثلاً «تقصیر والدینم است که من الان چاق هستم»

مقایسه‌های غیرمنصفانه: اتفاق‌ها را براساس استانداردهایی تفسیر می‌کنید که واقع بینانه نیستند. به این ترتیب که به افرادی توجه می‌کنید که بهتر از شما عمل می‌کنند و در نتیجه خودتان را در مقایسه با دیگران حقیر و پست می‌بینید. مثلاً: «او در مقایسه با من موفق‌تر است» یا «دیگران بهتر از من ورزش می‌کنند».

همیشه پشیمان بودن: تمرکز و اشتغال ذهنی با این که من می‌توانستم بهتر از این‌ها عمل کنم به جای توجه به این که من الان چه کارهایی را می‌توانم بهتر انجام بدهم. مثلاً: «اگر قبلاً تلاش کرده بودم می‌توانستم سیگار را ترک کنم».

چه می‌شود اگر؟ یک سلسله سؤالات می‌پرسید که همه به این صورت هستند که «چه می‌شود اگر»، من تناسب اندام خوبی داشته باشم؟ و البته شما هرگز از پاسخی که به خود می‌دهید راضی نیستید. مثلاً: «درست، ولی اگر خیلی لاغر شوم چه؟» یا «اگر نتوانم درست رژیم غذایی خودم را کنترل کنم چه؟»

استدلال احساسی: اجازه می‌دهید که احساساتتان، تفسیرتان از واقعیت را هدایت کنند. مثلاً: «احساس افسردگی می‌کنم، و این یعنی الان به کشیدن سیگار نیاز دارم. افرادی که دارای استدلال احساسی هستند فکر می‌کنند که احساسات منفی ما لزوماً منعکس‌کننده واقعیت‌ها هستند. این نوع استدلال احساسی ما را از بسیاری واقعیت‌ها دور نگه می‌دارد. به طور مثال: «از ترک کردن سیگار وحشت دارم، چون فشارهای روانی زندگی وحشتناک است»

ناتوانی در عدم تأیید شواهد: همه مدارک یا شواهد علیه افکار منفی تان را رد می‌کنید. مثلاً وقتی این تفکر را دارید که «توانایی رعایت رژیم غذایی سالم را ندارید»، هر مدرکی که نشان بدهد شما می‌توانید رژیم غذایی خود را کنترل کنید، رد می‌کنید در نتیجه افکارتان قابل رد کردن نیستند.

برخورد قضاوتی: خودتان، دیگران و اتفاق‌ها را به جای این که صرفاً فقط توصیف کنید، بپذیرید یا درک کنید، به صورت سیاه و سفید ارزیابی می‌کنید (خوب و بد یا برتر و حقیر). خودتان و دیگران را بر مبنای معیارهای دل‌بخواه و سلیقه‌ای قضاوت می‌کنید و به این نتیجه می‌رسید که خودتان یا دیگران کوتاهی کرده‌اید. به قضاوت دیگران یا به قضاوت سختگیرانه از خودتان درباره خویش بها می‌دهید. مثلاً «دیگران حق دارند؛ من یک آدم چاق بی‌عرضه‌ام که نمی‌تونم هیچ چیزی رو عوض کنم».

تبدیل خطاهای شناختی به افکار کارآمد و منطقی

خطاهای شناختی را بشناسید

افکار منفی خود را بنویسید تا نوع خطای شناختی خود را بیابید. با این کار با راحتی بیشتری می‌توانید مثبت‌تر و واقع بینانه‌تر با موضوع برخورد کنید. جهت شناسایی خطاهای شناختی خود می‌توانید از جدول ثبت و یادداشت تغییر افکار استفاده کنید (برای ملاحظه یک نمونه به جدول زیر مراجعه شود). هنگام ناراحتی، قبل از هر کاری خلاصه‌ای از موقعیت یا مسأله ناراحت‌کننده را بنویسید. آنگاه احساسات منفی خود را شناسایی کرده، با توجه به شدت هر کدام برای آنها امتیازی از ۱ تا ۱۰ در نظر بگیرید. در مرحله بعد باید افکار خداکار خود را به ترتیب بنویسید. آنگاه خطاهای شناختی هر یک از افکار منفی را مشخص سازید. مثلاً فرض کنید شما تصمیم به ترک سیگار گرفته‌اید ولی در محل کار خود بر سر موضوعی با مافوق خود بحث‌تان شده است. باافاصله سیگار روشن می‌کنید و به خود می‌گویید: (سیگار تنها چیزی است که من را آرام می‌کند. من نمی‌توانم سیگار را ترک کنم. من اصلاً نمی‌توانم پای تصمیم‌هایم بمانم؟ من واقعا آدم ضعیفی هستم و نمی‌توانم سیگار را ترک کنم؟) تحت تأثیر این افکار شما احساس وابستگی شدید

به سیگار، افسرده شدن، ناراحتی و غمگینی می‌کنید. خطاهای شناختی این مثال شامل موارد زیر است:

• تفکر همه و هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، درشت‌نمایی، استدلال احساس، برجسب زدن

تاریخ	موقعیت	افکار منفی خودآیند احساس	خطاهای شناختی مرتبط با افکار	تغییر (پیامد)
		۱. چه فکر (افکاری) و واقعۀ بیرونی، جریان یا تصویر (تصاویری) از فکر، رویای روزانه یا ذهنتان می‌گذشت؟ ۱. چه احساس خاطره‌هایی که منجر ۲. در آن موقعیت به ناراحت‌کننده‌ای به هیجان ناخوشایند هر کدام چه میزان (اگر بوده) داشتید؟ شده است. باور داشتید	۱. چه هیجان یا هیجان‌هایی (غمگینی، اضطراب، خشم و...) در آن موقع تجربه می‌کردید؟ ۲. شدت هیجان چقدر بوده؟ (از ۰ تا ۱۰۰ درصد) ۳. با توجه به انواع خطاهای شناختی، خطای شناختی شما کدام دسته است؟	۱. اکنون چه میزان به هر فکر خودکارآمد منفی باور دارید؟ ۲. الان چه هیجان‌هایی دارید/ شدت آن چقدر است؟ (از ۰ تا ۱۰۰ درصد) ۳. چه کاری انجام دادید یا می‌خواهید انجام دهید؟

### شواهد را بررسی کنید

به جای آنکه فرض برداریم افکار منفی خود بگذارید، نشانه‌های واقعی آن را بررسی کنید پس از نوشتن هر فکر منفی و مشخص کردن خطای شناختی آن، از خود بپرسید: (چه دلیلی دارم؟). تحت تأثیر احساس بد، اغلب بدون بررسی واقعیت‌ها به بد بودن وضع رأی می‌دهیم، اما پس از بررسی حقایق معلوم می‌شود وضع به آن وخامت که گمان می‌کردید نیست. مثلاً در مثال قبلی مدارک و دلایل موجود را بررسی کنید. مثلاً می‌توانید از خود بپرسید: آیا حقیقت دارد که من فقط با کشیدن سیگار آرام می‌شوم؟ مواردی دیگر که من ناراحت بودم و بدون مصرف سیگار آرام شدم کدامند؟ در چه مواقعی واقعا احساس نیاز به سیگار پیدا می‌کنم؟ اگر در انتقادی که از خود می‌کنید، حقایقی وجود داشته باشد، می‌توانید بی آنکه به عزت نفس خود خدشه‌ایی وارد کنید از آن درس بیاموزید.

### روش معیار دوگانه

به جای آنکه خود را بی‌رحمانه تحقیر و سرزنش کنید با همان مهر و محبتی برخورد کنید که با دوست خود، در همان موقعیت، گفت و گو می‌کردید. وقتی در مقام انتقاد از خود هستید، از خود بپرسید: (اگر یکی از دوستان نزدیک من این مشکل را داشت، آیا با او به همین شکل برخورد می‌کردم؟) اغلب ما در مقایسه با دیگران نسبت به خود سخت‌گیرتر هستیم. وقتی اشتباهی می‌کنید یا از رسیدن به هدفی باز می‌مانید ممکن است از خود انتقاد کنید که: (چقدر من بی‌عرضه هستم، نمی‌دانم که چه می‌کنم، هرگز موفق به ترک سیگار نخواهم شد، هرگز بجز با کشیدن سیگار قادر نخواهم بود ناراحتی و عصبانیت خود را کنترل کنم) اما اگر دوست شما مرتکب این اشتباه شود، احتمالاً در مقام حمایت، او را دلدار می‌دهید. چرا به همین اندازه خودتان را تشویق نکنید؟ ممکن است بگویید: (زیرا برای خودم معیارهای بالاتری در نظر گرفته‌ام) حال چرا این معیارهای بالا را برای خود در نظر گرفته‌اید؟ ممکن است در جواب بگویید: (برای آنکه می‌خواهم همه تلاش خود را بکنم و به بهترین شکل ممکن ظاهر شوم) با این استدلال باید به نتیجه برسیم که شما همه تلاش‌تان را به خرج می‌دهید تا به بهترین نتیجه ممکن برسید؟ مطمئن هستیم که می‌خواهید دوست‌تان نیز همه تلاش خود را بکند. به نتیجه مطلوب برسد. چرا به او نمی‌گویید: (احمق و بی‌عرضه هستی و هرگز موفق نمی‌شوی؟) جوابش ساده است: این قبیل پیام‌های تند نه تنها اغلب غیر واقع‌بینانه هستند و کمکی به دوست شما نمی‌کنند، بلکه او را به تسلیم تشویق می‌کنند. این قبیل پیام‌ها به شما نیز کمکی نمی‌کنند.

چرا با همه و از جمله خودتان با یک معیار که مفید و واقع‌بینانه باشد برخورد نمی‌کنید؟ همان تشویقی را که نسبت به دوست‌تان انجام می‌دهید، مسمول خود کنید. در همان مثال قبلی اگر دوست شما بود به او چه می‌گفتید؟ آیا به او نیز می‌گفتید: تو آدم بی‌عرضه‌ای هستی؟ تو هیچ وقت قادر نخواهی بود سیگار را ترک کنی؟ آیا به دوستی که به شما این حرف‌ها را می‌زند، اتکا می‌کنید؟ و اگر

نمی‌کنید بدانید این دقیقاً حرفی است که به خودتان می‌زنید، به همین دلیل احساس اضطراب و ناشایستگی می‌کنید. حال با روش معیار دوگانه به این سؤال پاسخ می‌دهیم: از خود بپرسید اگر یکی از دوستان نزدیک مدتی است که تصمیم به ترک سیگار گرفته است ولی اخیراً در محل کار خود به شدت عصبانی شده است و دوباره سیگار کشیده است. به او چه می‌گفتید؟ فکر کنم به او جواب قانع‌کننده‌ای می‌دهید، به او حرفی می‌زنید تا کمکش کرده باشید، احتمالاً به او می‌گویید: (نگران نباش مطمئناً تصمیمی که گرفته‌ای به نتیجه می‌رسد و سیگار را ترک می‌کنی) با این طرز برخورد به دوست خود اعتماد به نفس می‌دهید. اگر این را به خودتان هم بگویید اعتماد به نفس بیشتری پیدا می‌کنید و از شدت دستپاچگی و عصبانیت شما کاسته می‌شود.

### روش تجربی

اعتبار اندیشه منفی خود را آزمون کنید. وقتی در اندیشه‌ای منفی هستید از خود بپرسید: (آیا می‌توانم از اعتبار این اندیشه مطمئن شوم؟). به عبارتی در روش تجربی، افکار را آزمون کنید. مثلاً در مثال بالا می‌توانید از خود بپرسید: (آیا واقعا ترک سیگار برای من سخت است؟)، (آیا واقعا من آدم ناتوانی هستم؟) با توجه به یکی از تجربه‌های گذشته، این نقطه نظرهای خود را آزمون کنید. می‌توانید این کار را به مراحل کوچکتری تقسیم کنید. نخست پاکت سیگار را مقابل خود قرار دهید، بعد به تعداد پاکت‌هایی که مصرف نکرده‌اید در طول مدتی که تصمیم به ترک گرفته‌اید، نگاه کنید، تعداد پاکت‌های نکشیده را جمع بزنید و... حال از خود بپرسید: (آیا واقعا برای من ترک سیگار سخت بود؟)، (آیا من واقعا در ترک سیگار ناتوان بودم؟) مطمئناً به این نتیجه می‌رسید آن قدرها هم که فکر می‌کردید دشوار نبود. پس از تکمیل می‌توانید به مرحله بعد بروید و آنقدر ادامه دهید تا به نتیجه برسید. به عبارت دیگر با تجربه کردن کار مورد نظر افکار منفی خود را آزمون می‌کنید.

### اندیشیدن در سایه‌های خاکستری

به جای آنکه در جو (تفکر هیچ یا همه) به مشکل خود بیندیشید، برای مشکل پیش آمده امتیازی از صفر تا صد در نظر بگیرید. وقتی در محاصره اندیشه‌های منفی قرار می‌گیرید از خود بپرسید: (آیا به صورت سیاه و سفید با مسائل برخورد می‌کنم؟) آیا گرفتار مطلق بینی هستیم؟ پاسخ مثبت نشانه آن است که علت ناراحتی شما تفکر (هیچ یا همه چیز) است.

### روش بررسی

از دیگران سؤال کنید تا از واقع بینانه بودن افکار و تلقی‌های خود مطلع گردید. راهی برای ارزیابی طرز تلقی‌های منفی طرح این سؤال است: (آیا دیگران هم همین نظر را دارند؟). بررسی این سؤال اغلب دشوار نیست. مثلاً اگر شما قصد ترک سیگار را داشتید ولی به علت ناراحتی در محل کار خود مجدد سیگار کشیدید. ممکن است معتقد باشید که (افراد سیگاری هیچ‌گاه قادر به ترک سیگار نخواهند بود). در روش بررسی، از چند تن از دوستان و اطرافیان خود که سیگار را ترک کرده‌اند بپرسید: آیا آنها در دوران شروع ترک سیگار، گاهی پیش می‌آمد که دوباره سیگار بکشند؟ مطمئناً خواهید دریافت که جواب این افراد به شما مثبت خواهد بود.

### تعریف کردن واژه‌ها

در برخورد با اندیشه‌های منفی از خود بپرسید: (موضوع را چگونه تعریف می‌کنم؟ چه منظوری دارم؟ آیا از برچسب‌های مبهمی استفاده می‌کنم که فاقد معنای واقعی هستند؟) این روش بخصوص اگر خود را شکست خورده، ناتوان، احمق و... خطاب می‌کنید بسیار مفید خواهد بود. مثلاً برای ترک فست فود به خود می‌گویید (من ناتوان هستم) حال از خود بپرسید ناتوان چه معنایی دارد؟ ممکن است بگویید ناتوان کسی است که در انجام کلیه امور توانایی ندارد. با توجه به این تعریف همه انسان‌ها ناتوان هستند. زیرا در مواقعی ممکن است افراد توانایی انجام کاری نداشته باشند ولی این دلیل بر ناتوان بودن آنها نیست. تا زمانی که نتوانید ناتوانی را به همه تعمیم بدهید، این تعریف شما نمی‌تواند مفهومی داشته باشد. و اگر احساس می‌کنید که همه انسان‌ها ناتوان هستند اشکالی پیش نمی‌آید زیرا شما با سایرین فرقی نمی‌کنید.

## روش علم معانی

خیلی ساده از زبانی استفاده کنید که بار عاطفی کمتری داشته باشد. هنگام ناراحتی از خود پرسید: (آیا به خود می‌گویم باید این کار را بکنم، یا نباید آن کار را انجام دهم.) روش علم معانی راه مؤثری برای برخورد با عبارت‌های «باید دار» است. به جای آن از عباراتی مانند: (بهتر است که...)، (شایسته تر است که...) استفاده کنید. مثلاً بجای: باید سیگار را یکبارہ ترک کنم. می‌توانید بگویید: بهتر است با برنامه‌ریزی سیگار را ترک کنم. با این کار رنگ احساس را عوض می‌کنیم، بطوری که از شدت ناراحتی و فاجعه‌آمیز بودن مسأله کاسته می‌شود. از تحمیل خواسته‌های سخت‌گیرانه بر خود دست می‌کشید و به جای آن به هدف‌هایتان می‌پردازید. با این روش از شدت تحکم به خود می‌کاهید و داوری شما با خود کاهش می‌یابد.

## دوباره نسبت دادن

به جای آنکه بی دلیل فرض را بر بدی خود بگذارید و خویشتن را به خاطر مشکل پیش آمده سرزنش کنید، به عوامل بسیار متعددی که این مسأله را ایجاد کرده‌اند. بیندیشید. یکی از رایج‌ترین خطاهای شناختی (شخصی‌سازی) یا انتقاد از خود است. خود را تحقیر می‌کنید و در مقام سرزنش خویش که مسئول صد در صد آن نبودید، برمی‌آیید. در این روش شما علت مسأله را به چیزی جز (بد بودن) خود نسبت می‌دهید. از خود پرسید: (چه عوامل دیگری ممکن است به ایجاد این مسأله کمک کرده باشد؟) بعد فهرستی از این احتمالات تهیه کنید. منظور انکار اشتباه شما نیست، به جای آن می‌خواهید علل مسأله را به شکل عینی‌تری بیابید. نقش احتمالی خود را در ایجاد مشکل می‌پذیرید و به جای سرزنش خویش مسأله را حل کنید.

## تحلیل سود و زیان

در این روش به جای توجه به واقعیات، با توجه به انگیزه با افکار منفی خود برخورد می‌کنید. از خود پرسید: (باور کردن این اندیشه منفی برای من چه سود و چه زیانی دارد؟) اگر به این نتیجه رسیدید که زیان‌های آن بیشتر است با راحتی بیشتری می‌توانید با این طرز فکر برخورد کنید. می‌توانید برای بررسی بیشتر از برگه‌های تحلیل سود و زیان (مانند نمونه زیر) استفاده کنید.

امتیازات این باور	زیان‌های این باور
۱.	۱.
۲.	۲.
۳.	۳.
.	.
.	.
.	.

باور یا فکر جایگزین و (درصد اعتقاد):

پیچیدگی ۱۳

مثالی از پیام سلامت

مزایای افزایش فعالیت فیزیکی

- خطر بیماری قلبی، فشار خون بالا، پوکی استخوان، دیابت و چاقی را کاهش دهید.
- اثرات پیری را کاهش دهید.
- انعطاف بدنی خود را افزایش دهید.
- به وزن مطلوب و مناسب خود برسید.
- استرس و اضطراب را از بین ببرید و احساس خوشحالی کنید.
- سطح انرژی و استقامت خود را افزایش دهید.



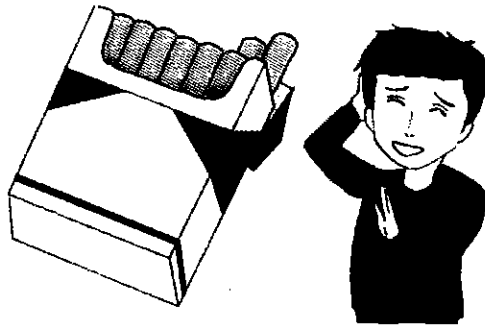
## پیوست ۱۴

## مثالی از پیام سلامت

## مزایای ترک سیگار

- احتمال ابتلا به بیماری ریه و بیماری قلبی را کاهش دهید.
- احتمال ابتلا به سرطان را کاهش دهید.
- به راحتی و بدن کم آوردن نفس پیاده روی کنید.
- با نخریدن سیگار در پول خود صرفه جویی کنید.
- لباس و نفس شما بوی بهتری خواهد داشت.
- حس طعم بهبود خواهد یافت.
- پوست سالم تر و زیباتری خواهید داشت.
- زندگی طولانی تر خواهید داشت.

بخاطر داشته باشید که سیگار کشیدن در اکثر اماکن عمومی ممنوع است.



## Reference:

1. Adams, J., & White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 37(2), 106114-.
2. Benitez, T. J., Tasevska, N., Coe, K., & Keller, C. (2017). Cultural Relevance of the Transtheoretical Model in Physical Activity Promotion: Mexican-American Women's use of the Processes of Change. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 10(1), 2.
3. Callaghan, P., Khalil, E., & Morres, I. (2010). A prospective evaluation of the Transtheoretical Model of Change applied to exercise in young people. *International journal of nursing studies*, 47(1), 312-.
4. Cantera, C. M., Puigdomènech, E., Ballvé, J. L., Arias, O. L., Clemente, L., Casas, R.,... Granollers, S. (2015). Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ open*, 5(10), e008807.
5. Florindo, A. A., Costa, E. F., Sa, T. H., dos Santos, T. I., Velardi, M., & Andrade, D. R. (2014). Physical activity promotion in primary health care in brazil: a counseling model applied to community health workers. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(8), 15311539-.
6. Friman, M., Huck, J., & Olsson, L. E. (2017). Transtheoretical model of change during travel behavior interventions: an integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 14(6), 581.
7. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
8. Haakstad, L. A. H., Voldner, N., & Bø, K. (2013). Stages of change model for participation in physical activity during pregnancy. *Journal of pregnancy*, 2013.
9. Han, H., Gabriel, K. P., & Kohl III, H. W. (2017). Application of the transtheoretical model to sedentary behaviors and its association with physical activity status. *PloS one*, 12(4), e0176330.
10. Heiss, G. L. (2014). *Health promotion and risk reduction in the community. Community/Public Health Nursing Practice-E-Book: Health for Families and Populations*, 466.
11. Jahan, H. R., Shokravi, F. A., & Sanaeinasab, H. (2017). Relationship between regular physical activity and transtheoretical model components among members of municipality councils in selected districts of Tehran. *Asian Journal of Sports Medicine*, 8(2).
12. Jenkins, C. D. (2003). *Building better health: a handbook of behavioral change (Vol. 590)*: Pan American Health Org.
13. Joyner, C., & Loprinzi, P. D. (2017). Examining the Association of Transtheoretical Model Constructs on Physical Activity: Considerations of Anxiety Symptomology as a Potential Moderator. *Journal of Molecular Pathophysiology*, 6(1), 1216-.
14. Khan, B., Herve, N., Stowe, A., Hodics, T., & Alexandrakis, G. (2013). Use of functional near-infrared spectroscopy to monitor cortical plasticity induced by transcranial direct current stimulation. Paper presented at the Proc. SPIE.
15. Kirk, A., MacMillan, F., & Webster, N. (2010). Application of the transtheoretical model to physical activity in older adults with type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of sport and exercise*, 11(4), 320324-.
16. Kosma, M., & Cardinal, B. J. (2016). The Transtheoretical Model, Physical Activity, and Falls Risks Among Diverse Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 40(1), 3552-.
17. Liddy, C., Johnston, S., Irving, H., Nash, K., & Ward, N. (2015). Improving awareness, accountability, and access through health coaching. *Canadian Family Physician*, 61(3), e158-e164.
18. Littlewood, K., Sherman, R., Russell, F., Littlewood, K., & Pandey, A. (2017). USING THE TRANSTHEORETICAL MODEL TO PROMOTE BEHAVIORAL CHANGE WITH DIABETES SELF



- MANAGEMENT. Paper presented at the ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE.
19. Marcus, B., Williams, D., Dubbert, P., Sallis, J., King, A., Yancey, A.,... Clayton, R. (2006). Physical activity intervention studies: What we know and what we need to know: A scientific statement from the AHA council on nutrition, physical activity and metabolism; council on cardiovascular disease in the young; and the interdisciplinary working group on quality of care and outcomes research. *AHA Scientific Statements*, 27392752-.
  20. Martin, L. R., & DiMatteo, M. R. (2013). *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*: Oxford University Press.
  21. Maruf, F. A., Umunnah, J. O., & Akindele, M. O. (2017). Associations of Constructs of Transtheoretical Model With Physical Activity Behavior Among Individuals With Essential Hypertension. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 28(1), 1221-.
  22. Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J., & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *The Cochrane Library*.
  23. Michie, S., Rumsey, N., Fussell, A., Hardeman, W., Johnston, M., Newman, S., & Yardley, L. (2008). *Improving health: changing behaviour*. NHS health trainer handbook: Department of Health Publications (Best Practice Guidance: Gateway Ref 9721).
  24. Middelkamp, P., Rooijen, M. v., Wolfhagen, P., & Steenbergen, B. (2017). The effects of a self-efficacy intervention on exercise behavior of fitness club members in 52 weeks and longitudinal relationships of transtheoretical model constructs.
  25. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*: Guilford press.
  26. Nemat Shahrabaki, B., Hashemian, M., Fallahi, A., Rahmani, A., & Saedpanah, A. (2017). The Relationship between Stages of Dental Cleaning Behavior Change Based on Trans-theoretical Model (TTM) with School Role and Social Support in Students. *International Journal of Pediatrics*, 5(5), 49394949-.
  27. Nigg, C. R., Geller, K. S., Motl, R. W., Horwath, C. C., Wertin, K. K., & Dishman, R. K. (2011). A research agenda to examine the efficacy and relevance of the transtheoretical model for physical activity behavior. *Psychology of sport and exercise*, 12(1), 712-.
  28. Noar, S. M. *Transtheoretical Model and Stages of Change in Health and Risk Messaging: Interactive Factory*.
  29. Noar, S. M., & Harrington, N. G. (2012). *eHealth applications: Promising strategies for behavior change*: Routledge.
  30. Partridge, S. R., McGeechan, K., Bauman, A., Phongsavan, P., & Allman-Farinelli, M. (2017). Improved confidence in performing nutrition and physical activity behaviours mediates behavioural change in young adults: Mediation results of a randomised controlled mHealth intervention. *Appetite*, 108, 425433-.
  31. Patel, V. L., Arocha, J. F., & Ancker, J. S. (2017). *Cognitive Informatics in Health and Biomedicine: Understanding and Modeling Health Behaviors*: Springer.
  32. Patel, V. L., Kaufman, D. R., & Cohen, T. (2013). *Cognitive informatics in health and biomedicine: case studies on critical care, complexity and errors*: Springer.
  33. Patrick, K., Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Lydston, D. D., Calfas, K. J., Zabinski, M. F.,... Brown, D. R. (2001). A multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(8), 940946-.
  34. Pekmezi, D., Barbera, B., & Marcus, B. H. (2010). Using the transtheoretical model to promote physical activity. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 14(4), 813-.
  35. Peterson, J. J. M. (2009). *Using the Transtheoretical Model in Primary Care Weight management: Tipping the Decisional Balance Scale for Exercise*.
  36. Pirzadeh, A., Mostafavi, F., Ghofranipour, F., & Feizi, A. (2015). *Applying Transtheoretical Model to*

- Promote Physical Activities Among Women. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(4).
37. Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Pbert, L. (2013). *The handbook of health behavior change*: Springer Publishing Company.
  38. Robinson, P., Gould, D., & Strosahl, K. (2011). *Real behavior change in primary care: Improving patient outcomes and increasing job satisfaction*: New Harbinger Publications.
  39. Romain, A. J., & Abdel-Baki, A. (2017). Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. *Psychiatry research*, 258, 476480-.
  40. Romain, A. J., Horwath, C., & Bernard, P. (2017). Prediction of Physical Activity Level Using Processes of Change From the Transtheoretical Model: Experiential, Behavioral, or an Interaction Effect? *American Journal of Health Promotion*, 0890117116686900.
  41. Rostami, S., Fallahi, A., Pashaei, T., & Roshani, D. (2017). Association of Trans-theoretical Model (TTM) based Exercise Behavior Change with Body Image Evaluation among Female Iranian Students. *International Journal of Pediatrics*, 5(3), 46134623-.
  42. Salmela, S., Poskiparta, M., Kasila, K., Vähäsarja, K., & Vanhala, M. (2008). Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Education Research*, 24(2), 237252-.
  43. Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice*: John Wiley & Sons.
  44. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 129-.
  45. Singer, E. A. (2007). The transtheoretical model and primary care: "The times they are a changin'". *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 19(1), 1114-.
  46. Spencer, L., Adams, T. B., Malone, S., Roy, L., & Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health promotion practice*, 7(4), 428443-.
  47. Tseng, H.-M., Liao, S.-F., Wen, Y.-P., & Chuang, Y.-J. (2017). Stages of change concept of the transtheoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. *Primary care diabetes*, 11(1), 2936-.
  48. Uphill, D. M. (2011). *Behaviour Change: Physical (in)activity*. The British Psychological Society Promoting excellence in psychology.
  49. Van den Berg, M. H., Schoones, J. W., & Vlieland, T. P. V. (2007). Internet-based physical activity interventions: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 9(3).
  50. Velasquez, M. M., Crouch, C., Stephens, N. S., & DiClemente, C. C. (2015). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*: Guilford Publications.
  51. Wendel, S. (2013). *Designing for behavior change: Applying psychology and behavioral economics*: « O'Reilly Media, Inc. ».
  52. Whitcomb, E. A., Askelson, N. M., Friberg, J. E., Sinelnikov, S., & Bukowski, T. (2017). Development of a hybrid model with elements of information seeking, behavioral change and social influence. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 46, 161168-.
  53. Wright, J. A., Whiteley, J. A., Laforge, R. G., Adams, W. G., Berry, D., & Friedman, R. H. (2015). Validation of 5 stage-of-change measures for parental support of healthy eating and activity. *Journal of nutrition education and behavior*, 47(2), 134142-. e131.

# SOC Trainer Guidebook for Primary Care Setting



انتشارات اندیشه مانکنگار

۰۲۵-۳۷۷۳۶۱۶۵

ISBN 600833462-0



9 786008 334620