

کتاب جامع بهداشت عمومی

جلد ۱ : فصل سوم : آموزش بهداشت

صفحه	عنوان	گفتار
۲۹۰	آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دکتر الهه میرزائی	اول
۳۱۰	مبانی ارتباطات بین فردی در محیط‌های مراقبت از سلامت دکتر محمد حسین کاوه	دوم
۳۳۶	مشاوره سلامت دکتر محمد حسین کاوه	سوم
۳۵۲	تکنولوژی آموزشی در حوزه سلامت دکتر سکینه رخشنده رو، دکتر محتشم غفاری	چهارم



پیش‌آزمون فصل سوم :

- ۱ - منظور از انقلاب اول و دوم در بهداشت عمومی چیست؟
- ۲ - منظور از آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را بیان کنید؟
- ۳ - چرا در مداخلات بهداشتی، از نظریه‌ها و الگوها استفاده می‌شود؟
- ۴ - چند الگوی مهم برنامه ریزی بهداشتی را نام ببرید؟
- ۵ - الگوهای تغییر رفتار را شرح دهید؟
- ۶ - منظور از ارتقای سلامت چیست؟
- ۷ - نظریه را تعریف کنید؟
- ۸ - الگوی برنامه ریزی پریسید - پروسید را شرح دهید؟
- ۹ - الگوی جامع آموزش بهداشت را توضیح دهید؟
- ۱۰ - چارچوب بوم شناختی اجتماعی را ترسیم نمایید؟
- ۱۱ - الگوی باورهای بهداشتی را شرح دهید؟
- ۱۲ - نظریه یادگیری اجتماعی را توضیح دهید؟
- ۱۳ - نظریه رفتار برنامه ریزی شده را بیان کنید؟
- ۱۴ - ارتباط را تعریف نموده مثال‌های مناسبی ارائه دهید؟
- ۱۵ - اجزاء فرایند ارتباط را بیان کنید؟
- ۱۶ - انواع ارتباط را نام برده هر یک را با ذکر مثال‌های واضح توضیح دهید؟
- ۱۷ - قلمرو اصلی ارتباط غیرکلامی را بیان کنید؟
- ۱۸ - چگونه با تعدیل وضعیت فیزیکی افراد می‌توان بر میزان تاثیر یک عامل افزود؟
- ۱۹ - موانع ارتباطی موجود در جریان یک ارتباط بهداشتی را بیان کنید؟
- ۲۰ - منظور از مدل منتخب ارتباط بهداشتی چیست؟
- ۲۱ - مشاوره را تعریف کنید؟
- ۲۲ - اصول و قواعد مشاوره را نام برده هر یک را با ذکر مثال توضیح دهید؟
- ۲۳ - اهمیت رازداری در مشاوره را متذکر شوید؟
- ۲۴ - وظایف فرد مشاور را بیان کنید؟
- ۲۵ - مهارت‌های مشاوره را نام برده هر یک را توضیح دهید؟
- ۲۶ - انواع مشاوره را نام ببرید؟
- ۲۷ - نحوه سازماندهی مشاوره را بیان کنید؟
- ۲۸ - چگونه می‌توان طی مشاوره به فرد مراجع کمک کرد تا تدبیر صحیحی را اتخاذ کند؟
- ۲۹ - وسایل کمک آموزشی، چه نقشی در یادگیری دارند؟
- ۳۰ - چه عواملی بر انتخاب رسانه آموزشی، موثرند؟
- ۳۱ - یک رسانه را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۳ / گفتار ۱ / دکتر الهه میرزایی

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

فهرست مطالب

۲۹۱	اهداف درس
۲۹۱	مقدمه
۲۹۳	آموزش بهداشت
۲۹۳	ارتقای سلامت
۲۹۴	دامنه فعالیت‌ها
۲۹۵	نقش نظریه‌ها و الگوها در فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
۲۹۶	الگوهای برنامه‌ریزی
۲۹۷	الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید
۲۹۹	الگوی جامع آموزش بهداشت ((CHEM) Comprehensive Health Education Model
۲۹۹	بازاریابی اجتماعی
۳۰۰	نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار
۳۰۲	مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار
۳۰۲	الگوی باورهای بهداشتی
۳۰۴	الگوی مراحل تغییر
۳۰۴	نظریه یادگیری اجتماعی
۳۰۵	نظریه اشاعه نوآوری
۳۰۵	نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده
۳۰۷	خلاصه و نتیجه‌گیری
۳۰۸	منابع

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت Health Education & Promotion

دکتر الهه میرزایی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- انقلاب اول و دوم در بهداشت عمومی را شرح دهد
- اهمیت نقش برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در انقلاب دوم را بیان کند
- آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را تعریف کند
- دلایل استفاده از نظریه‌ها و الگوها در مداخلات بهداشتی را فهرست کند
- نظریه و الگو را تعریف کند
- مهمترین الگوهای برنامه‌ریزی در آموزش بهداشت را توضیح دهد
- مهمترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار را شرح دهد

مقدمه

پیش از اواسط سده بیستم، بیماری‌های عفونی عامل عمده بیماری و مرگ و میر بودند. در کشورهای پیشرفته، نخستین انقلاب در بهداشت عمومی از اواخر سده نوزدهم تا اواسط سده بیستم صورت گرفت و هدف آن مهار بیماری‌های عفونی و مرگ‌های ناشی از آنها بود. این انقلاب سبب شد تا اواسط دهه ۱۹۵۰ بسیاری از بیماری‌های عفونی مهار شوند (Randall et al, 2017; Rubinson & Alles, 1984). اما امروزه، دلایل عمده مرگ و میر در بسیاری از کشورها، بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی، سرطان و سکته مغزی هستند که در طی دوره‌ای نسبتاً طولانی و بیشتر بر اثر جنبه‌های منفی شیوه زندگی و رفتارهای فرد ایجاد می‌شوند. امروزه عواملی مانند استعمال دخانیات، رفتارهای ناپایمن جنسی، الگوهای نامناسب تغذیه‌ای، کم‌تحرکی، مصرف مشروبات الکلی و عدم رعایت نکات ایمنی از جمله مهمترین رفتارهای مؤثر بر بیماری و مرگ هستند. بازپدیدي بیماری‌هایی مانند سل و بیماری‌های منتقله از طریق غذا، و نوپدیدي بیماری‌هایی نظیر ایدز و عفونت‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌ها نیز تا حد زیادی متأثر از رفتارهای فرد هستند (Glanz, et al., 2015).

میان سال‌های ۱۹۴۵ و ۱۹۸۰، در کشورهای صنعتی بویژه، ایالات متحده، به‌منظور مهار بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آنها، سرمایه‌های هنگفتی صرف فناوری‌های پیچیده پزشکی و عرضه خدمات پزشکی فوق تخصصی شد. اما، با وجود صرف هزینه‌های سرسام‌آور، تا اواسط دهه ۱۹۷۰ مشخص شده بود که اگرچه نظام عرضه خدمات پزشکی می‌تواند سلامت افراد را تا حدودی به آنان بازگرداند، درمان بیماری رویکرد "چسب زخم" برای مشکلات بهداشتی وسیع جامعه است. به گفته جوزف کالیفانو (۱۹۷۹): "راه رسیدن به سلامت بهتر در آینده این کشور تنها به وسیله آجرهای طلایی درمان و فناوری‌های پرهزینه، امکان‌پذیر نخواهد شد بلکه انقلاب بعدی در سلامت مردم از راه پیشگیری و ارتقای سلامت بدست خواهد آمد."

دکتر گرین و کروتر (۲۰۰۵) نیز معتقد بودند: "برای کاهش بیماری، مرگ و میر و هزینه‌های سرسام‌آور پزشکی، فعالیت‌های آموزش بهداشت، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، بیشترین ظرفیت را دارد و بهترین امید برای بهبود درازمدت کیفیت زندگی و سلامت جمعیت‌ها است." به هر روی، فعالیت‌ها و تحقیقات دانشمندان در طی این مدت تغییر دیدگاه‌ها و آغاز دومین انقلاب در بهداشت عمومی، یعنی عصر ارتقای سلامت را سبب شد. اکثر محققان سال ۱۹۷۴ میلادی را تاریخ آغاز انقلاب دوم، یعنی عصر ارتقای سلامت می‌دانند (Glanz, et al., 2015). در این سال، دولت کانادا گزارش "دورنمای جدید سلامت کانادایی‌ها" را که بعدها به گزارش لآند (وزیر بهداشت کانادا) معروف شد را منتشر کرد. یافته‌های این گزارش برای ارتقاء سلامت بسیار مهم بودند زیرا تأکید بر این بود که ساختارهای اجتماعی بر سلامت تأثیر می‌گذارند و مراقبت‌های بهداشتی مهمترین عامل تعیین‌کننده سلامت نیست (WHO, 2009).

همچنین در این سال مجلس ایالات متحده قانون "اطلاعات بهداشتی و ارتقای سلامت" را به تصویب رساند که به تأسیس دفتر "اطلاعات بهداشتی و ارتقای سلامت" انجامید. نام این دفتر بعدها به دفتر "پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت" تغییر یافت. این تمهیدات پایه‌گذار ابتکارات دولت ایالات متحده برای برنامه‌ریزی آموزش بهداشت عمومی و پایش الگوهای رفتاری به‌وسیله تدوین و انتشار اهداف بهداشتی برای مردم در سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۱ (شد: ۱) ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری: اهداف بهداشتی برای کشور، و ۲) مردم سالم ۲۰۰۰: اهداف ملی ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری (Glanz, et al., 2015).

در سال ۱۹۷۸ بیانیه آلماتا با طرح این مسئله که ارتقاء و محافظت از سلامت به منظور توسعه اجتماعی و اقتصادی پایدار ضروری است و به بهبود کیفیت زندگی و صلح جهانی کمک می‌کند، روحی تازه به ارتقاء سلامت بخشید. این بیانیه نقطه عطفی بود در حوزه بهداشت عمومی در قرن بیستم.

اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت در سال ۱۹۸۶ در اتاوا، کانادا تشکیل شد. این کنفرانس عمدتاً پاسخی بود به انتظارات روزافزون برای ایجاد تحولی جدید در بهداشت عمومی در جهان (WHO, 2009) و سرآغازی شد برای کنفرانس‌های بعدی به شرح زیر (WHO Global Health Promotion Conferences):

کنفرانس بین‌المللی آدلاید، استرالیا سال ۱۹۸۸

کنفرانس بین‌المللی ساندزوال، سوئد سال ۱۹۹۱

کنفرانس بین‌المللی جاکارتا، اندونزی سال ۱۹۹۶

کنفرانس بین‌المللی مکزیکوسیتی، مکزیک سال ۲۰۰۰

کنفرانس بین المللی بانکوک، تایلند ۲۰۰۵
 کنفرانس بین المللی نایروبی، کنیا ۲۰۰۹
 کنفرانس بین المللی هلسینکی، فنلاند ۲۰۱۳
 کنفرانس بین المللی شانگهای، چین ۲۰۱۶

کنفرانس شانگهای باعث شد ارتقاء سلامت در کانون اهداف توسعه پایدار قرار بگیرد (WHO, 2015).

آموزش بهداشت

آموزش مسائل بهداشتی، اگرچه در طول تاریخ ملل به اشکال غیررسمی و به‌عنوان مختلف انجام می‌شده است، اما پیدایش رشته آموزش بهداشت به‌عنوان رشته‌ای تخصصی، به اوایل سده نوزدهم بازمی‌گردد. در سال ۱۹۵۱ دکتر توماس وود عضو هیأت علمی دانشگاه استنفورد با ورود به دانشگاه کلمبیا برنامه‌ای را با عنوان "آموزش بهداشت و تربیت‌بدنی" آغاز کرد. فعالیت‌های سی ساله او در این دانشگاه به تأسیس رشته آموزش بهداشت انجامید. او در اکثر وقایع آموزش بهداشت از سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۴۰ نقشی مهم ایفا کرد و به همین دلیل، او را پدر آموزش بهداشت نامیده‌اند.

از آنجا که تعریفی جهانی در مورد آموزش بهداشت وجود ندارد، در اینجا به چند مورد اشاره می‌کنیم: "آموزش بهداشت تلاش می‌کند فاصله میان آگاهی و عمل را پر کند" (Griffiths, 1972). "هدف آموزش بهداشت تغییر رفتارهای زیان‌بخش افراد، گروه‌ها و جمعیت‌ها به رفتارهای سودبخشی است که بر سلامت کنونی و آتی آنان تأثیری گذارد" (Simonds, 1976). آموزش بهداشت عبارت است از "استفاده از هرگونه ترکیبی از روش‌های آموزشی گوناگون به‌منظور تسهیل پذیرش داوطلبانه رفتارهای مؤثر بر سلامت" (Green, et al., 1980).

ارتقای سلامت

با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت در تأمین سلامت جامعه، فعالیت‌های آموزش بهداشت دامنه‌ای وسیع‌تر یافت و از سازه "ارتقای سلامت" برای توصیف طیفی گسترده‌تر از فعالیت‌های بهداشتی استفاده شد. برای ارتقای سلامت نیز تعاریف گوناگونی ارائه شده است که مهمترین آنها عبارت‌اند از: ارتقای سلامت "عبارت است از هرگونه ترکیبی از فعالیت‌های آموزش بهداشت و حمایت‌های محیطی، سازمانی و اقتصادی که از رفتارهای منجر به سلامت فرد، گروه و اجتماع صورت می‌گیرد" (Green & Kreuter, 1991). ارتقای سلامت، "علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی به‌منظور نیل به وضعیت مطلوب سلامت است... تغییر شیوه زندگی می‌تواند به‌وسیله ترکیبی از تلاش‌ها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط‌های حامی رفتارهای سالم صورت گیرد" (O'Donnell, 1989).

در طی دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، تمرکز بر رفتارهای فردی به‌عنوان عامل تعیین‌کننده وضعیت سلامت، بر عوامل اجتماعی گسترده‌تر مؤثر بر سلامت سایه افکنده بود. در این میان طرفداران تغییر در سطوح سازمانی،

متخصصان را به پذیرش دیدی وسیع‌تر در این زمینه دعوت می‌کردند. آنان خواهان گسترش فعالیت‌های آموزش بهداشت برای در بر گرفتن اقدامات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی لازم برای دستیابی به اهداف بهداشتی بودند. در طی چند دهه گذشته، بسیاری از متخصصان بر اهمیت تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی بر سلامت تأکید کرده‌اند. به‌عنوان مثال ویلیام گریفتیس (۱۹۷۲) چنین مطرح کرد: "توجه آموزش بهداشت نه تنها بر فرد و خانواده‌اش، بلکه بر سازمان‌ها، نهادها و شرایط اجتماعی مانع یا یاری‌رسان افراد برای رسیدن به بالاترین حد سلامت نیز معطوف است".

دیدگاهی که آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را ابزار تغییرات اجتماعی می‌داند، در طی چند دهه گذشته، بار دیگر مورد تأکید قرار گرفته است. اکنون ترسیم خط‌مشی‌ها، وضع قوانین و مقررات حامی سلامت، ایجاد تغییرات سازمانی و جلب حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان یکی از فعالیت‌های اساسی متخصصین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت پذیرفته شده است (Glanz, et al., 2015; Green, Kreuter, 2005).

دامنه فعالیت‌ها

در جوامع صنعتی، به موازات تغییر علل عمده مرگ و میر، تمرکز فعالیت‌های آموزش بهداشت نیز تغییر یافت. آموزش بهداشت در ابتدا آموزش پاکیزگی (۱۹۰۰-۱۹۲۰) خوانده می‌شد و تأکید آن بر آموزش بهداشت فردی، بیماری‌های واگیر و مشروبات الکلی بود. امروزه دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت حد و مرزی نمی‌شناسد. آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان و مهارت‌های فرزندپروری به والدین، تدوین بسته‌های آموزشی در مورد ایدز، اجرای کارگاه‌های ترک سیگار، آموزش تغذیه، کمک به گروه‌های در معرض خطر برای تشخیص به‌هنگام بیماری، آموزش مدیریت استرس، برنامه‌ریزی، اجرا، و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی، آموزش مسئولین، مدیران و افراد کلیدی، حمایت از تغییر سیاست‌ها برای ارتقای سلامت و حمایت از قوانین و مقررات حامی سلامت، تنها گوشه‌ای از فعالیت‌های متخصصان این رشته است.

ظهور فناوری‌های نوین ارتباطات و استفاده‌های نو از قدیمی‌ترها نیز به ظرفیت برنامه‌های ارتقاء سلامت افزوده است. افزایش چشمگیر تعداد کاربران اینترنت و فضای مجازی موقعیت جدیدی برای متخصصان به‌منظور به ثمر رساندن اهداف آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایجاد کرده است. برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تقریباً در هر محیطی که بتوان تصور کرد، از مدارس، دانشگاه‌ها، کارخانه‌ها، ادارات، محل‌های کار، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز آموزشی، فرهنگ‌سراها گرفته تا پادگان‌ها، زندان‌ها، نمایشگاه‌ها، مساجد، ورزشگاه‌ها، مراکز خرید، مراکز بازپروری و بنگاه‌های خیریه قابل اجرا است.

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، رشته‌ای است بهینه‌گزین و به‌سرعت در حال رشد، تحول و تکامل. متخصصان این رشته، برای رسیدن به اهداف مورد نظر خود از گزینش و ترکیب مؤثرترین یافته‌ها، رویکردها، روش‌ها و سیاست‌های برگرفته از رشته‌های بهداشت، روان‌شناسی، آموزش، جامعه‌شناسی، پزشکی، تغذیه، مردم‌شناسی، ارتباطات، پرستاری، مددکاری، علوم رفتاری، بازاریابی، و اپیدمیولوژی استفاده می‌کنند. ارتقای سلامت، کانون ابتکارات بهداشتی و مهار عوامل مؤثر بر آن را از متخصصان و مراکز پزشکی به افراد، خانواده‌ها، مدارس و محل کار منتقل می‌کند. اما این کار باید در سایه حمایت‌های قانونی، سازمانی، اجتماعی، فناورانه و قبول

پذیرش مسئولیت مشترک در قبال بهداشت و سلامت انجام گیرد. اکنون در کشورهای پیشرفته، تأثیر فعالیت‌های این رشته به‌گونه‌ای چشمگیر خود را نشان داده است. کاهش مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و حوادث رانندگی، کاهش مصرف سیگار، افزایش فعالیت‌های جسمانی و مصرف میوه و سبزیجات، و کاهش موارد جدید ابتلا به ایدز تنها بخشی از دستاوردهای برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در کشورهای پیشرفته هستند.

نقش نظریه‌ها و الگوها در فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

الگوها و نظریه‌ها راهنمایی هستند برای فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. نظریه‌ها می‌توانند به پرسش‌های برنامه‌ریزان در مورد اینکه چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر را ندارند، چگونه باید رفتارها را تغییر داد، و چه عواملی را باید در ارزشیابی برنامه‌ها در نظر گرفت، پاسخ دهند (Glanz, et al., 2015). اگرچه میزان موفقیت برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت متفاوت است، آن‌ها که بر اساس نظریه‌ها و الگوهای مناسب تهیه شده‌اند از احتمال موفقیت بیشتری برخوردارند. به‌طور کلی، مزایای استفاده از نظریه‌ها و الگوها را می‌توان چنین خلاصه کرد:

۱) نظریه‌ها و الگوها پایه و اساس مداخلات آموزشی را تشکیل می‌دهند

۲) ابزاری برای تبیین و توجیه طرح‌های بهداشتی هستند

۳) چارچوبی برای برنامه‌ریزی مداخلات بهداشتی هستند

۴) به برنامه جهت و حقانیت می‌دهند

۵) از روش سخت "آزمون و خطا" جلوگیری می‌کنند

۶) امکان تکرار مداخلات بهداشتی را فراهم می‌کنند

۷) فرایندی روشمند برای تحلیل موفقیت‌ها و شکست‌ها هستند (Doak, et al., 1995).

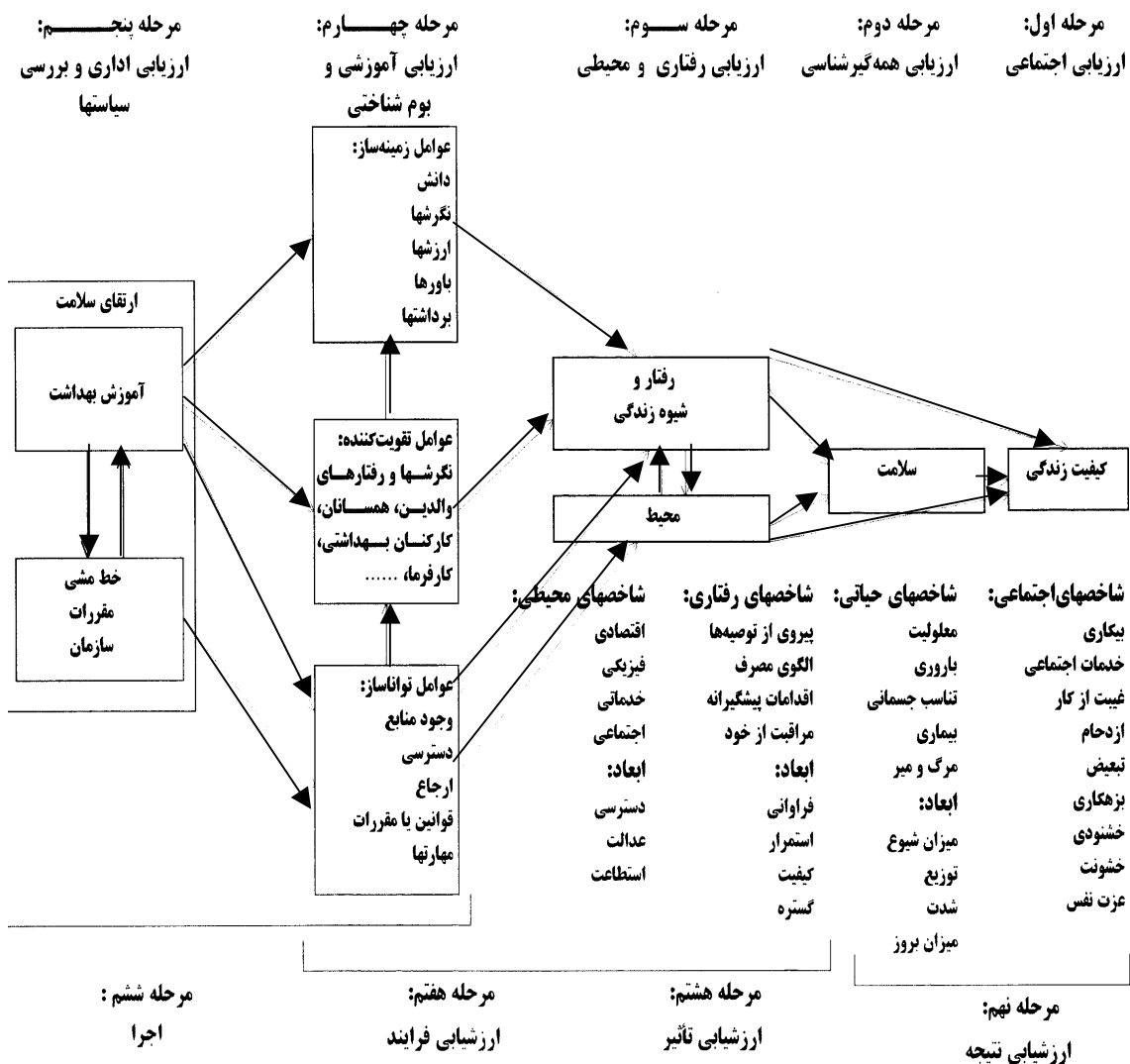
نظریه "مجموعه‌ای است از سازه‌ها، تعاریف و قضیه‌ها که نماینده دیدگاهی نظام‌مند به یک واقعه یا موقعیت است و رابطه میان متغیرها را به‌منظور تشریح و پیش‌بینی وقایع یا موقعیت‌ها مشخص می‌کند" (Glanz, et al., 2015). در رشته آموزش بهداشت، نظریه، توضیحی است کلی در مورد چرایی عملکردهای مرتبط با سلامت افراد. چرا فرد برای حفظ یا ارتقای سلامت خود، خانواده، سازمان یا جامعه‌اش اقدامی انجام می‌دهد یا نمی‌دهد؟ **الگوها** معمولاً از چند نظریه برای تبیین مسئله استفاده می‌کنند. الگوها مبسوط‌تر و شامل اجزای مختلفی هستند که بعضاً می‌توان آن‌ها را به‌شکل هندسی نشان داد. در هر صورت در علوم رفتاری، نظریه و الگو هر دو تلاشی هستند برای تبیین رفتارها. از آنجا که رفتارها بسیار پیچیده هستند و الگوی کاملی با صد درصد دقت برای پیش‌بینی رفتار مردم وجود ندارد، تجدید نظر و اصلاح الگوها به‌منظور بهبود فهم رفتارها و مسائل مرتبط با سلامت از اهمیتی ویژه برخوردار است.

طبقه‌بندی الگوها و نظریه‌ها به‌گونه‌های مختلف صورت گرفته است، ولی به‌طور کلی آن‌ها را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: **دسته اول** نظریه‌ها و الگوهایی که برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش

بهداشت و ارتقای سلامت به کار می‌روند، و دسته دوم نظریه‌ها و الگوهایی که برای تغییر رفتار از آن‌ها استفاده می‌شود (Glanz, et al., 2015).

الگوهای برنامه‌ریزی

از آنجا که امکان تشریح همه الگوهای برنامه‌ریزی در این مختصر میسر نیست، تنها به معرفی برخی از مهمترین و رایج‌ترین آنها بسنده می‌شود.



شکل ۲ - الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید

الگوی برنامه‌ریزی پرئسید - پروسید

الگوی برنامه‌ریزی پرئسید توسط دکتر گرین و همکارانش در سال ۱۹۸۰ تدوین و در طی سه دهه، با افزایش بخش پروسید به آن، تکمیل شد. اکنون الگوی پرئسید - پروسید معروف‌ترین و رایج‌ترین الگوی برنامه‌ریزی در زمینه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است. این الگو از دو بخش پرئسید و پروسید تشکیل شده است. به‌طور کلی، در قسمت پرئسید، به پرسش‌هایی از قبیل چه چیزی، به چه دلیل و چه کسی پاسخ داده شده، و بخش پروسید به منابع، موانع، خط‌مشی‌ها، مقررات و عوامل سازمانی و همچنین طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه پرداخته است. الگوی برنامه‌ریزی پرئسید-پروسید (شکل ۲) شامل ۹ مرحله است:

۱) ارزیابی اجتماعی و بررسی موقعیت

در این مرحله، کیفیت زندگی جمعیت بررسی می‌شود. برای این کار می‌توان از روش‌های گوناگون استفاده کرد از جمله بررسی آمار و مطالعات موجود، انجام تحقیقی به‌منظور تعیین نیازها و آمال جمعیت، مصاحبه با افراد کلیدی و مطلع، مشاهده و غیره. مشکلات اجتماعی جمعیت مورد مطالعه، بهترین و عملی‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی را به‌دست می‌دهد. بدین منظور باید از چند روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرد.

۲) ارزیابی همه‌گیرشناسی

این مرحله برای برنامه‌های بهداشتی کاربرد دارد. در بعضی برنامه‌های اجتماعی ممکن است نیاز به انجام این مرحله نباشد. در این مرحله، مشکلات بهداشتی که امکان دارد بر اهداف یا مشکلات اجتماعی تعیین شده در مرحله اول مؤثر باشد، شناسایی می‌شود. برنامه‌ریزان باید با استفاده از داده‌های موجود، داده‌های همه‌گیرشناسی، و یافته‌ها و آمار پزشکی، مشکلات یا نیازهای بهداشتی را اولویت‌بندی کنند تا بتوانند منابع موجود را برای حل آن مشکل بهداشتی که بیش از همه جمعیت هدف را تحت تأثیر قرار داده است به مصرف برسانند. شرح کامل مشکلات بهداشتی و چگونگی ظهور آنها در میان جمعیت مورد مطالعه از اصول ضروری برای طبقه‌بندی مشکلات بهداشتی است. درنظر گرفتن مواردی همچون میزان مرگ‌ومیر، شیوع، بروز، هزینه درمان، شدت معلولیت، تأثیر بر کارآیی فردی و اجتماعی، قابلیت پیشگیری، و امکانات موجود نیز می‌تواند به اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی کمک کند.

۳) ارزیابی رفتاری و محیطی

در این مرحله، عوامل رفتاری و محیطی مؤثر بر مشکل بهداشتی تعیین شده در مرحله دوم باید مشخص شود. بسیاری از مشکلات بهداشتی از رفتارهای فرد نشأت می‌گیرند از جمله استعمال سیگار، تغذیه ناسالم، ورزش نکردن، عدم پیروی از دستورات پزشک و غیره. منظور از عوامل محیطی، موارد بیرونی است که درصورت اصلاح می‌تواند از رفتار، سلامت یا شیوه زندگی سالم فرد حمایت کند. تشخیص این مسئله به برنامه‌ریزان یاری می‌دهد واقع‌بینانه‌تر عمل کنند و محدودیت‌های برنامه‌هایی را که تنها بر رفتار فرد تمرکز دارند، تشخیص دهند.

۴) ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی (اکولوژیکی)

بر اساس تحقیقات به عمل آمده در مورد سلامت و رفتار اجتماعی، و همچنین ارتباط بوم‌شناختی محیط با رفتار، تقریباً صدها عامل را می‌توان شناسایی کرد که می‌توانند بر رفتار بهداشتی تأثیر بگذارند. در الگوی پریسید، این عوامل به سه دسته تقسیم شده‌اند: عوامل زمینه‌ساز، عوامل تواناساز، و عوامل تقویت‌کننده. **عوامل زمینه‌ساز:** شامل آگاهی، نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها، و برداشت‌هایی است که می‌توانند انگیزه فرد را برای تغییر تقویت کنند.

عوامل تواناساز: به مهارت‌ها، تسهیلات، منابع یا موقعیت‌هایی گفته می‌شود که سبب تسهیل یا ایجاد مانع در راه تغییرات رفتاری و محیطی مد نظر می‌شوند. این عوامل بیشتر به‌وسیله نیروهای درون جامعه یا نظام‌ها ایجاد می‌شوند.

عوامل تقویت‌کننده: به تشویق‌ها و پسخورندهایی که فراگیر، پس از اختیار رفتار جدید، از سوی دیگران دریافت می‌کند گفته می‌شود. این عوامل ممکن است سبب دل‌سردی یا دل‌گرمی فرد برای ادامه رفتار شود. مرحله چهارم شامل جداسازی و گروه‌بندی عواملی است که بر عوامل رفتاری و محیطی تأثیر مستقیم دارند.

۵) ارزیابی اداری و بررسی خط‌مشی‌ها

شامل ارزیابی امکانات و توانایی‌های اداری و سازمانی و منابع به‌منظور تدوین و اجرای یک برنامه است. در این مرحله، محدودیت‌های مربوط به منابع، خط‌مشی‌ها، امکانات و زمان بررسی می‌شود.

۶) اجرا

در این مرحله، اهداف برنامه به اقدامات عملی تبدیل و برنامه اجرا می‌شود. با آنکه ارزشیابی در آخرین مرحله عنوان شده است، باید به‌خاطر داشت فرایندی است مستمر که از ابتدای مرحله اجرا آغاز می‌شود. به‌طور کلی، باید سه نوع ارزشیابی از برنامه صورت بگیرد: ارزشیابی فرایند، تأثیر و نتیجه.

۷) ارزشیابی فرایند

شامل ارزشیابی سیاست‌ها، منابع، کارکنان، کیفیت خدمات و اجرای برنامه است.

۸) ارزشیابی تأثیر

شامل ارزشیابی تأثیرات برنامه بر اهداف میانی، مانند تغییر عوامل زمینه‌ساز، تقویت‌کننده، تواناساز و عوامل رفتاری و محیطی است.

۹) ارزشیابی نتیجه

شامل ارزشیابی تأثیرات نهایی و بلندمدت برنامه و مقایسه آن با اهداف غایی، مانند تغییر در کیفیت زندگی، شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی است (Green, & Kreuter, 2015).

الگوی جامع آموزش بهداشت ((Comprehensive Health Education Model (CHEM))

این الگو شامل شش مرحله است (Sullivan, 1973) که عبارتند از:

۱) مشارکت دادن مردم

در این مرحله، باید گروه هدف و افراد مسئول اجرای برنامه تعیین شود، نقش کسانی که دخیل هستند مشخص گردد و ارتباطات لازم میان افراد به وجود آید.

۲) تعیین اهداف

در این مرحله باید اهداف غایی مربوط به وضعیت سلامت، اقدامات فردی، عملکردهای آموزش بهداشت و منابع آموزش بهداشت مشخص شود.

۳) تعریف مشکلات

این مرحله شامل بررسی نیازها، تعیین فاصله میان وضع موجود و آنچه باید باشد و تعیین مشکلی که باید به وسیله برنامه حل شود است.

۴) طراحی برنامه

این مرحله شامل الف) تعیین مناسبترین رویکرد برای رسیدن به اهداف؛ ب) تعیین اهداف ویژه عملیاتی؛ ج) نوشتن جدول زمان بندی، فعالیتها، و منابع؛ د) پیش آزمون برنامه و تدوین مراحل ارزشیابی؛ ح) کسب اجازه برای اجرای برنامه؛ و ض) گرفتن تعهد برای تأمین منابع است.

۵) فعالیت‌های اجرایی

شامل کسب منابع لازم برای اجرای برنامه، تدوین سیاستها و مقررات لازم برای مراحل اجرا، و اجرای برنامه است.

۶) ارزشیابی نتایج

شامل تعیین ارزش کلی برنامه به وسیله مقایسه نتایج بدست آمده با اهداف برنامه در چارچوب فعالیت‌های انجام گرفته و منابع استفاده شده است.

بازاریابی اجتماعی

اگر شرکت‌های تجاری می‌توانند کالا و خدمات خود را به مردم بفروشند پس چرا ما نتوانیم با استفاده از همان تکنیک‌ها مردم را به درپیش گرفتن رفتارهای ضامن سلامت تشویق کنیم؟ فرایند بازاریابی اجتماعی پاسخی بود به این پرسش. اکنون چند دهه است که متخصصین سعی می‌کنند با استفاده از اصول بازاریابی تجاری موجبات ارتقاء سلامت افراد و جامعه را فراهم آورند. برای بازاریابی اجتماعی تعاریف متعددی ارائه شده است. کاتلر (۱۹۸۹) بازاریابی اجتماعی را چنین تعریف کرد: "فرایندی برای برنامه‌ریزی به منظور ترویج رفتارهای داوطلبانه مخاطبین هدف به وسیله ارائه منافی که خواستارش هستند، کاهش موانعی که نگرانش هستند و ایجاد

انگیزه در آنها برای شرکت در فعالیت‌های برنامه". بر اساس تعریف اندرسون (۱۹۹۵) "بازاریابی اجتماعی کاربرد تکنولوژی بازاریابی تجاری است برای تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌هایی که به‌منظور تأثیر بر رفتار داوطلبانه مخاطبین هدف به‌منظور بهبود سلامت آنها و جامعه طراحی می‌شوند".

در بازاریابی اجتماعی از چهار اصل بازاریابی تجاری استفاده می‌شود:

۱. محصول: در بازاریابی اجتماعی به معنای رفتاری است که می‌خواهیم ترویج کنیم، مثل بستن کمربند ایمنی، انجام ماموگرافی، شرکت در کارگاه ترک سیگار، انجام ورزش به‌طور مرتب، مصرف میوه و سبزیجات، یا تفکیک زباله از درب منزل.
۲. هزینه: به معنای بهایی است که فرد در قبال در پیش‌گرفتن رفتار مورد نظر باید بپردازد. هزینه ممکن است مالی، روانی، جسمی، اجتماعی، احساسی یا زمانی باشد. پرداخت حق عضویت باشگاه ورزشی، پیمودن راه تا مرکز ترک سیگار، سخت بودن تغییر رژیم غذایی که دوست داریم، یا ناراحتی‌های جسمی ناشی از ترک مواد از جمله هزینه‌هایی هستند که افراد می‌پردازند. کاهش هزینه‌ها و به حداقل رساندن موانع انجام رفتار بر احتمال در پیش‌گرفتن رفتارهای مورد نظر می‌افزاید.
۳. مکان: در بازاریابی اجتماعی معانی گوناگونی دارد. مکان می‌تواند به محل عرضه کالا یا خدمات اطلاق شود. فروشگاه، داروخانه، کلینیک، بیمارستان، خانه بهداشت، مدرسه، دانشگاه، باشگاه، مسجد، و محل کار مثال‌هایی از این مورد هستند.
۴. ترویج: به چگونگی اشاعه محصول مورد نظر گفته می‌شود. ترویج معمولاً از طریق اطلاع‌رسانی یا تبلیغات انجام می‌گیرد. این مهم می‌تواند از طرق گوناگون از جمله رسانه‌های گروهی (تلویزیون، رادیو، مطبوعات، خبرنامه‌ها)، فضای مجازی، تابلوهای تبلیغاتی، مدارس و غیره عملی گردد.

نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

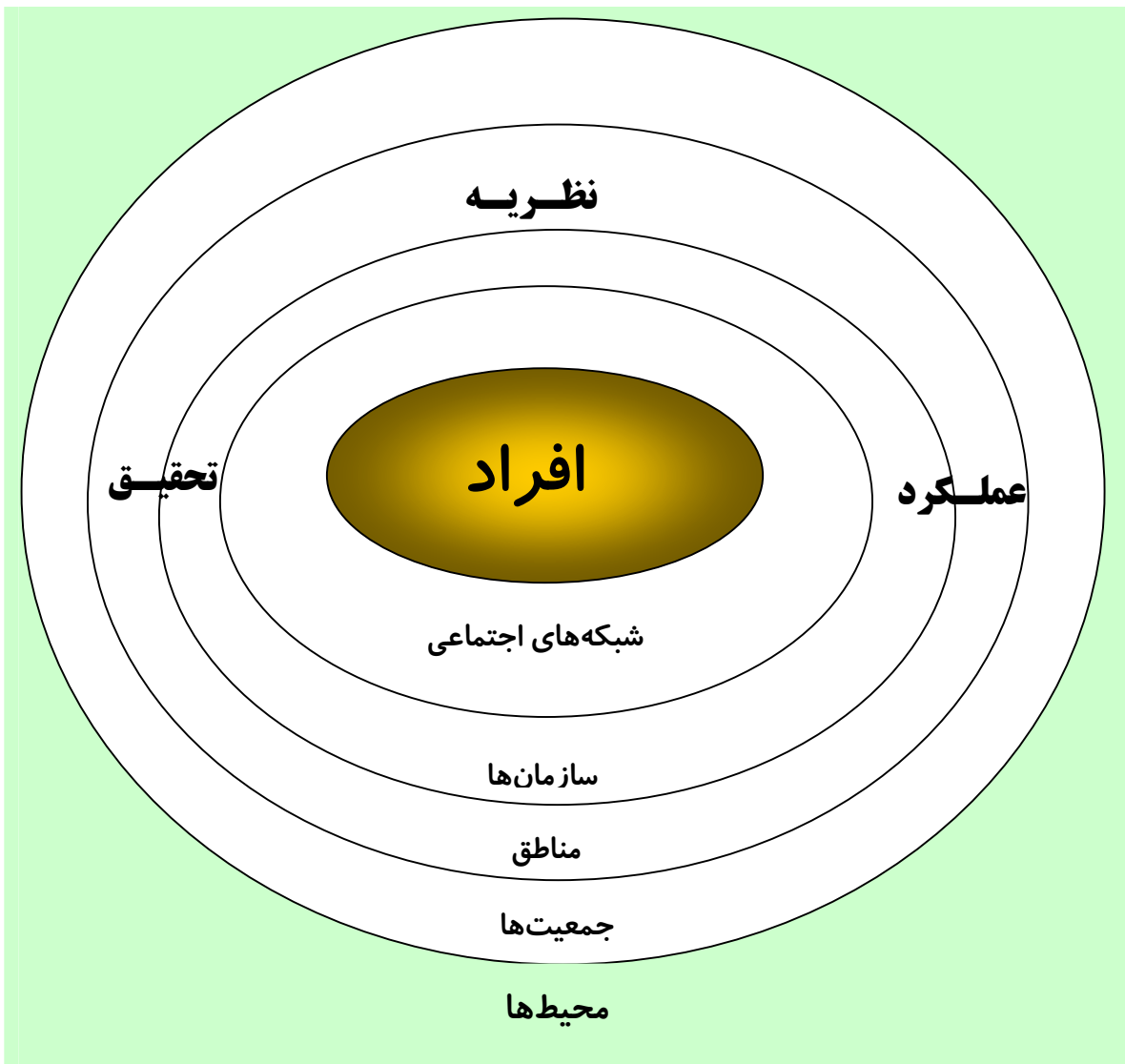
متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به‌منظور کمک به افراد گروه هدف جهت تغییر رفتار، می‌توانند از نظریه‌ها و الگوهای مناسب در این زمینه استفاده کنند. همانند الگوهای برنامه‌ریزی، هر یک از این نظریه‌ها و الگوها، بسته به سطح تأثیر مورد نظر، برای موقعیتی مناسب هستند. مک‌لیروی در الگوی بوم‌شناختی اجتماعی خود سطوح تأثیر را به ۵ مورد تقسیم کرده است (McLeroy et al., 1988):

- ۱) عوامل درون فردی
- ۲) عوامل میان فردی
- ۳) عوامل سازمانی
- ۴) عوامل اجتماعی
- ۵) سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها

بر اساس الگوی مک‌لیروی، رفتارهای بهداشتی بخشی از سامانه اجتماعی بزرگتر رفتارها و تأثیرهای

اجتماعی را تشکیل می‌دهند، همانند رودخانه، جنگل یا کویر که بخشی از سامانه زیست‌بوم بزرگتر (اکوسیستم) است. بنابراین، تغییر رفتار، نیاز به ایجاد تغییر در کل سامانه برای حمایت از رفتارهای بهداشتی دارد.

شکل ۳ - الگوی بوم‌شناختی اجتماعی را به صورت تصویری نشان داده است (Eng, 1997). برای فهم بهتر چگونگی کاربرد این رویکرد در فعالیتهای ارتقای سلامت، اجازه بدهید فرض کنیم متخصص آموزش بهداشت در نظر دارد با استفاده از این چارچوب، به گروهی برای ترک سیگار کمک کند.



شکل ۳ - چارچوب بوم‌شناختی اجتماعی

متخصص آموزش بهداشت می‌تواند بوسیله برنامه ترک سیگار، اطلاعات و مهارت‌های لازم برای ترک را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دهد. این تدبیری است فردی که در دایره مرکزی شکل نشان داده شده است. او می‌تواند از این رویکرد فردی فراتر رود و شبکه اجتماعی (مثل خانواده یا دوستان) فرد را هدف بگیرد. برای مثال، می‌توان به اعضای خانواده فرد سیگاری آموزش داد که چگونه از تغییر رفتار او حمایت کنند، این کاری است در سطح میان‌فردی. سپس می‌توان نهادهایی را که فرد به آنها تعلق دارد بررسی و آنها را به حمایت از رفتار جدید شخص تشویق کرد. اینها شامل کانون‌ها، مراکز فرهنگی اجتماعی، انجمن‌ها، یا محل کار فرد می‌شود. یک تدبیر در این سطح ممکن است شامل تشویق اداره برای ایجاد محیطی عاری از دود سیگار و وضع مقررات لازم در این زمینه باشد. پس از این مرحله، اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند بررسی می‌شود. نگرش غالب در مورد سیگار کشیدن چیست و برای حمایت از سیگار نکشیدن، چگونه می‌توان این نگرش‌ها را تعدیل کرد؟ آیا فرهنگ حاکم بر اجتماع فرد از محیط‌های بدون سیگار حمایت می‌کند؟ سرانجام آنکه در مرحله آخر متخصص ارتقای سلامت باید کل جامعه را در نظر بگیرد. آیا قوانینی که سیگار کشیدن را در اماکن عمومی محدود می‌کند وجود دارد، آیا مردم از این قوانین حمایت می‌کنند، آیا چنین قوانینی قابل اجرا هستند؟

مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

- ۱) الگوی باورهای بهداشتی
- ۲) الگوی مراحل تغییر
- ۳) نظریه یادگیری اجتماعی
- ۴) نظریه اشاعه نوآوری
- ۵) نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

الگوی باورهای بهداشتی

در اوایل دهه ۱۹۵۰، گروهی روانشناس اجتماعی از اداره خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده در تلاش برای فهم چرایی کوتاهی مردم در استفاده از خدمات بهداشتی پیشگیرانه موجود، یا انجام دادن آزمایش‌های تشخیصی برای تشخیص به‌هنگام بیماری‌های بی‌نشانه، الگوی باورهای بهداشتی را تدوین کردند (Rosenstock, 1966). بر اساس این الگو، احتمال در پیش گرفتن رفتار بهداشتی بستگی مستقیم به دو تحلیل دارد: اول، برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند، و دوم، تحلیل فرد از منافع و موانع عمل بهداشتی. همانگونه که در شکل ۴ مشاهده می‌کنید، عوامل متعددی بر درک فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند تأثیر می‌گذارند، این عوامل عبارتند از:

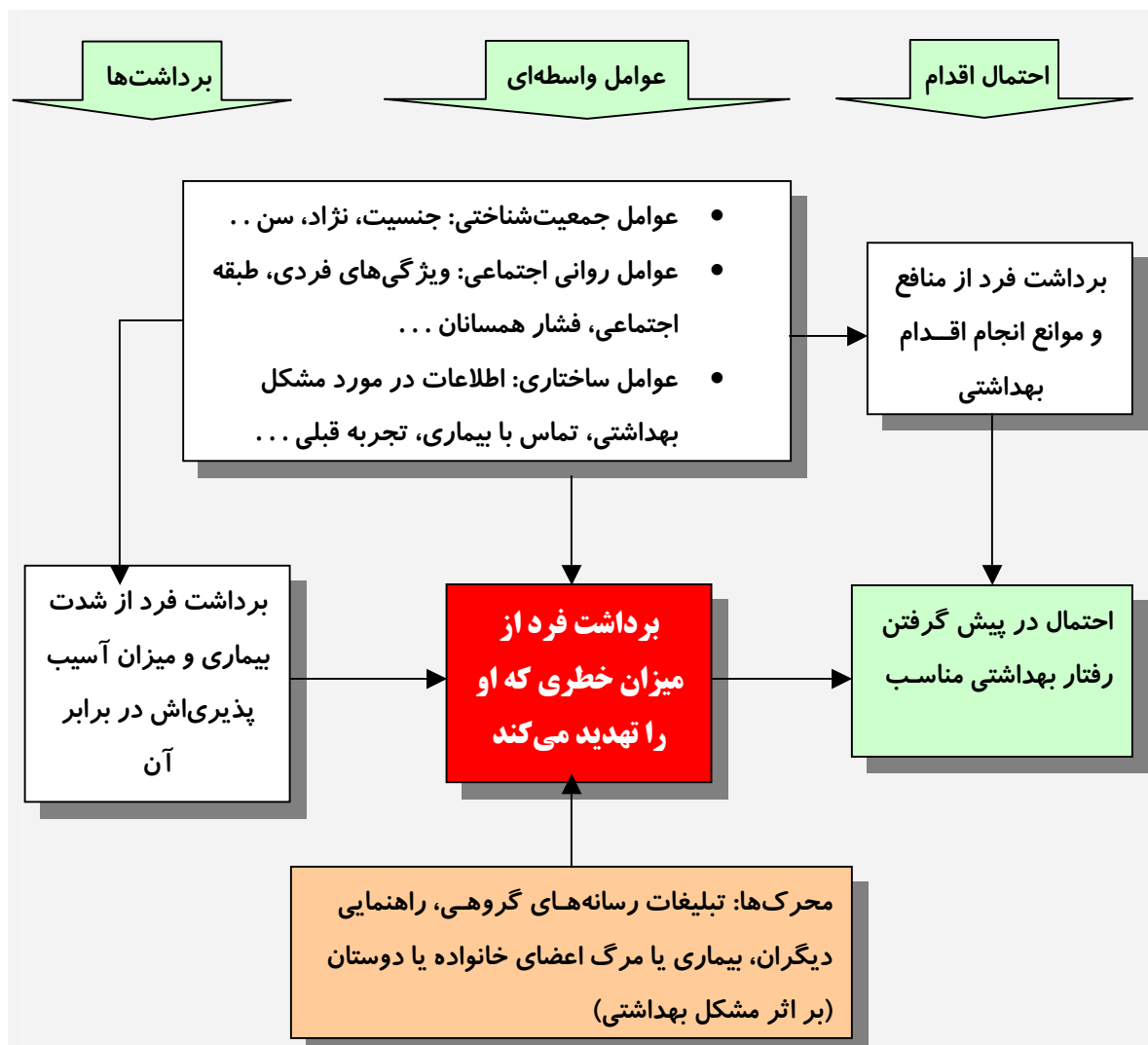
۱ - برداشت فرد از میزان آسیب‌پذیری اش نسبت به بیماری

افراد احتمال ابتلا به مشکلی بهداشتی را در نظر می‌گیرند. آنان هر چه خود را بیشتر مستعد ابتلا ببینند، احتمال دست به اقدام زدنشان بیشتر خواهد بود. به‌عنوان مثال، فرد سیگاری هرچه خود را بیشتر مستعد ابتلا به

بیماری سرطان ریه احساس کند، احتمال ترک سیگار در او بیشتر خواهد شد.

۲- برداشت فرد از میزان شدت بیماری

ذهنیت افراد در مورد عواقب بیماری متفاوت است. این برداشتها شامل ارزشیابی پیامدهای جسمانی (مانند درد، ناتوانی، مرگ)، و پیامدهای اجتماعی (مانند تأثیر بر زندگی خانوادگی، روابط اجتماعی و وضعیت شغلی) می‌شود. این پیامدها هرچه از نظر فرد جدی‌تر تلقی شود، احتمال انجام دادن اقدامات بهداشتی در او نیز بیشتر می‌شود.



شکل ۴ - الگوی باورهای بهداشتی

افزون بر این، احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تأثیر رشته‌های عوامل واسطه‌ای قرار دارد، عواملی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، نژاد و غیره)، عوامل روانی-اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، همسانان و غیره)، و عوامل ساختاری (اطلاعات در مورد بیماری، تجربه دوستان و غیره). محرک‌ها عواملی هستند که امکان دارد موجب تحریک اقدام بهداشتی شوند. این عوامل ممکن است درونی باشد (مانند نشانه‌های بیماری)، یا بیرونی (مانند تبلیغات رسانه‌های گروهی، توصیه پزشک، یا بیماری یا مرگ نزدیکان بر اثر مشکل بهداشتی).

۳- احتمال اقدام

آخرین مرحله از الگوی باورهای بهداشتی احتمال مبادرت ورزیدن به اقدام بهداشتی است. برای این کار، فرد باید باور کند که اقدام او برای پیشگیری، تشخیص و درمان به‌موقع یا کاهش شدت بیماری مؤثر واقع خواهد شد. طبیعی است که فرد، موانع اقدام بهداشتی را نیز در نظر می‌گیرد. این موانع ممکن است درونی باشد، مانند درد یا اضطراب، یا بیرونی باشد مانند هزینه، غیبت از کار، یا سختی دستیابی.

الگوی مراحل تغییر

بر اساس این الگو (Prochaska, et al., 1979)، تغییر رفتار ارادی شامل پنج مرحله است:

- ۱) **پیش‌قصد:** در این مرحله، تغییر رفتار هنوز مورد توجه فرد قرار نگرفته است، و امکان دارد او در مورد تغییر حتی فکر هم نکرده باشد.
- ۲) **قصد:** در این مرحله، فرد به وجود مشکل پی برده و تغییر رفتار را در نظر گرفته است، اما هنوز آماده دادن تعهد برای اقدام نیست.
- ۳) **تدارک:** در این مرحله، فرد آماده تغییر رفتار و برنامه‌ریزی برای رسیدن به یک هدف رفتاری، مانند ترک سیگار، است.
- ۴) **عمل:** در این مرحله، فرد، به‌طور آشکار، رفتار مورد نظر را در پیش می‌گیرد.
- ۵) **حفظ:** یا تثبیت، در این مرحله، فرد برای حفظ تغییرات و مقاومت در برابر وسوسه‌های بازگشت می‌کوشد.

بنابراین، برنامه‌های بهداشتی باید بر این اساس که گروه هدف در چه مرحله‌ای قرار دارد، طراحی شوند. وظیفه متخصصان آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت آن است که گروه هدف یا فرد را از مرحله‌ای به مرحله بعد هدایت کنند. در بسیاری از موارد، مرحله تغییر ممکن است مشخص نباشد. یکی از راه‌های تعیین مرحله تغییر، انجام دادن بحث گروهی با گروه هدف است.

نظریه یادگیری اجتماعی

بر اساس این نظریه، مهمترین نوع یادگیری افراد، فراگیری مشاهده‌ای است. بندورا (۱۹۷۷) معتقد بود که انسان‌ها از راه مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن یاد می‌گیرند و در این نوع فراگیری به تجربه مستقیم

نیازی نیست. برای مثال، تحقیقات نشان داده است در نوجوانانی که پدر و مادر یا دوستانشان مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف می‌کنند احتمال مصرف بیشتر است.

نظریه اشاعه نوآوری

شرحی است بر چگونگی اشاعه و پذیرش نوآوری‌ها در یک جمعیت. بر اساس این نظریه (Rogers, 1983)، اشاعه نوآوری ممکن است به صورت عمودی از بالا به پایین باشد، مانند آنچه از طرف متخصصان، صاحب‌نظران، هنرمندان، یا افراد با نفوذ دیگر اشاعه می‌یابد، و یا به صورت افقی به وسیله همسانان انجام شود. در فعالیت‌های ارتقای سلامت، نوآوری‌ها ممکن است به صورت نظر، فناوری، رفتار یا برنامه‌ای جدید باشد. راجرز، پذیرندگان نوآوری را به چهارگروه طبقه‌بندی کرده است: پیشگامان، زودپذیرندگان، اکثریت مقدم یا مؤخر، و اماندگان.

پیشگامان، نخستین کسانی هستند که یک نوآوری را می‌پذیرند. آنان معمولاً افرادی هستند که احساس امنیت می‌کنند، مستقل، جسور و با جرأتند، و ایجاد تغییر برایشان راحت‌تر است. آنان می‌توانند الگویی برای دیگران باشند. **زودپذیرندگان** کسانی هستند که به نوآوری علاقه دارند. این عده معمولاً شامل کسانی هستند که در نظام اجتماعی مورد اطمینان بوده و از رهبران فکری به‌شمار می‌آیند. از ویژگی‌های هر دو گروه تمایل به تصمیم‌گیری بر اساس تفکر و انتظارات معقولانه است. **اکثریت اولیه** گروهی هستند که امکان دارد علاقه‌مند به نوآوری، اما نیازمند انگیزه‌های بیرونی برای پذیرش باشند. **اکثریت مؤخر** شامل افرادی است که معمولاً دیرباورند و تا زمانیکه اکثریت مردم جامعه‌شان نوآوری را نپذیرند، خود را درگیر آن نمی‌کنند. **واماندگان** معمولاً یا جزو آخرین پذیرندگان نوآوری هستند و یا هیچگاه آن را نمی‌پذیرند.

متخصصان آموزش بهداشت می‌توانند از نظریه اشاعه نوآوری برای تعیین اهداف و جدول زمان‌بندی واقع‌بینانه استفاده کنند. آنان جهت تسریع فرایند اشاعه، می‌توانند در آغاز کار نوآوری‌های بهداشتی را برای پیشگامان و زودپذیرندگان مطرح کنند.

نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Fishbein & Ajzen, 1975)، قصد انجام دادن یک رفتار، تابعی است از:

- ۱) نگرش فرد نسبت به آن رفتار،
 - ۲) نظر افرادی که برایشان اهمیت قابل است در باره آن رفتار، و
 - ۳) برداشت فرد از سختی یا آسانی به‌انجام رساندن آن رفتار.
- برای مثال، بر اساس این نظریه، امکان ترک سیگار در فردی که ویژگی‌های زیر را داشته باشد بیشتر است:
- ۱) نگرش مثبت در مورد ترک سیگار داشته باشد (نگرش نسبت به رفتار)
 - ۲) تصور کند دیگرانی که برایشان ارزش قابل است ترک سیگار او را تأیید می‌کنند (هنجارهای انتزاعی)، و

۳) احساس کند توانایی ترک سیگار را دارد (احساس کارآمدی فردی).

نکات مهم در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

توجه به نکات زیر در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است:

- ۱) نیازسنجی یکی از مراحل مهم اینگونه برنامه‌هاست. برای تشخیص و اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی می‌بایست از میان روش‌های گوناگون نیازسنجی (به عنوان مثال: دلفی، فیش بول، تل استار، پریسید، مصاحبه با افراد کلیدی و مطلع، مصاحبه گروهی، مشاهده و غیره) روشی مناسب با وضعیت موجود را انتخاب کنید. این امر باعث شناخت اساسی مشکل و در نتیجه برنامه‌ریزی بهتر و جامع‌تر می‌گردد.
- ۲) گروه هدف را تعریف کنید. بعضاً زمانیکه از مسئولین پرسیده می‌شود برنامه برای چه کسانی باید تهیه شود پاسخ می‌دهند برای عام. با آنکه ممکن است مثلاً برنامه تلویزیونی که پخش می‌شود یا پوستری که در معابر نصب می‌شود را همه ببینند، اما برنامه‌ها و مواد آموزشی باید برای مخاطبین خاص خود تهیه شوند تا از کارایی لازم برخوردار گردند. خصوصیات مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، طبقه اجتماعی، فرهنگ، قومیت، زبان، باورها، آداب و رسوم و موارد دیگر باید برحسب نیاز در نظر گرفته شوند.
- ۳) اهداف کلی و اهداف ویژه برنامه را بنویسید. اهداف ویژه باید واضح، قابل اندازه‌گیری و قابل حصول در طی مدت زمان تعیین شده باشند. این کار برای ارزشیابی برنامه و انتخاب روش‌های مناسب رسیدن به آنها ضروری است.
- ۴) از منابع محدودی که در اختیار دارید بهینه استفاده کنید. از کارهای کم‌اثر و پرهزینه باید پرهیز کرد. بارها مشاهده شده است که بودجه‌های بهداشتی صرف تهیه و توزیع پوسترهایی می‌شود که هدف خاصی را دنبال نمی‌کنند، کلی هستند و مخاطبینشان نامشخص. باید از خود پرسید برنامه پاسخگوی کدامین نیاز بهداشتی جامعه است؟ چه تغییری ایجاد خواهد کرد؟ چند نفر از آن بهره‌مند خواهند شد؟ آیا این بهترین راه رسیدن به اهداف و هزینه کردن بودجه است؟
- ۵) با آنکه ارزشیابی یکی از مهمترین مراحل هر برنامه‌ای است، اما متأسفانه بهای لازم به آن داده نمی‌شود. از همان ابتدا باید کار را با پایش و ارزشیابی فرایند شروع کرد. برای افزایش اثرگذاری، بعضی اصلاحات می‌بایست در طی اجرای برنامه اعمال شوند، نمی‌توان تا پایان برنامه صبر کرد. نتایج حاصل از اجرای برنامه، مثبت یا منفی، راهگشای برنامه‌های بعدی خواهند بود.
- ۶) در صورتیکه فرایند آموزش بخشی از برنامه شما را تشکیل می‌دهد، مراحل آنرا با دقت طراحی کنید. این مراحل عبارتند از:
 - الف) تعیین اهداف آموزشی در سه حیطه معلوماتی، نگرشی و رفتاری که باید به‌طور دقیق و قابل اندازه‌گیری نوشته شوند؛
 - ب) آموزش شامل تعیین محتوا (چه مطالبی باید آموزش داده شود، و توالی موضوعات چگونه باشد) روش‌های آموزشی، مواد و وسایل کمک آموزشی، تکالیف فردی و گروهی برای فراگیران؛ و

ج) ارزشیابی (تدوین ابزار اندازه‌گیری، تجزیه و تحلیل نتایج). بررسی اعتبار و پایایی ابزار اندازه‌گیری مهمترین مسأله در فرایند ارزشیابی است.

۷) استفاده از روش‌های آموزشی گوناگون به کارآیی برنامه‌ها کمک می‌کند. یادگیری، فرایندی پیچیده است و افراد از راه‌های مختلف می‌آموزند، بعضی با خواندن، بعضی با شنیدن و بعضی با انجام پروژه. به همین دلیل بهتر است بر اساس اهداف برنامه و ویژگی‌های گروه هدف از ترکیبی از چند روش آموزشی استفاده کنید. این روش‌ها عبارتند از الف) روش‌های آموزش مستقیم از جمله: سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش افکار، نشان دادن عملی، کار گروهی، ایفای نقش، بازی و گیم، فعالیت فردی (مانند خودسنجی، مطالعه مطلب، حل مسئله، مطالعه موردی) و گروهی، بازدید علمی، شبیه‌سازی، تور مطالعاتی، کارگاه‌های آموزشی، دعوت از متخصصین یا افراد کلیدی یا با تجربه، دعوت از افراد تأثیرگذار (مثلاً: هنرمندان، پیشگامان، یا کسانی که مستقیم یا غیر مستقیم تحت تأثیر عوارض مشکل قرار دارند مثل دعوت از یک معتاد یا همسرش)، نمایش عروسکی، استفاده از سرود، و در کنار اینها استفاده از وسایل کمک آموزشی مناسب (مانند پاورپوینت، فیلم، اسلاید، وایت‌برد و غیره)؛ و ب) روش‌های آموزش غیر مستقیم، از جمله استفاده از رسانه‌های گروهی (مانند مطبوعات، رادیو، تلویزیون)، پوستر، بروشور، بیل‌برد، فضای مجازی، نمایشگاه و غیره.

۸) مواد آموزشی خود را حتماً بر روی گروه هدف امتحان کنید. آیا پیام یا مطلب برای آنها قابل فهم است، آیا به لحاظ فرهنگی برای آنها قابل قبول است، آیا تأثیرگذار است؟ چه بسا مواد آموزشی که در وزارتخانه‌ها تهیه و به استان‌ها ارسال می‌شود اما به دلیل عدم بومی‌سازی از کارآیی لازم برخوردار نیستند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

تغییر علل عمده مرگ‌ومیر از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن، توجه متخصصان را به یکی از علل عمده این بیماری‌ها، یعنی شیوه زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف ساخته است. عواملی مانند استعمال سیگار، الگوهای تغذیه‌ای ناسالم، کم تحرکی، مصرف مشروبات الکلی و تصادم‌ها از جمله مهمترین عوامل مؤثر بر بیماری و مرگ هستند.

نخستین انقلاب بهداشت عمومی باعث شد تا اواسط دهه ۱۹۵۰، بسیاری از بیماری‌های عفونی مهار شوند. دومین انقلاب، از سال ۱۹۷۴ و با هدف پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت آغاز شد. انقلاب دوم، پاسخی بود به مسائل حل نشده بهداشتی و هزینه‌های سرسام‌آور خدمات پزشکی و درمانی. با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در تأمین سلامت مردم، دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت در کشورهای پیشرفته به گونه‌ای چشمگیر گسترده‌تر شد. افزون بر عوامل رفتاری، تأکید متخصصان در طی چند دهه گذشته بر عوامل اقتصادی، محیطی، اجتماعی، و سیاسی مؤثر بر سلامت باعث شده است که فعالیت‌هایی همچون ایجاد تغییرات نهادی و سازمانی، حمایت‌های اجتماعی و وضع قوانین و مقررات حامی سلامت در گستره فعالیت‌های متخصصین این رشته قرار بگیرد.

اگر کشورهای پیشرفته، پس از صرف هزینه‌های بسیار در بخش خدمات و فناوری‌های پزشکی، به این

نتیجه رسیده‌اند که الگوی پزشکی پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه نیست و نمی‌تواند تأمین‌کننده سلامت افراد باشد و فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از بیشترین ظرفیت برای تأمین سلامت مردم برخوردار است، این امر در کشورهایی که از نظر منابع، کمیت و کیفیت خدمات پزشکی قابل قیاس با کشورهای صنعتی نیستند، ضروری‌تر می‌نماید.

با آنکه علل عمده مرگ و میر در کشور ما بیماری‌های قلبی عروقی، تصادم‌ها و سرطان‌ها هستند و جامعه با معضلات بزرگی از جمله اعتیاد، بزهکاری، روابط جنسی ناپایمن و طلاق مواجه است، برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت که راه حل اساسی و کم‌هزینه‌تر را فراروی جامعه قرار می‌دهند، هنوز جایگاه واقعی خود را در سامانه خدمات بهداشتی/درمانی پیدا نکرده است. هنوز عمده بودجه این بخش صرف خدمات درمانی و دارویی می‌شود.

در ایران سامانه خدمات بهداشتی اولیه در مهار بیماری‌های عفونی و مرگ‌های ناشی از آن‌ها بسیار موفق عمل کرده است. اما اکنون زمان آن رسیده است که از ظرفیت‌های عظیم برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت برای مهار بیماری‌های مزمن، مرگ‌های زودرس و حل معضلات بهداشتی اجتماعی بهره ببریم.

منابع

1. Bates, I. J., & Winder, A. E. 1984. *Introduction to Health Education*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
2. Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Califano, J. A. Jr. 1979. *A Message to Participants*. In U.S. Public Health Service: *Promoting Health: Issues and Strategies*. Pub. No 0-301-263. Washington D.C. US Government Printing Office.
4. Doak, C. C., et al. 1995. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. Lippencott Raven Publishers.
5. Eng, E. 1997. *Room with a View for a Change*. Keynote Address to the Annual Meeting of the National Society of Public Health Education, Indianapolis, IN.
6. Fishbein, M., & Ajzen, I. 1975. *Belief, Attitude, Intention and behavior; An Introduction to Theory and Research*. MA: Addison- Wesley.
7. Glanz, K., et al. 2015. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (Fifth ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
8. Green, L.W., et al. 1980. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
9. Green, L.W., & Kreuter, M. W. 1991. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
10. Green, L. W., Kreuter, M. W. 2005. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
11. Griffiths W. 1972. *Health Education Definitions, Problems, and Philosophies*. Health Education

Monographs, 31, 12-14.

12. McKenzie, J. F., & Smeltzer, J. L. 1997. *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs: A Primer* (2nd Ed.). Boston: Allyn and Bacon.

13. Mcleroy, K. R., et al. 1988. An Ecological Perspective for Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4) , 351-378.

14. O'Donnel, M. P. 1989. Definition of Health Promotion. Part III: Expanding the Definition. *American J. of Health Promotion*, 3, 5.

15. Patton, R. P., et al. 1986. *Implementing Health/Fitness Programs*. Champaign, IL: Human Kinetics.

16. Prochaska, J. O. 1979. *Systems of Psychotherapy: A Trans theoretical Analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.

17. Randall R. Cottrell and James T. Girvan, James F. McKenzie, Denise Seabert. 2017. *Principles and Foundations of Health Promotion and Education* (7th Edition). New York: Allyn Bacon Inc.

18. Rogers, E. M. 1983. *Diffusion of Innovation* (3rd Ed.) New York: Free Press.

19. Rosenstock, I. M. 1966. Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.

20. Ross, H. S. & Mico, P.R. 1980. *Theory and Practice in Health Education*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company .

21. Robinson, L., & Alles, W. F. 1984. *Health Education: Foundations for the Future*. ST. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.

22. Simonds, S. 1976. *Health Education in the Mid-1970s: State of the Art*. Preventive Medicine USA. New York: Prodist.

23. Sullivan, D. 1973. *Model for Comprehensive, Systematic Program Development in Health Education*. *Health Education Report*, 1, 1.

24. WHO. *Health in 2015: from MDGs to SDGs*. 2015. [Last accessed on 2019 February]. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>

25. WHO. *WHO Global Health Promotion Conferences*. [Last accessed on 2019 February]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

26. WHO. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. 2009. [Last accessed on 2019 February]. Available from: <https://www.slideshare.net/aimeprovidencemaniraguha/milestones-health-promotion-ok>.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۳ / گفتار ۲ / دکتر محمدحسین کاوه

مبانی ارتباطات بین فردی در محیط‌های مراقبت از سلامت

فهرست مطالب

۳۱۱	اهداف درس
۳۱۱	مقدمه
۳۱۲	چرا مطالعه‌ی ارتباطات بین فردی مهم است؟
۳۱۲	موفقیت شخصی و اجتماعی
۳۱۲	موفقیت حرفه‌ای
۳۱۳	ماهیت ارتباطات بین فردی
۳۱۴	ارتباط بین فردی متضمن تعامل (کنش و تأثیرگذاری متقابل) افراد مستقل با یکدیگر است
۳۱۵	ارتباط بین فردی ذاتاً رابطه‌ای است
۳۱۶	ارتباط بین فردی روی یک طیف (گستره) قرار دارد
۳۱۷	ارتباط بین فردی مشتمل بر پیام‌های کلامی و غیرکلامی است
۳۱۸	ارتباط بین فردی در اشکال متنوعی رخ می‌دهد
۳۱۸	ارتباط بین فردی مشتمل بر انتخاب‌ها یا گزینه‌ها است
۳۲۰	عناصر ارتباط بین فردی
۳۲۷	اصول ارتباط بین فردی
۳۲۷	ارتباط بین فردی فرایندی بر-هم - کنشانه (transactional process) است
۳۲۹	ارتباط بین فردی هدفمند است
۳۳۰	ارتباط بین فردی با ابهام همراه است
۳۳۱	روابط بین فردی ممکن است قرینه‌ای یا مکمل باشند
۳۳۱	ارتباط بین فردی معطوف به محتوا و رابطه است
۳۳۲	ارتباط بین فردی مجموعه‌ای از رویدادهای نقطه گذاری شده است
۳۳۳	ارتباط بین فردی گریزناپذیر، برگشت ناپذیر، و تکرارناپذیر است
۳۳۵	منابع:

مبانی ارتباطات بین فردی در محیط‌های مراقبت از سلامت

Principles of interpersonal communication in health care settings

دکتر محمدحسین کاوه

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- دلایل اهمیت ارتباطات بین فردی را در زندگی شخصی و حرفه‌ای توضیح دهد
- خصوصیات ذاتی ارتباطات بین فردی را بیان کند
- عناصر کلیدی تشکیل دهنده فرایند ارتباط بین فردی را در قالب یک نمودار ترسیم نماید
- هر یک از عناصر تشکیل دهنده فرایند ارتباط بین فردی را به شکل کاربردی تعریف کند
- اصول مهم ارتباط بین فردی را با ذکر دلالت‌های کاربردی هر کدام شرح دهد
- اهداف (کارکردهای) ارتباط بین فردی را همراه با ذکر مصادیق عملی توضیح دهد.

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی و ناگزیر از برقراری ارتباط بین فردی برای رفع نیازهای خود یا دیگران است. برای کسانی که در محیط‌های مراقبت از سلامت به ارائه‌ی خدمت می‌پردازند، ارتباطات انسانی جزء جدانشدنی از فعالیت‌ها و فرایندهای کاری آنان است. عامل اولیه و بنیادی در حوزه‌ی مراقبت سلامت، رابطه‌ی بین افراد، پزشک یا پرستار و بیمار همچنین ارائه‌دهندگان مراقبت با یکدیگر است. **مهارت‌های ارتباط بین فردی، پیوسته به عنوان مجموعه‌ی مهارتی بسیار مهم که یادگیری آن برای پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت الزامی قلمداد می‌شود، توصیف شده است.** این مجموعه مهارتی، تعیین‌کننده‌ی کلیدی برای رضایتمندی بیمار، پیشگیری از خطاهای پزشکی، پیروی بیمار، و رضایت آگاهانه‌ی واقعی است. ارتباط اثربخش برای تصمیم‌گیری مشارکتی و دوطرفه در مراقبت، و کارآمدی خدمات سلامت، امری حیاتی است.

مهارت‌های ارتباطی خوب برای اثربخشی مراقبت‌های سلامت، امری اساسی است. ارتباط نه تنها برای تعامل بیمار - ارائه‌دهنده‌ی مراقبت حرفه‌ای، بلکه درون تیم مراقبت سلامت نیز اهمیت دارد. از جمله فواید ارتباط

اثربخش، روابط کاری خوب و افزایش رضایتمندی بیمار است. ارتباط اثربخش می‌تواند درک بیمار را از درمان افزایش دهد، تمکین را بهبود بخشد و در برخی موارد، به بهبود وضعیت سلامت، منجر شود. همچنین موجب می‌شود که رابطه‌ی بیمار - ارائه دهنده‌ی مراقبت حرفه‌ای بیشتر متوازن و انسانی گردد. این گفتار به معرفی ارتباطات بین فردی می‌پردازد و دلایل اهمیت آن را تشریح می‌نماید. در این گفتار ماهیت، اجزاء و اصول این ارتباطات را بررسی می‌کنیم.

چرا مطالعه‌ی ارتباطات بین فردی مهم است؟

سؤال دیگر ممکن است این باشد که "من با مطالعه و یادگیری ارتباطات بین فردی چه سودی می‌برم؟" یادگیری و توسعه شناخت و درک از پدیده‌های طبیعی و انسانی جزء عمده یا اصلی وجود بشر است. به همان اندازه که شما به شناخت و درک علوم مختلف مانند تاریخ، علم تجربی، جغرافیا، و ریاضیات نیاز دارید، به درک نحوه‌ی تعامل مردم با یکدیگر، طرق گوناگون آن (رو در رو، با رسانه، یا بر خط) و تأثیراتی که بر یکدیگر می‌گذارند نیز محتاج هستید. در جریان مطالعه‌ی این گفتار شما با موقعیت‌ها و از طرف دیگر مهارت‌هایی آشنا می‌شوید که برای موفقیت شخصی و اجتماعی همچنین حرفه‌ای شما حائز اهمیت بسیارند.

موفقیت شخصی و اجتماعی

موفقیت و شادکامی شخصی شما بستگی زیادی به اثربخشی تان به عنوان یک ارتباط‌گر بین فردی دارد. روابط دوستانه‌ی نزدیک و عاطفی عمدتاً از طریق تعاملات بین فردی شما ایجاد، حفظ، و گاهی تخریب می‌شوند. همین طور موفقیت شما در روابط خانوادگی بستگی بسیار زیادی به ارتباط بین فردی در بین اعضای خانواده دارد. برای مثال، در پیمایشی از اندکی بیش از ۱۰۰۰ فرد بزرگتر از ۱۸ سال، ۵۳ درصد آنان احساس می‌کردند که فقدان ارتباط اثربخش و مناسب، علت اصلی شکست در ازدواج است - به طور بارز بیشتر از کسانی که فکر می‌کردند وضعیت مالی، عامل مهمی است (۳۸ درصد) یا آنان که تعارض‌های فامیلی را دلیل اصلی می‌پنداشتند (۱۴ درصد).

به همین نحو، موفقیت اجتماعی شما در تعامل با همسایگان، آشنایان، دوستان، همکاران و کسانی که هر روز با آنان ملاقات و مراوده دارید، بستگی به توانایی شما در برقراری گفت و گوی رضایت‌بخش دارد، گفت و گویی که راحت، آرامش دهنده و لذت بخش باشد.

موفقیت حرفه‌ای

توانایی برقراری و توسعه‌ی ارتباطات بین فردی به طور گسترده و نزد اکثر افراد به عنوان کلید موفقیت شغلی و حرفه‌ای قلمداد می‌شود. از مصاحبه‌ی اولیه‌ای که برای تحصیل در یک دانشکده یا محل کار داشته‌اید تا کارآموزی و مشارکت در انجام کارها و سپس رهبری و مدیریت جلسات، مهارت‌های شما در ارتباطات بین فردی است که عمدتاً موفقیت شما را تعیین می‌کند.

برای نمونه، در مطالعه‌ای دیده شده که در بین ۲۳ خصلتی که در تصمیمات استخدامی "بسیار مهم"

خودآزمایی

در باره‌ی ارتباطات بین فردی چگونه می‌اندیشید؟

هر کدام از عبارت‌های زیر را بخوانید؛ برای عبارت‌هایی که از نظر شما صحیح هستند حرف "ص" و برای عبارت‌هایی که معتقدید نادرست هستند حرف "غ" را درج نمایید.

- ۱. ارتباط گران خوب ساخته نمی‌شوند، بلکه این گونه زاده می‌شوند.
- ۲. هر چه بیشتر ارتباط برقرار کنید، بهتر خواهید بود.
- ۳. در ارتباطات بین فردی تان، راهنمایی خوب برای پیروی این است که هر چه می‌توانید باز، همدلانه، و حمایت‌گرانه عمل کنید.
- ۴. بهترین راهنما هنگام برقراری ارتباط با کسانی که از فرهنگ‌ها، قومیت‌ها یا طبقات اجتماعی - اقتصادی دیگر هستند این است که تفاوت‌ها را نادیده بگیرید و با فرد مقابل درست مانند اعضای دیگر فرهنگ خودتان رفتار کنید.
- ۵. ترس از ملاقات افراد جدید مخرب است و بایستی رفع و ریشه کن شود.
- ۶. زمانی که اختلاف یا تعارضی در میان باشد، رابطه‌ی شما در خطر است.

چطور پاسخ دادید؟ همان طور که احتمالاً دقت کرده‌اید، تمام شش عبارت به طور کلی نادرست بودند. به موازات توسعه‌ی دانش شما در زمینه‌ی ارتباطات بین فردی، کشف خواهید کرد که نه تنها این باورها نادرست هستند بلکه اگر آنها را درست فرض کنید دچار مشکل خواهید شد. فعلاً، و به طور خلاصه، برخی از دلایل نادرستی هر کدام از عبارت‌ها را بیان می‌کنیم.

- ۱) ارتباط اثربخش، مهارتی آموختنی است؛ اگرچه برخی از مردم باهوش‌تر یا برونگراتر متولد می‌شوند، همه می‌توانند توانایی‌های خودشان را بهبود دهند و ارتباط‌گران اثربخش تری شوند.
- ۲) کمیت ارتباطاتی که مردم برقرار می‌کنند مهم نیست، بلکه کیفیت آنها اهمیت دارد؛ اگر عادات بد را انجام دهید، احتمال بیشتری دارد که نامؤثر رشد کنید تا این که فردی مؤثر و موفق شوید، بنابراین مهم است که الگوهای صحیح را یاد بگیرید و اصول اثربخشی و موفقیت را دنبال کنید.
- ۳) هر موقعیت ارتباطی منحصر به فرد است و بنابراین نوع ارتباطی که در یک موقعیت، مناسب است ممکن است در موقعیتی دیگر مناسب نباشد.
- ۴) این پیش فرض احتمالاً شما را با مشکل مواجه می‌سازد، زیرا مردمی که فرهنگ‌های متفاوتی دارند اغلب به یک پیام معانی متفاوتی نسبت می‌دهند؛ همچنین اعضای فرهنگ‌های مختلف از قواعد متفاوتی برای آن چه که ارتباط بین فردی مناسب قلمداد می‌شود و آنچه که نامناسب محسوب می‌گردد پیروی می‌کنند.
- ۵) بسیاری از مردم هنگام ملاقات با افراد جدید، بیمناک و مضطرب هستند. به ویژه اگر آن‌ها کسانی باشند که مقام و اقتدار دارند؛ اگر این ترس را نادیده نگیرید، بلکه مدیریت کنید شما را قادر خواهد ساخت تا صرف‌نظر از سطح ترسی که اکنون دارید تأثیرگذار بشوید.
- ۶) تمام روابط معنی دار با تجربه‌ی تعارض همراهند؛ صرف وجود تعارض، روابط را مختل نمی‌کند، بلکه اگر این تعارض به نحو غیر اثربخشی مدیریت شود، می‌تواند اغلب به رابطه آسیب برساند.

چه خواهید کرد؟ شاید همین جا مناسب باشد که به تمرین مهارت تفکر نقادانه با زیر سؤال بردن پیش فرض‌های ذهنی رایج در باره‌ی ارتباطات بین فردی همچنین خودتان به عنوان یک ارتباط‌گر بین فردی بپردازید. برای مثال، در نظر بگیرید چه باورهای دیگری در باره‌ی ارتباطات و در باره‌ی خودتان به عنوان یک ارتباط‌گر دارید. این باورها چگونه بر ارتباطات شما تأثیر می‌گذارند؟

رتبه بندی شده بودند، "مهارت‌های ارتباطات و تعاملات بین فردی" نزد ۸۹ درصد از استخدام کنندگان در صدر

فهرست (اولویت اول) بود. این مهارت‌ها بسیار بالاتر از سایر خصلت‌هایی بود که در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. مهارت‌های بین فردی "مزیت مهمی برای پیشرفت در حوزه‌های مالی و تجاری" ایجاد می‌کند، نقشی مهم در جلوگیری از خصومت‌ها در محیط کار دارد، اتفاق‌های ناگوار در پزشکی را کاهش می‌دهد، ارتباط پزشک-بیمار را بهبود می‌بخشد، و یکی از شش حوزه‌ی تشکیل دهنده‌ی صلاحیت و شایستگی حرفه‌ای پزشکان و کارآموزان است. در پیمایشی از کارفرمایانی که از آنها سؤال شده بود کارکنان باید بر چه چیزی تأکید و اهتمام بیشتری داشته باشند، ۸۹ درصد "توانایی ارتباط اثربخش کلامی و نوشتاری" را بالاتر از تمام مهارت‌های فهرست شده قلمداد کردند. و در همان پیمایش وقتی که سؤال شد چه چیزی دانشجویان را برای موفقیت و پیشرفت مهیا می‌کند، بیشتر مدیران (۸۴ درصد) "مهارت‌های ارتباطی" را مورد تأکید قرار دادند. مهارت‌های ارتباط بین فردی در تمام حرفه‌ها و مشاغل اهمیت دارند.

روشن است که مهارت‌های ارتباط بین فردی برای موفقیت در کارها نقش حیاتی دارند. هر چه شما بیشتر در باره‌ی ارتباطات بین فردی آگاه و عالم باشید، بینش و دانش بیشتری در باره‌ی این که چه خصلت‌ها و کنش‌هایی اثربخش و موفقیت‌زا هستند و چه خصلت‌هایی موثر و سازنده نیستند، به دست خواهید آورد. هر چه مهارت‌های بیشتری در عرصه‌ی راهبردهای ارتباطات بین فردی داشته باشید، گزینه‌ها و قدرت انتخاب شما برای برقراری ارتباط در موقعیت‌های گوناگون بیشتر خواهد بود. به طور خلاصه، هر چه *دانش و مهارت‌های بیشتری داشته باشید، احتمال موفقیت شما در دستیابی به اهداف بین فردی بالاتر خواهد بود.*

به عنوان پیش درآمدی بر مطالعه، واکاوی و شفاف‌سازی پیش فرض‌ها یا گرایش‌های ذهنی خودتان در باره‌ی ارتباطات بین فردی مفید خواهد بود. بدین منظور اجرای یک خودآزمایی کوتاه مثل آزمونی که در صفحه قبل پشت سر گذاشتیم، پیشنهاد می‌شود.

ماهیت ارتباطات بین فردی

ارتباط بین فردی تعامل کلامی و غیرکلامی بین دو (یا گاهی بیشتر) فرد مستقل است. این تعریف نسبتاً ساده بر تعدادی از ویژگی‌های ارتباط بین فردی، دلالت می‌کند که به آن‌ها می‌پردازیم.

ارتباط بین فردی، متضمن تعامل (کنش و تأثیرگذاری متقابل) افراد مستقل با یکدیگر است

ارتباط بین فردی، ارتباطی است که بین افرادی که به نحوی با یکدیگر پیوند دارند واقع می‌گردد؛ برای مثال، بین پسری و پدرش، کارمندی و کارفرمایش، دو خواهر یا برادر، معلم و دانش آموز، دو دوست. اگرچه ماهیت ارتباط بین فردی عمدتاً دو نفره است، این ارتباطات اغلب گروه‌های کوچک صمیمی مثل خانواده را نیز در بر می‌گیرد. حتی در خانواده نیز ارتباطاتی که واقع می‌شود اغلب دو سویه - مادر و فرزند، پدر و مادر، برادر و خواهر و از این قبیل، هستند.

بعضی، ارتباطات دوستانه‌ی مبتنی بر شبکه‌های اجتماعی مانند فیس‌بوک که طی آن‌ها پیامی همزمان به چندین دوست نزدیک و صمیمی فرستاده می‌شود و آنها بدان پاسخ می‌دهند را نوعی ارتباط بین فردی قلمداد می‌کنند و برخی صاحب نظران این را قبول ندارند. برخی نظریه پردازان گفت و گوهای جمعی (collective)

(chats) در فضای مجازی را نیز ارتباط بین فردی محسوب می‌نمایند.

افرادی که به ارتباطات بین فردی می‌پردازند نه تنها با یکدیگر پیوند دارند، بلکه آنان مستقل نیز هستند؛ کنش‌های یک شخص، نتایج و اثراتی را برای شخص دیگر به همراه دارد. برای مثال، در یک خانواده، درگیری فرزند با پلیس بر والدین، سایر فرزندان، اعضای خانواده‌ی گسترده و شاید دوستان و همسایگان تأثیر بگذارد. تعامل اثربخش برای دستیابی به رضایتمندی بیمار، تصمیم‌گیری مشارکتی و دو طرفه در مراقبت، و کارآمدی خدمات سلامت، امری حیاتی است. این تعامل، برای ارتقا و بهبود روابط بین فردی در محیط کار بین گروه‌های حرفه‌ای و هم‌تایان نیز عاملی اساسی است. اما، شواهد حاکی از این است که مرادفات بین فردی در محیط‌های مراقبت سلامت، اعم از ارتباط ارائه‌دهنده‌ی مراقبت - بیمار و یا ارتباط کارکنان با یکدیگر، با کاستی‌هایی همراهند و با ظرفیت بهینه اجرا نمی‌گردند. نارسایی‌های ارتباطی به مشکلات و پیامدهای نامطلوب بسیاری همچون اشتباه در تشخیص، خطا در مداخلات درمانی مثل تجویز دارو یا اعمال جراحی، برداشت‌های نادرست، تمکین ناکافی نسب به برنامه‌ی مراقبتی، و تعارض‌های بین فردی منجر می‌شوند. مطالعات نشان می‌دهد که در بسیاری از مواجهه‌های طبی / مراقبتی، فرصت کافی برای بیان مشکلات، سوالات و دغدغه‌ها در اختیار بیماران قرار داده نمی‌شود. همچنین، در بسیاری از موارد تنها ۵۰ درصد از تمام شکایات و دغدغه‌های بیماران، شناسایی و رسیدگی می‌شوند؛ در ۵۰ درصد از ملاقات‌ها، بیمار و پزشک در مورد ماهیت مسئله با یکدیگر توافق ندارند؛ به طور متوسط، پزشکان اغلب پس از ۱۸ ثانیه از زمانی که بیمار به توضیح مشکلش می‌پردازد سخنان او را قطع می‌کنند؛ جالب است بدانید بیشتر شکایات علیه سوءعملکرد پزشکان به خطاهای ارتباطی مربوط می‌شود نه صلاحیت حرفه‌ای و رایج‌ترین شکایت بیماران این است که پزشکان، اطلاعات در اختیار آنان قرار نمی‌دهند.

ارتباط بین فردی ذاتاً رابطه‌ای است

به دلیل وابستگی متقابل، ارتباط بین فردی ناگزیر و اساساً ماهیت رابطه‌ای دارد؛ ارتباط بین فردی درون رابطه رخ می‌دهد، بر رابطه تأثیر می‌گذارد و رابطه را تعریف می‌کند.

نحوه‌ای که شما ارتباط برقرار می‌کنید تا حد زیادی متأثر از نوع رابطه‌ای است که بین شما و شخص دیگر وجود دارد. شما با مربی ارتباط بین فردی خود به گونه‌ای متفاوت از بهترین دوست خود تعامل می‌کنید؛ تعامل شما با برادر یا خواهرتان با تعامل شما با همسایه، همکار، یا فردی که اتفاقی با او آشنا شده‌اید بسیار فرق می‌کند. ارتباط شما از طریق فیسبوک (Facebook) و توئیتر (Tweeter) به گونه‌ای بسیار متفاوت از نحوه‌ی تعامل تان در یک موقعیت رودررو است.

همچنین نحوه‌ای که شما ارتباط برقرار می‌نمایید و روشی که تعامل می‌کنید، بر نوع رابطه‌ای که ایجاد می‌کنید تأثیر خواهد گذاشت. اگر شما به شیوه‌ای صمیمانه با شخصی تعامل کنید، به احتمال زیاد رابطه‌ای دوستانه را به وجود خواهید آورد. در صورتی که مکرر پیام‌های آزاردهنده و نفرت‌انگیزی را مبادله کنید، به احتمال زیاد رابطه‌ای خصمانه را ایجاد خواهید کرد. اگر نسبت به فرد دیگر مرتباً اظهار احترام و حمایت کنید، احتمال این

که رابطه‌ای احترام آمیز و حمایتی به وجود آید بسیار زیاد است. مطمئناً این یکی از واضح‌ترین تجربه‌ها یا مشاهداتی است که شما می‌توانید در خصوص ارتباط بین فردی داشته باشید. اما، بسیاری از مردم اهمیت و قدر این رابطه‌ی بسیار روشن را بین آنچه که می‌گویند و رابطه‌هایی که ایجاد (یا تخریب) می‌شوند نمی‌دانند.

ارتباط بین فردی روی یک طیف (گستره) قرار دارد

ارتباط بین فردی وضعیتی خاص و ثابت نیست، بلکه می‌تواند وضعیت‌های پویایی روی یک طیف یا گستره باشد (شکل ۱) که از وضعیتی نسبتاً غیرشخصی (impersonal) تا بسیار شخصی (highly personal) امتداد دارد. در انتهای وضعیتی غیرشخصی و به عبارتی غیر خصوصی طیف، شما گفتگویی ساده را بین مردم شاهد هستید که واقعاً یکدیگر را نمی‌شناسند؛ برای مثال، فروشنده و مشتری. در انتهای بسیار شخصی (صمیمانه و خصوصی) طیف ارتباط بین کسانی اتفاق می‌افتد که پیوند بسیار صمیمانه و نزدیکی با هم دارند؛ برای مثال، پدر و پسر، دو عاشق و معشوق قدیمی، یا بهترین دوستان. تعداد خصوصیات، شکل‌های غیرشخصی و شخصی ارتباط را از یکدیگر متمایز می‌کنند.

• نقش در مقابل اطلاعات شخصی. در نمونه‌ی غیرشخصی ارتباط، افراد معمولاً بر اساس نقش‌هایی

که در حال حاضر دارند و ایفا می‌کنند به یکدیگر پاسخ می‌دهند؛ فروشنده با مشتری به عنوان فردی خاص و آشنا رفتار نمی‌کند بلکه به عنوان یکی از چندین مشتری دیگری که دارد، تعامل می‌کند. اما، پدر و پسر با یکدیگر به عنوان افراد ویژه تعامل می‌کنند و بر اساس اطلاعات شخصی و خصوصی با هم رفتار می‌نمایند.

• قواعد اجتماعی در مقابل قواعد شخصی. فروشنده و مشتری بر اساس قواعدی که جامعه برای

تعامل میان فروشنده - مشتری تعیین می‌کند، با یکدیگر رفتار می‌نمایند. از طرف دیگر، پدر و پسر بر اساس قواعدی که شخصاً ایجاد کرده‌اند با هم تعامل دارند. برای مثال، نحوه‌ای که یکدیگر را صدا می‌کنند، یکدیگر را لمس می‌کنند، و درجه‌ی نزدیکی فاصله‌ی فیزیکی، منحصر به خود آنهاست و توسط خود آنها تعیین می‌شوند نه جامعه.

• پیام‌های اجتماعی در مقابل پیام‌های شخصی. تفاوت دیگر در پیام‌هایی است که رد و بدل

می‌شوند. برای مثال، پیام‌هایی که فروشنده و مشتری مبادله می‌کنند ماهیتاً غیرشخصی اند؛ اطلاعات شخصی ناچیزی (در حد صفر) مبادله می‌شود و محتوای عاطفی نیز ناچیز (در حد صفر) است. اما، در مثال پدر و پسر پیام‌ها ممکن است طیف و تنوع وسیعی داشته باشند؛ بعضی مواقع بسیار شخصی و صمیمانه و پر از اطلاعات شخصی و حجم زیادی از احساسات و عواطف است.



شکل ۱. گستره ارتباطات بین فردی. این شکل، مثالی برای نشان دادن تنوع ارتباطات بین فردی است. می‌توان مصادیق دیگری نیز روی این طیف در موقعیت‌های مختلف نشان داد. شما ممکن است بخواهید طیف مورد نظر خودتان را ترسیم نمایید.

ارتباط بین فردی مشتمل بر پیام‌های کلامی و غیر کلامی است

تعامل بین فردی مبادله‌ی هر دوی پیام‌های کلامی و غیر کلامی را شامل می‌شود. کلمات، همچنین حالات چهره‌ای که به کار می‌برید، تماس چشمی شما، و وضعیت بدنی تان - در تعامل چهره به چهره - و متن، تصاویر و ویدیوهای برخط (online) شما، پیام‌های بین فردی را انتقال می‌دهند. همین طور، شما پیام‌های بین فردی را از طریق حواس خودتان؛ شنوایی، بینایی، بویایی، و لامسه، دریافت می‌کنید. حتی سکوت نیز پیام‌هایی بین فردی منتقل می‌کند.

ارتباط کلامی خوب، توانایی توضیح، همچنین ابراز واضح ایده‌ها از طریق واژگان در سخن، و گوش دادن دقیق به دیگران است. مهارت‌های ارتباط کلامی عبارتند از: گوش دادن، واگویی سخنان گوینده (تکرار مجدد آنچه که فرد گفته است به شکلی متفاوت)، شفاف سازی، تلخیص و پرسیدن سؤالات.

ارتباط غیر کلامی که اغلب به عنوان زبان بدن نیز نامیده می‌شود شامل تمام اشکال ارتباطی است که از طریقی غیر از واژه‌ها ایجاد می‌شود و در برگیرنده‌ی حالات چهره، نحوه‌ی نگاه کردن، فاصله‌ی فیزیکی بین فردی، حرکات بدن، لمس، رفتار صوتی، و برخی موارد دیگر است. ارتباط غیر کلامی تأثیر اساسی بر ادارک فرد از گفتگو دارد. پژوهش نشان داده است که پیام‌های کلامی پزشکان بر اعتماد بین فردی بیماران تأثیر می‌گذارند. اما، نحوه‌ای که پزشکان پیامی را منتقل می‌کنند - یعنی ارتباط غیر کلامی - به اندازه‌ی محتوای کلامی اطلاعاتی که ارائه می‌نمایند، اهمیت دارد. رفتار غیر کلامی ارتباط ویژه‌ای با تبادل اجتماعی - هیجانی دارد. رفتار پزشکان مانند خم شدن به جلو، تکان دادن سر، نشستن نزدیک بیمار و صرف وقت کمتری برای خواندن یادداشت‌ها با رضایت بیماران همراه و مرتبط بوده است.

تعامل چهره به چهره (شامل ابراز حالات چهره و تماس چشمی)، لمس، زبان بدن، نشانه‌های فرازبانی (ارتباط صوتی که متمایز از زبان بالفعل است)، نزدیک بودن فاصله‌ی بین فردی، ظاهر فیزیکی و حالات بدن

همگی گفتگوی کلامی را گویاتر و معنادارتر می‌کنند. سه رفتار غیر کلامی که از لحاظ اعتماد بیماران نسبت به پزشکانشان بالقوه مهم و تأثیرگذارند، عبارتند از: تماس چشمی، موقعیت بدن و لبخند. تماس مداوم چشمی بین پزشکان و بیمارشان با افزایش رضایتمندی بیمار، فاش کردن اطلاعات و درک بیماران ارتباط دارد. از آن طرف، استفاده مدام از رایانه‌ها و پرونده‌های الکترونیکی بیمار در حین مشاوره حفظ تماس چشمی پزشک با بیمار را با مشکل مواجه می‌سازد. طرز قرار گرفتن بدن پزشک نیز ممکن است بر اعتماد تأثیر بگذارد. پزشکان با وضع قرارگیری بدن خود می‌توانند حس مشارکت دادن را منتقل کنند. اگر پزشکان فاصله‌ی فیزیکی کمتری را داشته باشند (خم شدن به سمت بیمار) و رو به سمت بیمار بایستند یا بنشینند، به نظر می‌رسد که به ارزیابی‌های مثبت‌تری از جانب بیمار، منجر می‌شود. رفتار غیر کلامی سوم که اهمیت خاصی نیز در بخش‌های سرطان دارد، لبخند بر لب داشتن و استفاده از مطالبه و مزاح بین پزشک و بیمار است. لبخند در مشاوره ممکن است نشانه‌های مطلوبی همچون تشویق، همدلی، یا درک را منتقل کند.

یکی از تصورات اشتباه در ارتباطات این است که گفته می‌شود ارتباط غیر کلامی مسئول بیش از ۹۰ درصد از معنای هر پیامی را تشکیل می‌دهد. در واقع، این بستگی دارد. در برخی موقعیت‌ها، رمزها یا نشانه‌های (signals) غیر کلامی، شاید ابراز عواطف و هیجانات قوی، واقعاً معنای بیشتری را حمل می‌کنند و انتقال می‌دهند تا کلماتی را که به کار می‌برید. اما در مواقع دیگر، برای مثال زمانی که شما در باره‌ی حسابداری یا علوم صحبت می‌کنید، رمزهای کلامی اطلاعات بیشتری را منتقل می‌کنند. البته بیشتر اوقات آنها (پیام‌های کلامی و غیر کلامی) با یکدیگر کار می‌کنند.

ارتباط بین فردی در اشکال متنوعی رخ می‌دهد

ارتباط بین فردی اغلب به شکل چهره به چهره رخ می‌دهند، برای نمونه زمانی که با دیگر دانشجویان، قبل از کلاس گفت و گو می‌کنید، با خانواده یا دوستان در باره‌ی شام صحبت می‌نمایید، یا رازهایی را با نزدیکان و دوستان صمیمی خود در میان می‌گذارید و ارتباط بین فردی اغلب با استفاده از برخی انواع شبکه‌های رایانه‌ای، از طریق انتقال یا به اشتراک گذاری متن، پست الکترونیک، ارتباط صوتی یا تصویری اتفاق می‌افتد. برخی از این اشکال همزمان (synchronous) هستند: یعنی به شما امکان می‌دهند که در زمان واقعی مرادده کنید؛ همانند پیام‌های چهره به چهره و تلفنی که در یک زمان فرستاده و دریافت می‌شوند. اشکال دیگر عمدتاً غیرهمزمان (asynchronous) هستند: یعنی در زمان واقعی و حال رخ نمی‌دهند. برای مثال، شما ممکن است امروز برای کسی در فیس بوک پیامی بگذارید اما پیام شما را تا فردا نبیند و ممکن است به پیام شما تا روز بعد هم جواب ندهد. همین طور، شما ممکن است امروز توییت یا پستی را در صفحه‌ی مجازی ببینید که در واقع هفته‌ها یا حتی سال‌ها قبل نوشته شده‌اند. جدول ۱ برخی از شباهت‌ها و تفاوت‌های ارتباطات چهره به چهره و برخط را معرفی می‌کند.

ارتباط بین فردی مشتمل بر انتخاب‌ها یا گزینه‌ها است

پیام‌های بین فردی که با آنها ارتباط برقرار می‌کنید حاصل انتخاب‌هایی است که انجام می‌دهید.

جدول ۱. ارتباطات چهره به چهره و رایانه ای

در اینجا خلاصه‌ای از برخی مفاهیم ارتباطی و بعضی از وجوه تشابه و تفاوت دو شکل ارتباطی مذکور بیان می‌شود؛ البته خواننده برای جزئیات بیشتر می‌تواند به منابع اختصاصی در این زمینه مراجعه نماید.

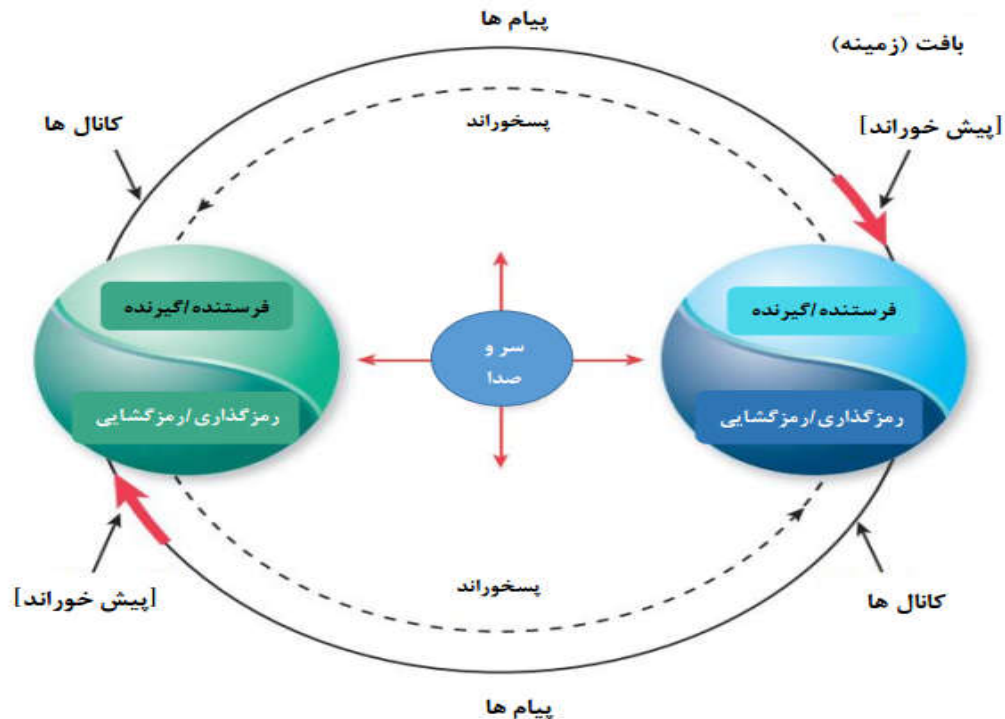
ارتباط رایانه ای	ارتباط چهره به چهره	عناصر مهم در ارتباط انسانی
<ul style="list-style-type: none"> • خصوصیات شخصی پنهان هستند و زمانی آشکار می‌شوند که شما بخواهید آشکار کنید؛ بی‌نامی سهل است. • همیشه نوبت شماست؛ وقت گوینده نامحدود است؛ شما نمی‌توانید قطع کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • خصوصیات شخصی (جنسیت، سن تقریبی، نژاد، و غیره) به طور عینی حاضر و قابل مشاهده است؛ گیرنده ترتیب آنچه را که می‌خواهد بدان توجه کند در کنترل یا اختیار دارد؛ فریب دادن دشوار است. • شما برای صحبت کردن از لحاظ نوبت و زمان، با شخص (اشخاص) دیگر رقابت می‌کنید؛ شما می‌توانید صحبت طرف مقابل را قطع کنید. 	<p>فرستنده</p> <ul style="list-style-type: none"> • معرفی خود و مدیریت برداشت • نوبت صحبت
<ul style="list-style-type: none"> • از لحاظ مجازی نامحدود است. • نامحدود • پیام‌ها می‌تواند توسط دیگران به خاطر سپرده یا ثبت و ضبط شوند و یا برای دیگران حتی هزاران نفر فرستاده شوند. • برداشت‌ها بر اساس پیام‌های متنی و تصاویر و ویدیوهای ارسال شده هستند. 	<ul style="list-style-type: none"> • یک نفر یا نفرات اندکی در میدان دید شما قرار دارند • به کسانی محدود است که فرصت دیدار دارند؛ اغلب دیدن کسانی که مورد علاقه تان هستند دشوار است. • پیام‌ها می‌تواند با بلندگو یا توسط وسیله‌ای برای اشخاص ثالث بیان و تکرار شوند اما نه با دقت کامل. • برداشت‌ها بر اساس رمزهای کلامی و غیرکلامی که گیرنده دریافت می‌کند شکل می‌گیرند. 	<p>گیرنده</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد • فرصت تعامل • اشخاص ثالث • شکل گیری برداشت
<ul style="list-style-type: none"> • محیط می‌تواند کابین کناری یا کیلومترها دورتر باشد. • ارتباط ممکن است همزمان (چنان که در تالارهای گفتگوی مجازی رخ می‌دهد) یا غیرهمزمان (که پیام‌ها در زمان‌های متفاوتی مبادله می‌شوند، مانند پست الکترونیک (ایمیل)) 	<ul style="list-style-type: none"> • اساساً محیط فیزیکی (برای فرستنده و گیرنده) یکسان است. • ارتباط همزمان است؛ پیام‌ها در زمان یکسان (واقعی) مبادله می‌شوند. 	<p>زمینه (یافت)</p> <ul style="list-style-type: none"> • فیزیکی • زمانی
<ul style="list-style-type: none"> • دیداری (برای متن، عکس‌ها، و ویدیوها) و شنیداری. 	<ul style="list-style-type: none"> • تمام حواس در فرستادن و دریافت پیام‌ها مشارکت دارند 	<p>کانال</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کلمات، عکس‌ها، ویدیوها و پیام‌های صوتی • پیام‌ها نسبتاً پایدار هستند و باقی می‌مانند. 	<ul style="list-style-type: none"> • کلمات، حالات بدن، تماس چشمی، لهجه، نشانگان صوتی، روابط فضایی (فاصله‌ی فیزیکی)، لمس، لباس، مو، و غیره. • موقت و گذرا است مگر این که ضبط انجام شود؛ نشانه‌های گفتاری به سرعت ناپدید می‌شوند. 	<p>پیام‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلامی و غیرکلامی • دوام

بسیاری از اوقات شما به چیزی که می‌گویید فکر نمی‌کنید یا از قبل مطالب و محتوای سخن خود را انتخاب نکرده‌اید، به عبارت دیگر از قبل حساب شده نیست بلکه فی‌البداهه سخن می‌گویید؛ به نظر می‌رسد این وضعیت به حدی خودکار رخ می‌دهد که فکر نمی‌کنیم این مسئله تحت کنترل هشیارانه ما قرار دارد. اوقاتی دیگر، مسئله‌ی انتخاب در اذهان ما برجسته و مهم است - برای مثال وقتی با مصاحبه‌کننده شغلی رو به رو می‌شوید چه می‌گویید؟

در سرتاسر زندگی بین فردی تان و در هر تعامل بین فردی، شما با گزینه‌هایی برای انتخاب رو به رو هستید - مواقعی که شما مجبورید انتخاب کنید که با چه کسی ارتباط برقرار و مرادوه کنید، چه بگویید، چه نگویید، چگونه آن چه را می‌خواهید بگویید جمله بندی و مرتب کنید و از این قبیل گزینه‌ها. هدف این گفتار، که البته در حد کلیات و مقدمات است، این است که دلایلی (برخاسته از نظریه‌ها و پژوهش‌ها در ارتباطات) برای گزینه‌های گوناگونی که انتظار می‌رود شما در تعاملات بین فردی خود انتخاب کنید تا ارتباط اثربخشی را داشته باشید، به شما ارائه دهد. همچنین هدف این گفتار آشنا ساختن شما با اصول و مبانی ارتباط بین فردی است.

عناصر ارتباط بین فردی

الگوی که در شکل ۲ ترسیم شده برای نشان دادن ماهیت چرخه‌ای ارتباط بین فردی است.



شکل ۲. الگوی از ارتباط بین فردی. بعد از این که عناصر ارتباط بین فردی را خواندید، ممکن است تمایل داشته باشید که الگوی مورد نظر خود را برای فرایند ارتباط ترسیم کنید. در ساختن این الگو، دقت داشته باشید که در دام قابل مشاهده کردن ارتباط بین فردی به صورت یک فرایند خطی یا ساده‌ی راست به چپ و ایستا نیافتید. به خاطر داشته باشید که تمام عناصر به هم مرتبط و متقابلاً وابسته هستند.

اشخاص همزمان برای یکدیگر پیامها را ارسال می‌کنند؛ نه این که در یک ترتیب خطی ابتدا ارتباط از طرف شخص ۱ به سوی شخص ۲ و آنگاه از شخص ۲ به سوی شخص ۱، بلکه ارتباط به صورت جریانی متقابل و همزمان بین دو طرف جریان دارد. هر کدام از مفاهیمی که در این الگو معرفی و بحث می‌شوند ممکن است برای تمام ارتباطات بین فردی صدق کنند؛ این عناصر در تمام تعاملات بین فردی به صورت مشترک دیده می‌شوند: (۱) فرستنده - گیرنده، (۲) رمزگذاری - رمزگشایی، (۳) پیامها (و فرایم‌های حاصل از پس‌خوراند و پیش‌خوراند)، (۴) کانال‌ها، (۵) سروصدا، (۶) بافت‌ها (زمینه‌ها)، اگرچه در نمودار نشان داده نشده اما در تمام ارتباطات بین فردی اهمیت دارد، (۷) اخلاق.

فرستنده-گیرنده

ارتباط بین فردی مشتمل بر حداقل دو فرد است. هر فرد کارکردهای فرستنده (تنظیم کردن و فرستادن پیام‌ها) را انجام می‌دهد و کارکردهای گیرنده (دریافت و استفهام پیام‌ها) را نیز دارد. اصطلاح فرستنده - گیرنده بر این واقعیت تأکید می‌کند که هر دوی کارکردها توسط هر فرد در ارتباط بین فردی اجرا می‌شود.

این که شما که هستید، چه می‌دانید، به چه معتقدید، چه چیزی برای شما ارزش دارد، چه می‌خواهید، چه گفته‌اید، و نگرش‌های شما چیست همگی بر آن چه که می‌گویید، نحوه‌ی گفتن آن، چه پیام‌هایی دریافت می‌کنید و چگونه آنها را تفسیر می‌نمایید، تأثیر می‌گذارد. همین‌طور فردی که با او سخن می‌گویید و اطلاعاتی که فکر می‌کنید او دارد، تأثیر زیادی بر پیام‌های بین فردی شما خواهد داشت. هر شخص، منحصر به فرد (ویژه) است؛ ارتباطات هر شخصی منحصر به خود اوست.

توانایی شما برای ارتباط اثربخش (به عنوان فرستنده و گیرنده) قابلیت و صلاحیت بین فردی (interpersonal competence) شما است. قابلیت شما، برای مثال، شامل این دانش و قدرت تشخیص است که در زمینه‌ها (بافت‌ها)ی خاص و با شنوندگان خاص یک موضوع مناسب و موضوعی دیگر نامناسب است. دانش شما در باره‌ی قواعد رفتار غیرکلامی - برای مثال، مناسب بودن تماس چشمی، حجم صدا و نزدیکی فاصله‌ی فیزیکی - نیز قسمتی از قابلیت و توانایی شما می‌باشد. در بیانی کوتاه، قابلیت بین فردی شامل این است که بدانید چگونه ارتباط خود را متناسب با بافت و شرایط تعامل، شخصی که در حال تعامل با او هستید، و سایر ملاحظات تنظیم کنید و منطبق سازید.

از طریق مشاهده‌ی دیگران، دریافت آموزش یا راهنمایی‌های مستقیم، و از طریق آزمایش و خطا، شما مهارت و قابلیت‌های ارتباطی را یاد می‌گیرید اگرچه، برخی از افراد بهتر از دیگران یاد می‌گیرند و این‌ها عموماً افرادی هستند که شما می‌بینید افراد علاقمند و راحت‌تری برای گفت و گو هستند. به نظر می‌رسد که آنها می‌دانند و درک می‌کنند که شما چه می‌گویید و چگونه و چه موقع حرف خود را می‌زنید.

عجیب نیست، که رابطه‌ی مثبتی بین قابلیت بین فردی از یک طرف و موفقیت در دانشکده و رضایت شغلی از طرف دیگر وجود دارد. همین‌طور بیشتر زندگی دانشگاهی و حرفه‌ای به قابلیت‌ها و مهارت‌های بین فردی - ملاقات و تعامل با دانشجویان دیگر، استادان، یا همکاران؛ پرسیدن و پاسخ دادن به سؤالات؛ ارائه‌ی

اطلاعات یا استدلال - بستگی دارد. به علاوه، قابلیت بین فردی، شما را قادر می‌کند تا روابط معناداری را در دوستی، زناشویی، خانواده، و کار ایجاد کنید و استمرار بخشید. چنان که در افراد قابل در ارتباط بین فردی مشاهده می‌شود، چنین روابطی، به نوبه‌ی خود، به سطوح پایین تری از اضطراب، افسردگی، و تنهایی منجر می‌شوند.

رمز گذاری - رمز گشایی

رمز گذاری به عملی اطلاق می‌شود که طی آن پیام‌ها، برای مثال، سخن گفتن و نوشتن، تنظیم و تولید می‌شوند. رمز گشایی برعکس رمز گذاری است و به عمل درک و استفهام پیام‌ها، برای مثال، گوش دادن یا خواندن، گفته می‌شود. با فرستادن ایده‌هایتان از طریق امواج صوتی (در سخن گفتن) یا امواج نوری (در نوشتن)، شما این ایده‌ها را درون رمز قرار می‌دهید؛ این را رمز گذاری می‌گویند. کلماتی که انتخاب می‌شوند، لحن گفتن، بلندی صدا، و سرعت گفتن نمونه‌ای از رمزهای مورد استفاده هستند. وقتی گیرنده، امواج صوتی یا نوری که از طرف شما (کلام یا نوشته) دریافت می‌کند برای خود ترجمه و معنا می‌کند، به این کار رمز گشایی می‌گویند. بنابراین، گویندگان و نویسندگان را رمزگذار و خوانندگان و رمزگشا می‌نامند. اصطلاحات ترکیبی رمز گذاری - رمز گشایی برای تأکید بر این واقعیت استفاده می‌شود که دو فعالیت در ترکیب با یکدیگر توسط هر مشارکت کننده در ارتباط اجرا می‌شود. برای این که ارتباط بین فردی واقع گردد، پیام‌ها باید رمز گذاری و رمز گشایی شوند. برای مثال، وقتی که والدین برای کودکی سخن می‌گویند که چشمانش بسته و گوش هایش با هدفون پوشیده‌اند، ارتباط بین فردی برقرار نمی‌شود زیرا پیام‌هایی که فرستاده می‌شوند دریافت نمی‌شوند.

پیام‌ها

پیام‌ها به صورت محرک‌هایی برای گیرنده عمل می‌کنند و توسط یکی از حواس ما - شنیداری، دیداری، لامسه، بویایی، چشایی - یا ترکیبی از آنها دریافت می‌شوند. شما توسط حالات بدنی و لامسه، همچنین با استفاده از کلمات و جملات با دیگران ارتباط برقرار می‌کنید. لباس‌هایی که می‌پوشید نیز پیام‌هایی را به دیگران و در حقیقت، به خودتان نیز منتقل می‌کنند. نحوه‌ای که راه می‌روید، همان طور نحوه‌ای که دستان خود را تکان می‌دهید، سر خود را خم می‌کنید، موهای تان را شانه می‌نمایید، می‌نشینید، می‌خندید، یا اخم می‌کنید، همگی حاوی پیام‌هایی هستند. همین طور، رنگ‌ها و انواع گوشی‌های همراه، تصویری که روی نمایشگر گوشی یا رایانه استفاده می‌کنید، پیام‌هایی را در باره‌ی شما منتقل می‌کنند.

ارتباط بین فردی می‌تواند توسط گوشی‌ها، دیوارهای سلول زندان یا بخش بیمارستانی، دوربین‌های شبکه، یا چهره به چهره رخ دهد. امروزه، به طور فزاینده‌ای از فناوری‌های ارتباط الکترونیک شامل شبکه‌های اجتماعی مجازی برای ارتباط بین فردی استفاده می‌شود.

پیام‌ها ممکن است عمدی یا غیرعمدی باشند. آنها ممکن است محصول راهبردی باشند که به دقت برنامه ریزی شده است همچنین می‌تواند حاصل لغزش کلامی سهوی، برخاستن بوی بدن، یا تکان‌های عصبی باشند. پیام‌ها ممکن است در باره‌ی دنیا، مردم، و رویدادها همچنین پیام‌های دیگر باشند. پیام‌هایی که در باره‌ی

سایر پیام‌ها هستند فرایم نامیده می‌شوند و بسیاری از ارتباطاتی که روزانه برقرار می‌کنیم را شامل می‌شوند؛ این‌ها مواردی از قبیل «آیا متوجه می‌شوی؟»، «آیا درست گفتم؟» «شما چه گفتید؟» «آیا منصفانه است که بگوییم ... ؟» «می‌خواهم با شما صادق باشم» «این منطقی نیست». دو تا از انواع به ویژه مهم فرایم‌ها پسخوراند و پیشخوراند هستند.

پیام‌های پسخوراند

در سرتاسر فرایند ارتباط، شما پسخوراند مبادله می‌کنید - پیام‌هایی به عنوان واکنش‌هایی نسبت به آنچه فرستنده گفته است (مثلاً فهمیدن، تعجب کردن، باور نکردن، و ...) توسط گیرنده به سمت وی فرستاده می‌شود. پسخوراند به گوینده می‌گوید که او چه اثری را روی گیرندگان می‌گذارد. بر مبنای این پسخوراند، گوینده ممکن است محتوا یا شکل پیام‌ها را سازگار، اصلاح و تقویت نموده و یا تغییر دهد.

پسخوراند ممکن است از جانب خودتان یا از سوی دیگران (مخاطبان) بیاید. هنگامی که شما پیامی را می‌فرستید، مثلاً زمانی که با شخص دیگری صحبت می‌کنید، شما سخنان خود را نیز می‌شنوید. یعنی خودتان از پیام هایتان پسخوراند می‌گیرید: سخنان خود را می‌شنوید، حرکات خود را احساس می‌کنید، نوشته‌های خود را می‌بینید. علاوه بر این خود - پسخوراند، شما از دیگران هم پسخوراند می‌گیرید. این پسخوراند می‌تواند اشکال بسیاری داشته باشد. یک اخم یا لبخند، گفتن یک بله یا خیر، نوازشی بر شانه، یا جمع کردن لب‌ها (به نشانه‌ی تعجب) همگی انواعی از پسخوراند هستند. گاهی پسخوراند به آسانی قابل تشخیص است، اما گاهی این طور نیست. بخشی از هنر ارتباط اثربخش، گرفتن پسخوراند و تنظیم و منطبق کردن پیام‌های خود بر اساس آن است.

پیام‌های پیشخوراند

پیشخوراند، اطلاعاتی است که شما قبل از فرستادن پیام اولیه تان ارائه می‌دهید. پیشخوراند چیزی را در باره‌ی پیامی که در پی می‌آید آشکار می‌کند. مثال‌هایی از پیشخوراند عبارتند از پیشگفتار یا فهرست مطالب یک کتاب، بند (پاراگراف) مقدماتی یک فصل، پیش‌نمایشی از فیلم، جلد روی مجلات و مقدمه‌ها در سخنرانی عمومی. پیشخوراند ممکن است کارکردهای متنوع و متعددی داشته باشند. برای مثال، شما ممکن است خواست خود را برای گفت و گو با عبارت‌هایی اینچنین ابراز نمایید: «هی، یک هفته است که شما را اصلاً ندیده‌ام؛ چه خبر؟» یا «مرگ آن بیمار شما را خیلی متأثر کرده؛ موافقید با هم صحبت کنیم؟».

کانال

کانال ارتباطی، واسطه‌ای است که توسط آن پیام‌ها انتقال می‌یابند و به منزله نوعی پل است که فرستنده و گیرنده را به یکدیگر متصل می‌کند. ارتباط به ندرت با تنها یک کانال واقع می‌شود؛ اغلب دو، سه، یا چهار کانال به طور همزمان استفاده می‌شوند. برای مثال، در تعامل چهره به چهره، شما سخن می‌گویید و گوش می‌دهید (کانال صوتی - شنیداری)، اما شما حالت و حرکات‌های بدنی خاصی هنگام صحبت دارید و پیام‌هایی را نیز از طریق نشانه‌های دیداری دریافت می‌کنید (کانال حرکتی - دیداری)، و بوهایی را از دیگران استشمام می‌کنید

همچنین بوی بدن شما نیز انتقال می‌یابد (کانال شیمیایی - بویایی). اغلب شما از طریق لامسه (کانال پوستی - لمسی) نیز ارتباط برقرار می‌کنید. هنگامی که ارتباط برخط (الکترونیک) برقرار می‌کنید، اغلب تصویر، صدا، یا فایل‌های ویدیویی را در یک پیام واحد ارسال می‌نمایید یا در توئیتر، به این فایل‌های اضافی پیوند (لینک) می‌دهید. در اکثر مواقع، انواعی از کانال‌ها در جریان ارتباط، درگیر می‌باشند.

نحوه‌ی دیگری از نگاه به کانال این است که آنها را به عنوان وسایل ارتباطی در نظر بگیرید: برای مثال، تماس چهره به چهره، تلفن، ایمیل، توئیتر، اینستاگرام، فیلم، تلویزیون، رادیو، علامت دادن با دود، فاکس و از این قبیل. توجه داشته باشید که کانال، محدودیت‌هایی متفاوتی را بر ساخت پیام شما تحمیل می‌کند. برای مثال، در ایمیل، شما می‌توانید مکث کنید تا در مورد واژه یا عبارت درست یا مناسب فکر نمایید، شما می‌توانید نگارش پیام را به هر مقدار و زمان که می‌خواهید، بدون نگرانی از قطع یا مخالفت، طول دهید، و پیام تان را به راحتی ویرایش کنید. ولی در ارتباط چهره به چهره، ناگزیر مکث شما نسبتاً کوتاه است. شما وقت انتخاب واژه‌ی درست یا ویرایش ندارید، اگرچه گاهی آنچه را گفته‌ایم مرور و اندکی آن را ویرایش، تصحیح و بازگویی می‌کنیم.

گاهی، کانال از لحاظ فیزیولوژیکی (کارکردی) آسیب دیده است. برای مثال، برای ارتباط با کسانی که مشکلات بینایی یا شنوایی دارند، باید رفتارهای انطباقی مناسب را اتخاذ کرد.

هنگام ارتباط با شخصی که کم شنوایی دارد بهتر است: (۱) مستقیماً به صورت رو به رو، هم سطح با او و تا حد امکان در جایی با نور کافی قرار بگیرید؛ (۲) از دور و از اتاق دیگر با او صحبت نکنید؛ (۳) واضح، آهسته، با عبارت‌های کوتاه، البته به طور طبیعی، بدون فریاد یا حرکات اغراق آمیز و عجیب دهانی، صحبت کنید؛ (۴) قبل از شروع گفت و گو نام او را بگویید؛ (۵) صورت و لب‌های خود را از او پنهان نکنید؛ (۶) صداهای اضافی محیط را کاهش دهید یا کنترل کنید؛ (۷) گفته‌های خود را به بیانی دیگر بگویید، آنها را عیناً تکرار نکنید.

ده نکته‌ی کلیدی برای برقراری ارتباط با شخصی که دچار کاهش بینایی است عبارتند از: (۱) توجه شخص را با صحبتی کوتاه و/یا لمس ملایم بازوی او جلب کنید (۲) خودتان و کارتتان را معرفی کنید (۳) همیشه از رو به رو با او صحبت کنید، نه از کنار (۴) در گفت و گوی گروهی، همیشه خودتان را نشان دهید (مثلاً بایستید) و مشخص کنید که مخاطب صحبت شما کیست (۵) از پاسخ‌های کلامی استفاده کنید، از اشاره و حرکات سر اجتناب نمایید (۶) حرکات خود را توضیح دهید (مثلاً هنگام آموزش حرکات ورزشی بگویید من الان ایستاده‌ام، پاهایم به اندازه عرض شانه از هم فاصله دارد و دستانم را بالای سرم دراز کرده و کشیده‌ام) (۷) هنگام دور شدن از مخاطب (ها) یا خارج شدن از اتاق به او (آنان) اطلاع دهید (۸) توجه داشته باشید که اگر کسی نابینا است، بدان معنی نیست که هیچگاه یا اصلاً چیزی را نمی‌بیند (۹) از شخص در باره‌ی نیاز او به راهنما یا حمایت یا وسیله‌ی کمکی سؤال کنید (۱۰) در صورت نیاز، اطلاعات را از طرق دیگر مثل فایل صوتی، نوشته‌های با خط درشت یا بریل ارائه دهید.

سر و صدا

از لحاظ فنی، سر و صدا یا در اصطلاح لاتین پارازیت، هر چیزی است که پیام را مختل می‌سازد و هر چیزی که از دریافت پیام توسط گیرنده جلوگیری می‌کند. در یک انتها، سر و صدا ممکن است جلوی ارسال پیام از

فرستنده به سمت گیرنده را بگیرد. صدای شدیدی مثل غرش رعد یا عملیات ساختمانی می‌تواند جلوی انتقال پیام‌ها را از راه تلفن بگیرد. در انتهای دیگر، که تداخل صدا وجود ندارد، پیام فرستنده و پیام گیرنده تقریباً یکسان و بدون خدشه است. اما، بیشتر اوقات سر و صدا بخشی از پیامی را که فرستنده می‌فرستد در مسیر انتقال به گیرنده مخدوش می‌سازد.

انواع سر و صدای مخدوش کننده پیام

چهار نوع سر و صدا اهمیت خاصی دارند. شناخت این‌ها و در صورت امکان کاستن از اثرات آنها مهم هستند.

- **سر و صدای فیزیکی** تداخلی است که خارج از فرستنده و گیرنده است؛ این سروصدا از انتقال فیزیکی نشانه یا پیام ممانعت می‌نماید. نمونه‌های آن عبارتند از صدای خودروها، عینک آفتابی، صحبت کردن دیگران در اطراف، دستخط ناخوانا، خطوط نگارشی یا ماشین نویسی تار، پیچیده و دشوار، و فعالیت‌های ساختمانی.
- **سر و صدای فیزیولوژیکی** توسط موانعی یا وضعیت‌های غیر طبیعی در فرستنده یا گیرنده ایجاد می‌شوند، مانند عیوب بینایی، کاهش شنوایی، اختلال حافظه و ...
- **سر و صدای روانشناختی** تداخل ذهنی در فرستنده یا شنونده است و شامل ذهنیت‌ها یا افکار از قبل شکل گرفته، افکار سرگردان، تعصبات و پیش داوری‌ها، بسته بودن ذهن و هیجانزدگی افراطی می‌شوند.
- **سر و صدای معنایی** تداخلی است که هنگامی که گوینده و شنونده نظام‌های معنایی متفاوتی دارند؛ نمونه‌ها شامل اختلافات زبانی یا گفتاری، استفاده از واژه‌های فنی یا بسیار پیچیده و واژه‌ها یا عبارت‌های مبهم یا بسیار انتزاعی که معانی آن‌ها به راحتی با سوء برداشت و تفسیر اشتباه همراهند، می‌شوند.

بافت (زمینه)

ارتباط همیشه در یک بافت یا زمینه، یا محیطی رخ می‌دهد که شکل و محتوای پیام‌های شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گاهی این بافت یا متن، آشکار یا نمایان نیست و به حدی طبیعی جلوه می‌کند که از آن غافل می‌شویم، مثل موسیقی پس زمینه. گاهی دیگر زمینه غالب است و راه‌هایی که در آنها پیام‌های شما را تحریک، تقویت یا مختل و محدود می‌کند آشکار است. برای مثال، تفاوت‌های بین برقراری ارتباط در یک آرامگاه، استادیوم فوتبال، رستوران و یک کنسرت راک را مقایسه کنید. بافت ارتباط حداقل چهار بعد یا وجه دارد، که تمام آنها با یکدیگر برهم کنش دارند و تأثیر می‌گذارند.

۱ - بعد فیزیکی

بعد فیزیکی، محیط قابل لمس و مشاهده یا عینی است که ارتباط در آن واقع می‌شود؛ مثل اتاق، راهرو،

یا پارک. اندازه‌ی فضا، دمای آن، و تعداد کسانی که در آن فضا حضور دارند نیز بخشی از بعد فیزیکی را تشکیل می‌دهند. در رسانه‌های چاپی مانند مجلات یا روزنامه‌ها، بافت شامل جا و نحوه‌ی قرار داده شدن خبرها، تصاویر یا مقالات می‌شود؛ متن یا خبری که در صفحه ۲۵ قرار داده شده نسبت به متن یا خبری که در صفحه اول یا دوم است کم اهمیت تر، تلقی می‌شود.

۲- بعد زمانی

بعد زمانی نه تنها با زمان از روز یا ماه یا سال در تاریخ مربوط می‌شود بلکه با زمان و جایی که پیامی خاص با ترتیب رویدادهای ارتباطی جفت و جور می‌شود نیز سر و کار دارد. برای مثال، لطیفه‌ای که در باره‌ی ناخوشی بلافاصله بعد از بیان آشکار بیماری یک دوست گفته می‌شود متفاوت از لطیفه‌ای که در پاسخ به تعدادی لطیفه‌های مشابه گفته می‌شود دریافت می‌گردد. همچنین برخی کانال‌ها (مثلاً چهره به چهره، اتاق‌های گفت و گو) ارتباط همزمان را امکان پذیر می‌سازند. اما کانال‌های دیگر (مانند نامه‌های سنتی، ایمیل، یا قرار دادن پیام در شبکه‌های اجتماعی) غیرهمزمان هستند. پیام‌ها در زمان‌های متفاوتی ارسال و دریافت می‌شوند. اینها تأثیراتشان با یکدیگر متفاوت هستند.

۳- بعد اجتماعی - روانشناختی

این بعد، شامل روابط پایگاهی در بین مشارکت کنندگان، نقش‌ها و بازی‌هایی که افراد اجرا می‌کنند، هنجارهای جامعه یا گروه و درجه‌ی دوستی، رسمیت، یا اهمیت موقعیت می‌شود. شبکه‌های اجتماعی مانند فیسبوک و مای اسپیس (Myspace) غیر رسمی و غالباً برای ارتباطات مبتنی بر سرگرمی‌اند. از طرف دیگر، شبکه‌های دیگر مانند LinkedIn و Plaxo از اساس برای ارتباطات علمی تجاری ایجاد شده‌اند.

۴- بعد فرهنگی

این بعد، وجه فرهنگی باورها، آداب و رسوم مردمی که با یکدیگر تعامل می‌کنند را شامل می‌شود. هنگامی که شما با افرادی از فرهنگ‌های دیگر تعامل می‌کنید، ممکن است از قواعد و رویه‌های ارتباطی متفاوتی پیروی نمایید. این می‌تواند باعث ابهام، برداشت اشتباه، سردرگمی، توهین غیرعمدی، قضاوت‌های نادرست و خدشه‌های ارتباطی دیگر شود. همین طور، راهبردها یا فنون ارتباطی که برای اعضای یک فرهنگ، مفید و رضایت‌بخش بوده‌اند ممکن است برای اعضای فرهنگی دیگر غیرسازنده، مبهم و حتی اختلاف برانگیز باشند. بنابراین، آشنایی با فرهنگ‌های گوناگون و کسب صلاحیت‌ها و مهارت‌های ارتباط بین فرهنگی مناسب برای دست اندرکاران و ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت، ضرورت دارد.

اخلاق

از آنجا که ارتباط، پیامدها و نتایجی دارد، ارتباط بین فردی ناگزیر با اخلاق عجین و درگیر است. هر ارتباطی بعد اخلاقی، درستی یا نادرستی، دارد. انتخاب‌ها یا گزینه‌های ارتباطی بایستی بر اساس اصول و ملاحظات اخلاقی همچنین دغدغه‌های اثربخشی و رضایت‌بخشی، مدیریت و هدایت شوند. برخی از اصول اخلاقی به طور مشترک مورد قبول و احترام تمام فرهنگ‌ها و جوامع هستند؛ برای مثال، لزوم گفتن حقیقت (و اجتناب از کتمان

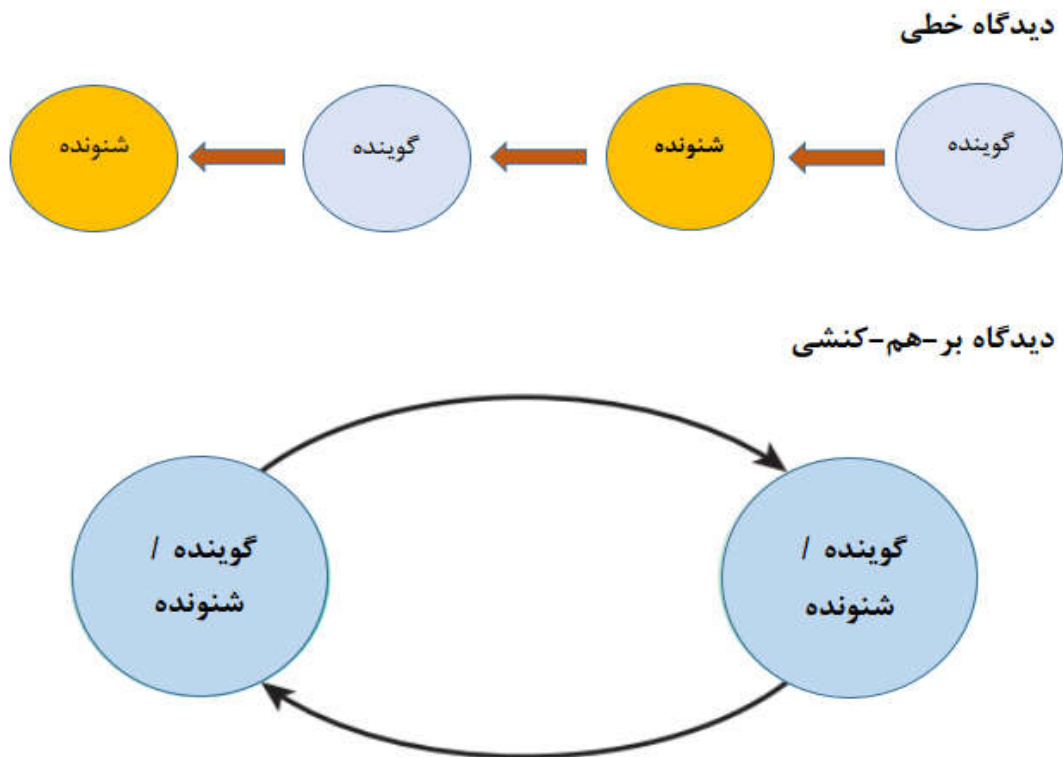
آن یا فریب دادن) احترام به شأن و منزلت دیگران، سود رساندن، دوری از زیان رساندن، و عدالت یا انصاف. بنابراین، اخلاق به عنوان مفهومی بنیادین در ارتباط بین فردی است.

اصول ارتباط بین فردی

اکنون که ماهیت ارتباط بین فردی و اجزاء و ابعاد آن آشکار شد، ما می‌توانیم برخی از اصول یا مفروضات خاصی را که برای تمام تعامل‌های بین فردی، رایج و صادق هستند بیان کنیم.

ارتباط بین فردی فرایندی برهم‌کنشانه (transactional process) است

دیدگاه برهم‌کنشانه ارتباط بین فردی را به صورت (۱) فرایندی با (۲) اجزاء به هم وابسته و (۳) تأثیرگذاری دو سویه‌ی مشارکت‌کنندگان می‌نگرد. شکل ۳ این نگاه برهم‌کنشی را به تصویر کشیده و آن را از دیدگاه‌های پیشین نسبت به ارتباط بین فردی، متمایز می‌سازد.



شکل ۳ - دیدگاه‌های خطی و برهم‌کنشی نسبت به ارتباط بین فردی

ارتباط بین فردی یک فرایند است

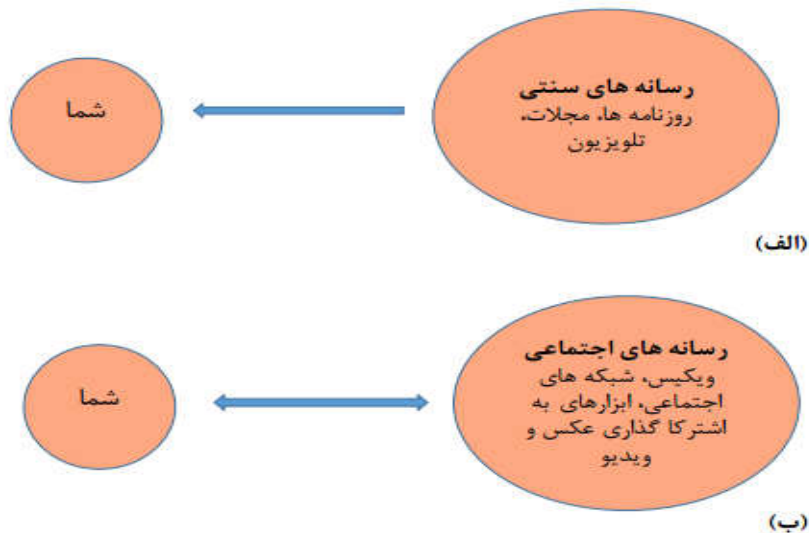
ارتباط بین فردی به بهترین نحو به عنوان فرایندی چرخه‌ای، پویا و مدام در حال تغییر، نگریسته می‌شود.

هر چیزی که در ارتباط بین فردی دخیل است همچون رودخانه‌ای در حال جریان و تغییر می‌باشد، افرادی که با یکدیگر تعامل می‌کنند تغییر می‌کنند، و محیط شما در حال تغییر است. گاهی این تغییرات، ناآشکارند و گاه به شکلی آشکار دیده می‌شوند، اما این تغییرات همیشه رخ می‌دهند.

پیامی از یک شخص به صورت محرکی برای پیام شخص دیگر عمل می‌کند، و پیام شخص دوم نیز خود، محرکی برای پیام شخص اول خواهد بود و این جریان ادامه می‌یابد. در سرتاسر این فرایند چرخه‌ای، هر شخص به طور همزمان به عنوان گوینده و یک شنونده، یک کنشگر و واکنشگر عمل می‌کند و ارتباط بین فردی، فرایندی تعاملی دوسویه است.

اجزاء به هم وابسته اند

در ارتباط بین فردی، نه تنها افراد، بلکه اجزای ارتباط نیز وابسته به یکدیگرند. هر جزء از ارتباط بین فردی، ارتباط نزدیکی با اجزاء دیگر و به کل جریان و مجموعه دارد. برای مثال، فرستنده بدون گیرنده نمی‌تواند وجود و معنا داشته باشد؛ پیام بدون فرستنده وجود ندارد؛ بازخورد بدون گیرنده نمی‌تواند معنا داشته باشد ... به خاطر وابستگی متقابل، تغییری در هر جزء باعث تغییرات در سایر اجزاء می‌شود. برای مثال، شما در حال صحبت با گروهی از دانشجویان کارآموز در باره‌ی معاینه‌ی مقعد هستید، و استاد شما به گروه می‌پیوندد. این تغییر به تغییرات دیگر منجر می‌شود؛ شاید در محتوای آنچه می‌گویید، شاید در حالتی که بیان می‌کنید.



شکل ۴. رسانه‌های سنتی و اجتماعی

در رسانه‌های سنتی (الف)، پیام‌ها از رسانه‌ها به سمت فرد بدون فرصت دادن برای تعامل، جریان می‌یابد. در رسانه‌های اجتماعی (ب)، پیام‌ها در دو جهت: از رسانه به فرد و از فرد به سمت رسانه حرکت می‌کنند.

نفوذ یا تأثیرگذاری دو سویه. در فرایند برهم‌کنش، هر فرد تا حدودی بر دیگری تأثیر می‌گذارد. برای مثال، در گفت و گوی چهره به چهره، آنچه می‌گویید بر آنچه شخص دیگر می‌گوید تأثیر می‌گذارد، که آن نیز بر

آنچه می‌گویید تأثیر می‌گذارد و این تأثیرگذاری ادامه دارد. این تأثیرگذاری دو سویه، وجه تمایز اصلی رسانه‌های سنتی از رسانه‌های اجتماعی است. در رسانه‌های سنتی - برای مثال روزنامه، مجلات، تلویزیون و فیلم - ارتباط در یک جهت، از رسانه به سمت شما، حرکت می‌کند (شکل ۴، قسمت الف). که اساساً نوعی نگاه خطی به ارتباط است، که در شکل ۳ ترسیم شده است. در رسانه‌های اجتماعی - برای مثال، به اشتراک گذاری عکس و ویدیو، شبکه‌های اجتماعی مانند فیسبوک و لینکدین و ویکی‌س (wikis) - ارتباط در هر دو جهت حرکت می‌کند (به قسمت ب از شکل ۴ نگاه کنید). در طی دهه‌ی گذشته یا بیشتر، رسانه‌های سنتی - به طور بارز، تلویزیون - در جهت رسانه‌های اجتماعی، یعنی تعامل دو سویه با مردم، برای مثال، در برنامه‌های خبری، سوق یافته‌اند. تعامل با رسانه‌های سنتی دیگری مثل روزنامه و مجله نیز، البته به مقدار محدود، مثلاً از طریق نوشتن نامه‌ی انتقادی یا پیشنهادی به آنها، امکان‌پذیر است. با حرکت این نوع رسانه‌ها به سمت نسخه‌های دیجیتال تا حدودی این‌ها به رسانه‌های اجتماعی، نزدیک می‌شوند.

ارتباط بین فردی، هدفمند است

ارتباط بین فردی، عملی هدفمند است؛ هر تعامل بین فردی هدفی دارد و یا اغلب، ترکیبی از اهداف را دارد. پنج هدف رایج عبارتند از: یاد گرفتن، ایجاد رابطه، تأثیر گذاشتن، تفریح کردن (سرگرمی) و یاری کردن.

یاد گرفتن

ارتباط بین فردی، شما را قادر می‌سازد تا یاد بگیرید، دنیای بیرون را بشناسید و درک کنید - جهان اشیاء، رویدادها و سایر مردم. اما مسئله‌ی بسیار مهمتر این است که ارتباط بین فردی به شما کمک می‌کند تا در باره‌ی خودتان یاد بگیرید. از طریق گفت و گو با دیگران در باره‌ی خودتان، بازخوردهای ارزشمندی را در مورد احساس‌ها، افکار و رفتارهایتان به دست می‌آورید. از طریق این ارتباطات، متوجه می‌شوید که نزد دیگران چگونه دیده می‌شوید.

ایجاد رابطه

ارتباط بین فردی در برقراری رابطه به شما کمک می‌کند. شما از طریق ارتباط بین فردی - از طریق ارتباط چهره به چهره یا با واسطه‌ی فیسبوک - دوستی، علاقه یا عشق خود را با دیگران در میان می‌گذارید؛ همزمان، شما به پیام‌های مشابه از طرف دیگران واکنش نشان داده و پاسخ می‌دهید. چنین ارتباطی قالب یکی از بزرگترین نیازهایی است که انسان‌ها دارند: برقراری و حفظ روابط صمیمانه. چنین روابطی کمک می‌کند تا احساس تنهایی و افسردگی را کاهش دهید، شما را قادر می‌کند تا خوشی‌های خود را با دیگران به اشتراک بگذارید و بر آنها بیفزایید، و به طور کلی موجب می‌شود که نسبت به خودتان بیشتر احساس مثبت کنید. توانمندسازی سالمندان در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباط بین فردی، نقش مهمی در پیشگیری و یا کنترل تنهایی و افسردگی در آنان دارد.

تأثیر گذاشتن

بسیار قابل انتظار است که شما در مراودات بین فردی‌تان بر نگرش‌ها و باورهای دیگران تأثیر بگذارید. شما ممکن است تمایل داشته باشید که بیماران رژیم غذایی جدیدی را بیازمایند، کتاب جدیدی را مطالعه نمایند، فیلمی را ببینند، دوره‌ی آموزشی خاصی را بگذرانند، به نحوه‌ی خاص فکر کنند، باور کنند چیزی درست یا نادرست است (مثلاً این که با تغییر برنامه‌ی غذایی و یا انجام ورزش واقعاً بیماری آنان تا حد زیادی قابل کنترل است. بهبودی یا کنترل بیماری آنها بیشتر به عملکرد آنها بستگی دارد به شانس و اقبال آنها)، و مواردی از این قبیل. بنابراین، بخش قابل توجهی از وقت خود را صرف ترغیب و برانگیختن دیگران می‌کنید.

تفریح و سرگرمی

صحبت کردن با دوستان در باره‌ی فعالیت‌های آخر هفته، ورزش‌های مورد علاقه، گفتن داستان یا لطیفه، مرور خاطرات و تجارب گذشته، یا به اشتراک گذاشتن عکس، نوشته، یا فیلم‌های خود و به طور کلی گذراندن وقت با دیگران کارکردهای تفریحی و مفرح ارتباطات بین فردی هستند. *با ارتباط بین فردی مناسب، این هدف بسیار مهم به فعالیت‌های شما تعادل می‌بخشد و ذهن شما استراحت مورد نیازش را برای خلاصی از فشارهای جسمی و روانی که بر شما وارد می‌شود به دست می‌آورد.*

یاری کردن

درمانگرهای مختلف از طریق ارائه‌ی راهنمایی در جریان تعامل بین فردی، کار یاری رسانی حرفه‌ای را انجام می‌دهند. اما هر کسی ممکن است در مراودات روزمره‌ی خود به یاری رسانی بپردازد: شما به دوستی که مصیبت دیده یا در رابطه‌ی عاطفی اش شکست خورده است دلداری می‌دهید، به همکلاسی خود در باره‌ی درس مشورت می‌دهید، به بیماری که سرطان در او تشخیص داده شده کمک می‌کنید تا با وضعیت جدید به نحو مناسبی خود را انطباق دهد، یا به همکار خود در باره‌ی چگونگی کنار آمدن با فشار روانی کار، راهنمایی می‌کنید. از رسانه‌های اجتماعی نیز بدین منظور می‌توان استفاده کرد. موفقیت در یاری رسانی، به شکل حرفه‌ای یا غیر آن، به دانش و مهارت شما در ارتباط بین فردی بستگی دارد.

ارتباط بین فردی با ابهام همراه است

پیام مبهم پیامی است که قابل تفسیر به معانی متفاوت، بیش از یک معنی، است. گاهی ابهام به این دلیل اتفاق می‌افتد که مردم از واژه‌هایی استفاده می‌کنند که به اشکال مختلفی قابل تفسیرند. در زبان زمان غیررسمی نمونه‌های خوبی از این وضعیت دیده می‌شود؛ برای مثال، واژه‌هایی مانند *به‌زودی*، *بی‌درنگ*، *در دقیقه‌ی و دیر*، به راحتی توسط افراد مختلف بسیار متفاوت تفسیر می‌شوند. از دیدگاه *دیوید برلو*، معنی‌ها در پیام‌ها نیستند؛ بلکه معنی‌ها در آدم‌ها هستند؛ چیزهایی شخصی‌اند. برخی مردم برای برخی کدها معانی خاصی دارند که دیگران ندارند. عناصر و ساخت زبان خود فاقد معنی‌اند. آنها فقط نماد هستند و بس. مردم گرایش به تفسیر و تعبیر کلمات و پیام‌ها بر اساس ادراکات، احساسات، تجارب، طرحواره‌های ذهنی و علایق خود دارند. در شکل‌گیری معنی، فرهنگ جایگاه بسیار مهمی دارد.

درجاتی از ابهام در تمام ارتباط‌های بین فردی وجود دارد: وقتی پیام یا ایده‌ای را ابراز می‌کنید، شما به هیچ وجه معنا را به طور کامل و دقیق - به حد کافی که شخص دیگر همان چیزی را دریافت کند که منظور شما است - منتقل نمی‌کنید. شاید شنونده‌ی شما "برداشت غلطی کند" یا "رنجیده شود" در حالی که شما صرفاً قصد مزاح داشته‌اید. از آنجا که ابهام، برداشت اشتباه یا عدم اطمینان از دریافت معنی واقعی اجتناب ناپذیر است، شما ممکن است آنچه می‌گویید را با ارائه‌ی مثال یا پرسیدن، "آیا می‌دانید منظور من چیست؟" شفاف‌سازی یا بهینه‌سازی کنید. این توضیحات اضافی کمک می‌کند تا شخص دیگر منظور شما را درک کند و عدم اطمینان (تا میزانی) کاهش یابد. همچنین این خاصیت ابهام شما را و می‌دارد تا از نتیجه‌گیری زود هنگام در باره‌ی انگیزه‌های گوینده برحذر باشید.

روابط بین فردی ممکن است قرینه‌ای یا مکمل باشند

در رابطه‌ی قرینه‌ای (symmetrical relationship)، دو فرد متعامل، آینه رفتار یکدیگر هستند. مثلاً، اگر یکی عیب‌جویی کند دیگری عیناً پاسخ می‌دهد، اگر یکی مهربان و احترام‌گزار باشد به احتمال زیاد فرد مقابل نیز چنین خواهد بود. چنین رابطه‌ای به سمت ایجاد برابری متمایل است و با تمایل به کاهش تفاوت‌ها بین طرفین ارتباط همراه است. اغلب اشکال منفی، می‌تواند باعث بروز مشکل شوند. موقعیتی را در نظر بگیرید که در آن زوجین هر دو بسیار پرخاشگرند. پرخاشگری یک طرف پرخاشگری طرف دیگر را تقویت می‌کند، که این خود به افزایش پرخاشگری در شخص اول کمک می‌کند و ادامه این رفتارها رابطه را در خطر از هم پاشیدن قرار می‌دهد. در رابطه‌ی مکمل (complementary relationship)، دو فرد، رفتارهای متفاوتی انجام می‌دهند. رفتار یکی به صورت محرکی برای رفتار مکمل در فرد دیگر عمل می‌کند. در رابطه‌ی مکمل، تفاوت‌ها بین شرکا به حداکثر می‌رسد. افراد موقعیت‌های متفاوتی را، به لحاظ اجتماعی یا سازمانی، اشغال می‌کنند، یکی بالادست و دیگری زیردست، یکی منفعل و دیگری فعال، یکی قوی و دیگری ضعیف است. گاهی، فرهنگ‌ها و سازمان‌ها چنین رابطه‌هایی را برقرار می‌کنند؛ برای مثال، رابطه‌ی مکمل بین معلم و شاگرد یا بین کارفرما و کارمند.

ارتباط بین فردی معطوف به محتوا و رابطه است

پیام‌ها ممکن است معطوف به دنیای واقعی (پیام‌های محتوایی) برای مثال، به رویدادها و اشیایی که جلوی خود می‌بینید، باشند.

اما، گاهی آنها ممکن است به رابطه‌ی بین کسانی که با هم مرادده می‌کنند (پیام‌های رابطه‌ای) نیز معطوف باشند. برای مثال، قاضی ممکن است به وکیل بگوید، "فوراً در جایگاهم به من نگاه کن". این پیام ساده هم جنبه‌ی محتوایی دارد، که به پاسخ مورد انتظار (مثلاً این که وکیل فوراً روی خود را به سمت قاضی بچرخاند)، و هم جنبه‌ی رابطه‌ای دارد؛ یعنی چیزی را در باره‌ی جایگاه قاضی و رابطه‌ی حرفه‌ای بین او و وکیل و نحوه‌ای که انتظار می‌رود آنها با هم تعامل کنند بیان می‌کند. مشکلات بسیاری بین افراد از این ناشی می‌شود که تفاوت بین ابعاد محتوایی و رابطه‌ای ارتباط را تشخیص نمی‌دهند. به مبادله‌ای که در جدول ۲ ارائه شده است توجه کنید.

جدول ۲ - نمونه‌ی تعامل بین زن و مرد که در آنها جنبه‌های محتوایی و یا رابطه‌ای پیام، مورد غفلت قرار گرفته است

نکته‌ها	گفتمان
مرد بر محتوا متمرکز می‌شود و نسبت به رابطه و دلالت‌های آن در پیام بی توجه است. زن ابتدائاً بر اساس سطح رابطه پاسخ می‌دهد، دلالت‌های محتوایی پیام را نادیده می‌گیرد، و نارضایتی خودش را از این که در تصمیم مرد نادیده گرفته شده ابراز می‌نماید. باز هم، مرد تقریباً منحصرأ بر محتوا تمرکز می‌کند.	مرد: من می‌خواهم فردا به کوه بروم. دوستانم قراره یک تیم کوهنوردی راه بیندازند. زن: چرا فردا کار دیگری با هم انجام ندهیم؟ مرد: ما می‌تونیم کارهای دیگر را بعداً انجام دهیم؛ فردا آنها تیم را تشکیل می‌دهند.

این مثال یافته‌های پژوهشی را منعکس می‌کند که مردان عموماً بیشتر بر محتوا متمرکز می‌شوند در حالی که زنان بیشتر بر ابعاد رابطه‌ای ارتباط تمرکز می‌کنند. زمانی که این تفاوت را تشخیص دهند، ممکن است بتوانند مانع بالقوه‌ی ارتباط بین دو جنس را برطرف سازند. در جدول ۳ شکل مناسب‌تر تعامل بالا را ببینید.

جدول ۳ - تعامل بین زن و مرد که طرفین به جنبه‌های محتوایی و رابطه‌ای پیام مورد توجه قرار گرفته است

نکته‌ها	گفتمان
اگرچه بر محتوا متمرکز شد، مرد از ابعاد رابطه‌ای پیامش آگاه است و هر دو را در پیشنهادش لحاظ می‌کند؛ یعنی با ارج نهادن به همسرش، می‌پرسد که آیا مسئله‌ای نیست؟ و تمایل خودش را بیان می‌کند نه تصمیمش را. زن بر بعد رابطه‌ای تمرکز دارد اما به جهت‌گیری در محتوای پیامش نیز التفات دارد. همچنین دقت کنید که او طوری پاسخ نمی‌دهد که انگار از تأکیدش بر جنبه‌های رابطه‌ای دفاع می‌کند. مرد، بدون این که تمایلش را برای پیوستن به دوستانش انکار کند، به جنبه‌ی رابطه‌ای پاسخ می‌دهد. زن با تأیید رفتن به جمع دوستان و خوردن پیتزا در رستوران، به هردو پیام پاسخ می‌دهد.	مرد: دوستان می‌خواهند تیمی برای کوهنوردی تشکیل دهند. دوست دارم در آن تیم باشم. آیا مسئله‌ای است اگر برای تشکیل تیم فردا به جمع آنان بروم؟ زن: این به نظر مهم می‌رسد، اما من امیدوار بودم بتوانیم فردا کار دیگری با هم انجام دهیم. مرد: نظرت برای رفتن به رستوران و خوردن پیتزا چیست؟ ضمناً بعد از شام می‌تونیم برای تشکیل تیم به جلسه‌ی دوستان برویم؟ زن: این عالی! من می‌میرم برای پیتزا.

ارتباط بین فردی مجموعه‌ای از رویدادهای نقطه گذاری شده است

رویدادهای ارتباطی، برهم‌کنش‌های به هم پیوسته‌اند. هیچ نقطه‌ی شروع و نقطه‌ی اختتام روشنی وجود ندارد. شما این جریان پیوسته‌ی ارتباط را به قطعه‌های کوچکتر تقسیم می‌کنید. برخی از این قطعه‌ها را علل یا محرک‌ها و بقیه را اثرات یا پاسخ‌ها نام می‌گذارید. در حالی که آنچه علت قلمداد می‌شود در جای خود معلول است

و پاسخ‌ها نقش محرک را بازی می‌کنند. تفکیک واقعی نیست. به این تمایل برای تقسیم برهم‌کنش‌های ارتباطی به توالی محرک‌ها و پاسخ‌ها، نقطه گذاری (punctuation) گفته می‌شود. این کار برای راحتی خود انجام می‌شود؛ من در پاسخ به حرف همکارم سخنی را به زبان می‌آورم یا رفتاری انجام می‌دهم. ظاهراً حرف همکارم محرک و سخن یا رفتار من پاسخ است. اما حرف همکارم می‌تواند در پاسخ به پیام کلامی یا غیرکلامی من باشد که قبلاً آگاهانه یا ناآگاهانه ابراز نموده‌ام. این تفکیک‌ها می‌تواند به تفسیر و قضاوت‌های چالش برانگیز توسط خودمان یا دیگرانی که همین مرادوی آشکار ما را دیده‌اند، منجر شود.

ارتباط بین فردی گریزناپذیر، برگشت ناپذیر، و تکرارناپذیر است

گریزناپذیری

اغلب تصور می‌شود که ارتباط عمدی، از روی قصد، هدفمند است و هشیارانه برانگیخته می‌شود. در بسیاری از موارد این گونه است. اما اصل گریزناپذیری به این معنی است که در بسیاری از موارد، شما در حال ارتباط هستید ولو این که ممکن است فکر نکنید شما درگیر ارتباط هستید یا ممکن است حتی نخواسته باشید که ارتباط برقرار کنید. برای مثال، تصور کنید کارمند یا پرستار جدید پشت میز کار با چهره‌ای "بی‌حالت" نشسته، شاید به پنجره و بیرون خیره شده است. اگرچه او ممکن است ظاهراً با مدیر یا سرپرستار ارتباطی برقرار نکرده، مدیر ممکن است هر پیامی را از این رفتار استنتاج نماید؛ برای مثال، این که پرستار علاقه ندارد، خسته و بریده است، نسبت به چیزی نگران است، یا تمایلی به حرف زدن با مدیر ندارد. حتی اگر پرستار ممکن است قصدی برای ارتباط نداشته باشد، در هر صورت مدیر پیام‌هایی را دریافت می‌کند. در موقعیت تعاملی، تمام رفتار پتانسیل ارتباطی دارد. هر جنبه‌ای از رفتار شما، اگر شخص دیگر به آن ارزش پیامی بدهد، ممکن است چیزی را منتقل نماید.

برگشت ناپذیری

این خصلت برگشت ناپذیری به این معنی است که آنچه شما اظهار کرده و به مرادوی گذاشته‌اید باقی می‌ماند و حذف یا پاک نمی‌شود؛ شما نمی‌توانید ارتباط را برگردانید. اگرچه ممکن است تلاش کنید که اثرات پیام خود را تصحیح، منتفی، یا تا حدودی کاهش دهید، هنگامی که پیام فرستاده و دریافت شد، پیام را نمی‌توان برگرداند. بنابراین، در تعاملات بین فردی (به خصوص در تعارض)، باید دقت داشته باشید چیزی را نگوید که بخواهید آن را برگردانید.

تکرارناپذیری

دلیل این ویژگی ساده است: هر کس و هر چیز دایم در حال تغییر است. در نتیجه، شما هرگز نمی‌توانید عین آن موقعیت را دوباره ایجاد کنید، ذهن را قالب دهید، یا رابطه‌ی پویا و تغییر یافته‌ای که در کنش بین فردی قبلی رخ داده است را مجدداً بازسازی و بازآفرینی کنید. برای مثال، شما هرگز نمی‌توانید تجربه‌ی اولین ملاقات با شخصی خاص، تسکین دوست سوگوار، یا حل تعارضی خاص را تکرار نمایید و همان طور که مطمئناً می‌دانید،

هرگز شانس دومی برای ایجاد اولین برداشت ندارید. «شما نمی‌توانید از یک رودخانه دو بار عبور کنید!». البته، شما می‌توانید دوباره سعی کنید، هنگامی که می‌گویید، "من متأسفم که زود قضاوت کردم؛ آیا می‌توانیم دوباره سعی (امتحان) کنیم؟" اما متوجه باشید حتی زمانی که این را می‌گویید، شما برداشت اولیه را پاک نمی‌کنید. در عوض، سعی می‌کنید تا برداشت اولیه را معکوس یا تعدیل نمایید.

خلاصه‌ی گفتار

نکات کلیدی این گفتار به طور خلاصه در هر بخش عبارتند از:

چرا مطالعه‌ی ارتباط بین فردی مهم است؟

در این گفتار، منافع بالقوه‌ی شخصی و حرفه‌ای مطالعه و یادگیری مهارت‌های ارتباط بین فردی شامل موارد زیر بیان شدند:

- منافع عقلانی شامل شناخت و درک عمیق‌تر نسبت به خود، دیگران و روابط
- منافع عملی شامل فواید شخصی، اجتماعی یا رابطه‌ای و حرفه‌ای.

ماهیت ارتباط بین فردی

موارد زیر از اهم خصوصیات ذاتی ارتباط بین فردی محسوب می‌شوند:

- ارتباط بین فردی ارتباطی بین دو فرد مستقل یا بیشتر است.
- ارتباط بین فردی ذاتاً رابطه‌ای است.
- ارتباط بین فردی روی پیوستاری از وضعیت نسبتاً غیرشخصی تا صمیمیت قرار دارد.
- ارتباط بین فردی شامل پیام‌های کلامی و غیرکلامی، هر دو، می‌شود.
- ارتباط بین فردی در اشکال متنوعی از جمله چهره به چهره و ارتباطات مبتنی بر اینترنت، رخ می‌دهد.

عناصر ارتباط بین فردی

عناصر یا اجزاء کلیدی فرایند ارتباط بین فردی که در این گفتار معرفی و شرح داده شدند عبارتند از:

- فرستنده - گیرنده، رمزگذاری - رمزگشایی، پیام‌ها، پیشخوراند و پسخوراند، کانال، سر و صدا یا پارازیت، بافت یا زمینه و اخلاق

اصول ارتباط بین فردی

اصول مهمی که در این گفتار مورد بحث قرار گرفتند عبارتند از:

- ارتباط بین فردی فرایندی برهم‌کنشانه است.
- ارتباط بین فردی هدفمند است.
- ارتباط بین فردی با ابهام همراه است.
- روابط بین فردی ممکن است قرینه‌ای یا مکمل باشند.
- ارتباط بین فردی معطوف به محتوا و رابطه است.
- ارتباط بین فردی مجموعه‌ای از رویدادهای نقطه‌گذاری شده است.
- ارتباط بین فردی گریزناپذیر، برگشت‌ناپذیر، و تکرارناپذیر است.

منابع:

1. Hugman B. Healthcare Communication. Italy: Pharmaceutical Press. 2009.
Harrington N G. Health communication: theory, method, and application. Routledge. 2015
2. Hutchinson C C. interpersonal communication: Navigating relationships in a changing world. Createspace Independent Pub, 2010.
3. DeVito J A. The Interpersonal Communication Book. 14th edition. Global edition. USA: Pearson Education. 2016.
4. ROTER, D. L., & HALL, J. A. Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors, improving communication in medical visits. Second edition. USA: Praeger Publishers. 2006.
- ۵ - کاوه محمد حسین. ارتباط پزشک و بیمار. در: کاوه، محمد حسین و دیگران. علوم رفتاری و اجتماعی در آموزش پزشکی. انتشارات نامه پارسی. ۱۳۹۶.
- ۶ - شیدفر محمد رضا. ارتباطات بهداشتی. در: حاتمی حسین و دیگران. کتاب جامع بهداشت عمومی. جلد اول. فصل ۳. گفتار ۲. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۷ - فرهنگ علی اکبر. ارتباطات انسانی. جلد اول: مبانی. تهران: انتشارات رسا، چاپ بیست و سوم، ۱۳۹۲.
- ۸ - محسنیان راد مهدی. ارتباطات انسانی (میان فردی، گروهی، جمعی). تهران: سروش، ۱۳۸۷.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۳ / گفتار ۳ / دکتر محمدحسین کاوه

مشاوره سلامت

فهرست مطالب

۳۳۷	اهداف درس
۳۳۷	مقدمه
۳۳۸	مشاوره چیست؟
۳۳۹	رویکرد مشاوره
۳۳۹	اهداف مشاوره
۳۴۱	اصول مشاوره
۳۴۴	وظایف مشاور
۳۴۶	مهارت‌های مشاوره
۳۴۶	۱ - مهارت‌های ارتباطی
۳۴۷	۲ - مهارت‌های تشخیصی
۳۴۷	۳ - مهارت‌های انگیزشی
۳۴۷	۴ - مهارت‌های مدیریت
۳۴۸	انواع مشاوره
۳۴۸	سازماندهی جلسات مشاوره؛ مراحل کار
۳۵۰	خلاصه
۳۵۱	منابع:

مشاوره سلامت Health counseling

دکتر محمدحسین کاوه
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، قادر باشد:

- مشاوره را تعریف و ویژگی‌های اساسی آن را توصیف کند.
- دلایل و برخی از زمینه‌های نیاز به مشاوره سلامت را شرح دهد.
- اهمیت، ویژگی‌های مطلوب و انواع اهداف مشاوره را توضیح دهد.
- اصول مهم مشاوره اثربخش را فهرست، و کاربرت هر کدام را بیان کند.
- وظایف حرفه‌ای مشاوران را بیان نماید.
- مهارت‌های مورد نیاز برای مشاوران در فرایند مشاوره را دسته بندی و تعریف کند
- دسته بندی و انواع مشاوره‌ها را نام ببرد.
- مراحل سازمان دهی و هدایت جلسه مشاوره را شرح دهد.

مقدمه

در جهان پیچیده، پرمسئله و متغیری زندگی می‌کنیم و انواع مختلفی از مسایل و موقعیت‌های چالش برانگیزی را تجربه می‌نماییم که مقابله موفق با آنها برایمان مشکل است. بلوغ، ازدواج، ناخوشی، فقدان، معلولیت، شکست، تغییر یا جا به جایی محیط‌های کار، تحصیل و زندگی و تعارضات بین فردی در خانواده، محیط کار، همسایگی یا مدرسه از این دست موقعیت‌ها هستند. بسیاری از افراد چنین موقعیت‌هایی را با اتکای به دانش، توانایی و تجربه خود یا از طریق یاری جستن از نزدیکان با موفقیت پشت سر می‌گذارند. اما بسیاری اوقات نیز، این عوامل و شرایط به وقوع استرس و گاه بحران می‌انجامد. در چنین وضعیتی، سلامت و عملکرد اجتماعی فرد و حتی خانواده و نزدیکان وی به مخاطره می‌افتد. اکثر اوقات، ما راه‌هایی را برای حل و فصل چنین مسایلی از طریق گفتگو با خانواده، دوستان، همکاران، همسایگان و یا پزشک خانوادگی خود می‌یابیم. اما گاهی راهنمایی و توصیه‌های آنها کفایت نمی‌کنند و کارساز نیستند یا ما بسیار دست پاچه‌ایم یا از در میان گذاشتن مشکل خود با آنان خجالت می‌کشیم یا فرد مناسبی را برای رجوع نمی‌یابیم! در چنین مواقعی، مشاوره انتخاب بسیار مفیدی

است. مشاوره به مردم کمک می‌کند تا به نحو شایسته و بهتری با وضعیت‌های چالشی که مواجه می‌شوند مقابله کنند. مشاوره، مراجع را در مدیریت هیجانات و احساسات خود و اتخاذ آگاهانه تصمیمات و راه‌های مثبت یاری می‌رساند. هدف این گفتار، معرفی مشاوره سلامت به عنوان یکی از خدمات و صلاحیت‌های حرفه‌ای عمومی ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی است. در این نوشتار، مفهوم، اهداف، اصول، وظایف، مهارت‌ها، انواع و مراحل فرایند مشاوره به اجمال مورد بحث قرار خواهد گرفت.

نکته: در سرتاسر این متن، از واژه **مراجع** به جای بیمار، مددجو، یا مصدوم استفاده شده است. در اینجا مراجع به هر فردی که در زمینه سلامت به مشاوره نیاز دارد یا برای دریافت آن مراجعه می‌نماید، اطلاق می‌گردد

مشاوره چیست؟

تعاریف گوناگونی از مشاوره ارائه شده است. مشاوره به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که در جریان آن فردی را در غلبه بر مشکلاتش یاری می‌دهند. در واقع، مشاوره یکی از انواع حرفه‌های یاورانه (**Helping professions**) است؛ اعضای حرفه یاورانه، از آموزش و گواهینامه ویژه برای انجام خدمتی خاص و مورد نیاز هم‌نوعان جامعه خود برخوردارند. این وصف بیانگر این است که مشاوره، فعالیتی یک طرفه مشتمل بر اتخاذ تصمیم یا انجام کار برای مراجع یا به جای او نیست. مشاوره پند و اندرز دادن نیست؛ دادن اطلاعات و پاسخ گفتن به سؤالات مراجع و یافتن راه حل مشکلات برای او نیست؛ دستور دادن و تعیین تکلیف نیست. در شکل مؤثر مشاوره، مشاور حتی برای فرد، تشخیص نمی‌گذارد و بر او برجسی نمی‌نهد، بلکه به بهترین شیوه به مراجع گوش می‌سپارد و با او همراه می‌شود تا او خود مشکلش را درک نماید و راه‌هایی را برای حل آن بیابد و برگزیند. وظیفه مشاوره دادن فرصت به مراجع برای واکاوی منابع خود برای کشف و روشن‌سازی راه‌هایی است تا بر مسایل زندگی خود به نحو رضایت بخشی فائق آید. از این رو مشاوره، فرایندی تعاملی و پویا، متکی بر استفاده از توانایی‌ها و ارتقای اعتماد به نفس و خودکارآمدی (**self-efficacy**) مراجع در درک و حل مسایل است. در سرتاسر این فرایند مراجع یاری و حمایت می‌شود تا در باره مسائل، نگرانی‌ها، احساسات، باورها و رفتارهایش گفت و گو کند؛ چپستی، چرایی، و ابعاد مسئله را واکاوی، تحلیل و تبیین نماید؛ به شناسایی راه‌های چندگانه بپردازد؛ راه‌ها را با یکدیگر مقایسه، و در نهایت با آگاهی و اعتماد به نفس گزینه مناسب را انتخاب، تصمیم گیری و اجرا کند.

انجمن مشاوره و روان‌درمانی بریتانیا، مشاوره را فرایندی تعاملی تعریف کرده است که طی آن مشاور با قصد کمک به مراجع، به او وقت و فرصتی همراه با توجه و احترام می‌دهد تا او راه‌های زندگی را موفق‌تر شناسایی، اکتشاف و به وضوح ترسیم نماید و به سوی بهزیستی بیشتر گام بردارد. حسینی به نقل از گاستاد می‌نویسد: «مشاوره یک جریان یادگیری است که از طریق رابطه بین دو نفر صورت می‌گیرد. در این رابطه، مشاور با داشتن مهارت‌ها و صلاحیت‌های علمی و حرفه‌ای می‌کوشد تا با بهره‌گیری از روش‌های منطبق بر نیازمندی‌های مراجع، او را یاری کند تا خود را بیشتر بشناسد و بینشی را که به این طریق در باره خویش کسب می‌کند در زمینه هدف‌های معین که آنها را به صورت واقع بینانه‌ای درک کرده، به طور مؤثری مورد استفاده قرار دهد و در نتیجه، به فردی خلاق و شادمان‌تر در جامعه خود تبدیل شود».

چنان که ملاحظه می‌شود، کمک و یاری کردن، مفهوم مشترک و اساسی تمام تعاریف مشاوره است؛ منتهی یاری کردنی که مستلزم به کارگیری دانش علمی و مهارت‌های حرفه‌ای خاص برای رسیدن به اهداف ویژه و مطلوب است. مشاوره بر رابطه‌ای حرفه‌ای بین یک مشاور کارآزموده و مراجع دلالت دارد. شاخصه این رابطه، کاربست یک یا بیشتر از نظریه‌های روان‌شناختی و مجموعه‌ای از مهارت‌های ارتباطی تایید شده برای رسیدگی به مسایل و دغدغه‌های مراجعان است که از طریق تجربه، شهود و عوامل درون فردی دیگر تعدیل یافته‌اند. جلوه عملی برجسته مشاوره تسهیل‌گری است، نه نصیحت کردن یا اجبار. به علاوه، مشاوره مؤثر، نیازمند داشتن شناخت و درک مناسبی از ویژگی‌ها، نیازها و قابلیت‌های مراجعان و وضعیت‌هایی است که خود را در آن‌ها می‌بینند. این فرایند، همچنین تحت تاثیر جهان بینی، باورها، نظام ارزشی و نگرش‌های مشاور نسبت به انسان، مکاتب روان‌شناختی رایج، چهارچوب‌های پنداشتی و نظری مورد قبول او قرار دارد.

از منظر حرفه‌ای، مشاور سلامت به کسی گفته می‌شود که با کاربست دانش و مهارت‌های حرفه‌ای به مراجع در شناخت، درک، و تصریح مسائل مرتبط با سلامت و سپس انتخاب راه حل و شیوه عمل مناسب کمک می‌کند. مشاوران برای ایفای شایسته وظایف حرفه‌ای خود در پاسخگویی مؤثر به نیازهای جامعه به کسب و توسعه مستمر دانش، مهارت‌ها، و صلاحیت‌های حرفه‌ای از طریق دوره‌های آموزشی مناسب و تجارب یادگیری برنامه ریزی شده نیاز دارند.

رویکرد مشاوره

اغلب غیر دستوری (Non-directive) است؛ برای مثال، هدف از مشاوره قبل از آزمون تشخیصی HIV توصیه یا واداشتن مراجعان به انجام آن نیست، بلکه برای درک خطر، تبیین نتایج احتمالی آزمون، حمایت‌ها و مراقبت‌های موجود، و کمک به آنان است تا تصمیمی بگیرند که احساس آرامش و رضایت کنند. از این رو این رویکرد به تکامل شخص نظر دارد و هدف آن توانمند و کارآمد کردن او برای نیل به سلامت بهینه در شرایط دشوار و غامض مانند بیماری مزمن، ناتوانی و داغدیدگی است. از طرف دیگر، هنگامی که روشن باشد رفتار یا شیوه خاصی به احتمال بسیار تبعات و پیامدهای منفی و مخاطره آمیزی خواهد داشت، مشاوره ممکن است حالت دستوری یا جهت دهنده (directive) به خود بگیرد. در چنین شرایطی مشاور ممکن است با تبیین پیامدهای احتمالی، رفتار یا عمل خاصی را بیش از موارد دیگر توصیه و تاکید نماید. برای مثال هدایت بیماران پس از سکته قلبی برای شناختن و درک تغییراتی در سبک زندگی که احتمال وقوع سکته قلبی مجدد را کاهش می‌دهد، مفید و مناسب خواهد بود. به هر حال مشاوره چه دستوری باشد و چه غیر دستوری، غالباً فرایندی فراتر از توصیه، نصیحت کردن یا ارائه اطلاعات و آموزش دادن، بلکه فرایند پویای یادگیری با محوریت مراجع است.

اهداف مشاوره

به طور کلی، هدف بیانگر نتایج یا تغییرات مطلوبی است که انتظار داریم پس از انجام مشاوره برای مراجع حاصل گردد. اگر به عنوان مشاور به دنبال رفع نیازها و مشکلات مراجعان هستیم، ابتدا بایستی درک درستی از هدف‌ها و مقاصد مشاوره داشته باشیم. توجه به این واقعیت که معمولاً مراجعان در وضعیت بسیار بدی از

اضطراب و ناراحتی به سراغ مشاور می‌آیند، این فرض را قوت می‌بخشد که هدف اصلی مشاوره ایجاد احساس بهتر در مراجعان است. هدف نهایی مشاوره را می‌توان رفع مشکل، ارتقای رضایتمندی و کیفیت زندگی مراجعان دانست. با این حال این کار در کوتاه مدت میسر نمی‌شود. بنابراین مهم‌ترین هدف فرایند مشاوره کمک به تغییر مراجع است؛ این تغییر می‌تواند شامل تفکر، هیجان، ارتباط، نحوه عملکرد، و ... تا تحقق تغییرات مطلوب نهایی باشد. اهداف باید با نوع نیازها، مشکلات، موقعیت و شرایط زمینه‌ای یا محیطی مراجع، تناسب داشته باشد. به طور مثال، زمانی که مشکل مراجع در حوزه مسائل عاطفی و روان‌شناختی قرار می‌گیرد، هدف مشاوره بازیابی تعادل روانی و ایجاد شخصیتی سالم و متعادل از نظر سازش با خود و دیگران است. هنگامی که مراجع در تصمیم‌گیری و انتخاب مثلاً انتخاب رشته تحصیلی، شغل، با همسر، مردد و حیران است هدف کمک به او برای تصمیم‌گیری است. اهداف مشاوره ممکن است ویژه یک موقعیت یا وظیفه خاص باشند؛ مانند مشاوره ژنتیک، خاتمه دادن به بارداری و مشاوره قبل از آزمایش آلودگی به HIV؛ یا این که جنبه‌های کلی و اساسی مانند ارزیابی روانی-اجتماعی، توسعه مهارت‌های ارتباطی، بازسازی شناختی و ... را شامل شوند. در هر صورت، موفقیت و اثربخشی فرایند مشاوره بستگی بسیاری با مناسب بودن اهداف دارد. اگر اهداف نامناسب، مبهم، یا غیر واقع بینانه باشند احتمال کمی دارد که مشاوره به نتیجه مطلوب برای مراجع منجر شود. در مقابل، اهداف روشن و مناسب به ایجاد رابطه مؤثر با مراجع و کاهش انتظارات غیرواقع بینانه کمک می‌کنند؛ همچنین تعیین روش‌ها، برآورد مدت و ارزشیابی پیشرفت مشاوره را تسهیل می‌نمایند. برخی از اهداف مشاوره که به صورت واضح یا تلویحی توسط مشاوران منعقد می‌گردند عبارتند از:

- ۱ - **ایجاد رابطه با دیگران:** فرد بهتر بتواند با دیگران رابطه‌ای معنی دار و رضایت بخش برقرار و حفظ نماید؛ برای مثال، در خانواده یا محیط کار.
- ۲ - **خود-آگاهی:** مراجع تصویر واضح و واقع بینانه‌ای از موقعیت، احساسات و توانایی‌هایش به دست آورد؛ نسبت به افکار و احساساتی که سرکوب یا انکار شده‌اند آگاه و هشیارتر شود، یا حس دقیق‌تری از خودش را در منظر دیگران درک و ایجاد نماید.
- ۳ - **قبول خود:** نگرش مثبتی در مراجع نسبت به خودش، که از طریق توانایی فرد به تصدیق ضعف‌ها و قوت‌های خود مشخص می‌شود، ایجاد شود و توسعه یابد.
- ۴ - **خود شکوفایی یا تشخیص:** مراجع به سمت به فعلیت رساندن استعداد یا نیل به انسجام و یکپارچگی بخش‌هایی از وجود خود که قبلاً در تعارض بوده اند، حرکت کند.
- ۵ - **تنویر (آگاهی حقیقی):** به مراجع برای رسیدن به وضعیت بالاتری از بیداری و بصیرت معنوی کمک شود.
- ۶ - **حل مسئله:** مراجع راه‌های جدیدی برای نگرستن به موقعیت و مسئله خودش، بیابد و درک کند؛ همچنین به او در یافتن راه حل برای مشکل خاصی که به تنهایی قادر به حل آن نبوده است و در مجموع به دست آوردن صلاحیت کلی در حل مسئله کمک شود.
- ۷ - **تربیت روان شناختی:** در این بعد، هدف قادر ساختن مراجع برای آموختن ایده‌ها و فنونی که با آنها رفتار را درک و کنترل نماید، می‌باشد.

- ۸ - اکتساب مهارت‌های اجتماعی: در این هدف، یادگیری و تسلط یافتن بر مهارت‌های اجتماعی و بین فردی مانند برقراری تماس چشمی، رعایت نوبت در گفت و گو، قاطعیت یا کنترل خشم دنبال می‌شود.
- ۹ - تغییر یا بازسازی شناختی: در اینجا اصلاح یا جایگزینی باورهای غیرمنطقی یا الگوهای فکری ناسازگاری که با رفتار خود - تخریبی در مراجع همراهند، هدف فعالیت‌های تعاملی در مشاوره قرار می‌گیرد.
- ۱۰ - تغییر رفتار: هدف مشاوره ممکن است اصلاح یا جایگزینی الگوهای رفتاری ناسازگار یا خود-تخریبی مراجع و افزایش انگیزه و مهارت‌های مورد نیاز او برای این کار باشد.
- ۱۱ - تغییر سیستمی: در این بُعد، هدف ایجاد تغییر در شیوه عملکرد سیستم‌های (نظام‌های) اجتماعی، مثل خانواده، و یاری کردن مراجع در ایفای نقش برای آن است.
- ۱۲ - توانمندسازی: این هدف بر کار روی مهارت‌ها، هشیاری و دانشی که مراجع را به کنترل زندگی‌اش قادر خواهد سازد، متمرکز است. در این فرایند انتظار می‌رود مراجع با ارتقای اعتماد به نفس و خودبستگی خود، از رابطه مشاوره‌ای استقلال کسب کند.
- ۱۳ - جبران: گاهی هدف مشاوره کمک به مراجع است برای این که رفتارهای مخرب قبلی را اصلاح نماید و برای جبران آسیب‌های واقع شده مثلاً، برقراری مجدد رابطه صمیمانه با همسر، تلاش نماید.
- ۱۴ - زاینده‌گی و کنش اجتماعی. گاهی مشاوره به سطحی بالاتر از رفع نیازهای شخصی و فعلی مراجع می‌پردازد و هدف آن دمیدن روحیه، آرمان و ظرفیت مراقبت از دیگران، نشر دانش (زاینده‌گی) و سهیم شدن در خیر و نفع عمومی از طریق مشارکت در امور و خدمات اجتماعی می‌گردد.

اصول مشاوره

«اصول» برای سازماندهی برنامه‌ها، برانگیختن و هدایت فعالیت‌ها، یک چارچوب فلسفی به وجود می‌آورد. اصول، رهنمودهایی است که از روش‌ها، نتایج پژوهش‌ها، و تجارب حرفه‌ای سرچشمه می‌گیرد و تجلی نظرات اکثریت کارشناسان حرفه‌است. اثربخشی فعالیت‌های مشاوره با رعایت اصول مربوط، بسیار همبسته است. در ذیل، فهرستی از اصول مشاوره ارائه شده است:

(۱) **رابطه مؤثر.** رابطه مشاور-مراجع قلب مشاوره است. مشاوره مؤثر به کیفیت این رابطه بستگی دارد (موسوی). بدیهی است کیفیت ارتباط مشاور-مراجع، به شخصیت، باورها، نگرش‌ها، و نحوه رفتار و عملکرد مشاور بستگی زیادی دارد. استفاده مؤثر از زبان - زبان مشترک و قابل فهم برای مراجع- و سایر مهارت‌های ارتباط اثربخش از ملزومات اساسی برقراری رابطه مؤثرند.

در رویکرد مراجع-محور مشاوره، که بر نظریه‌های کارل راجرز (Carl Rogers) و آبراهام مازلو (Abraham Maslow) مبتنی است، بر ویژگی‌ها یا شرایط اساسی زیر برای اثربخش بودن مشاوره تأکید شده است:

الف) همدلی (Empathy)،

ب) صداقت و همخوانی (genuineness and congruence)

پ) احترام مثبت غیرشرطی (unconditional positive regard)، و

ت) جو ارتباطی ایمن و غیرقضوتی (a safe and non-judgmental atmosphere).

همدلی، برای توصیف ویژگی خاصی به کار می رود که درمانگر بایستی در ارتباط با مراجعش دارا باشد. و آن توانایی درک احساسات و تجربه‌های مراجعان است، همانگونه که آنها خود احساس می کنند. همدلی حالتی است که طی آن فردی به دنیای فرد دیگر وارد می شود و در عین حال نسبت به وضعیت (دنیای) خودش آگاه و هشیار است. در اینجا، مشاور خود را جای مراجع قرار می دهد، دنیا را از منظر چشم او می نگرد و قادر می شود احساسات واقعی او را درک نماید. همدل بودن به معنی همراه و همگام شدن با مراجع است. این، فضای اعتمادبرانگیزی را ایجاد می کند که مراجع در آن احساس امنیت می نماید و قادر می شود در باره مسایل، اسرار و احساساتش به راحتی صحبت کند. لازم به ذکر است که همدلی با همدردی (sympathy) متفاوت است؛ در همدردی فرد در احساسات و هیجانات مراجع وارد، اما از تألم‌های آن متأثر می گردد. فردی که همدردی می نماید دچار احساساتی همچون ترحم، شفقت و رنجش خاطر می شود و اغلب در موضع قضوت‌های نادرست قرار می گیرد. در این حالت، ممکن است به انتقاد از مراجع، توجیه احساسات یا اطمینان دادن نابجا به او متمایل شود.

صداقت و همخوانی (واقعی بودن) نیز از ضرورت‌های مشاوره اثربخش هستند. برای آن که مشاور صادق و همخوان باشد بایستی واقعاً خودش باشد؛ فردی تمام عیار، هماهنگ، یکپارچه و واقعی؛ با تنوع نقش‌ها، قوت‌ها و ضعف‌هایی که کم و بیش تمام افراد دارند. ماسک مشاوره را کنار بگذارد و از هر گونه رفتار ساختگی پرهیز نماید. ما هنگامی فرد را همخوان و واقعی قلمداد می کنیم که گفتارش با رفتار و ارتباطات غیرکلامی اش هماهنگ و جور باشد. به عبارت دیگر آن گونه بنماید که واقعاً هست! این بدان معنی است که یاریگر خود را در موضع متخصصی بدون ضعف، برتر و مافوق مراجع جلوه ندهد، که در این صورت رابطه آسیب خواهد دید. بنابراین، این ویژگی‌ها برای ایجاد اعتماد و اطمینان مراجع بدان اهمیت زیادی دارند. برای همخوانی گاهی لازم می شود که مشاور بخشی از اطلاعات شخصی خودش را افشاء کند (خود - افشایی). در غیر این صورت مراجع ممکن است در رابطه مشاوره ای احساس برابری نکند، بلکه احساس ناراحتی و حتی کهنتری و حقارت نماید. مطرح کردن تجارب شخصی خود یا دیگران به نحو مناسب و اخلاقی از ممکن است به مراجع، کمک کند تا دریابد که مشکل او منحصر به خودش نیست، بلکه دیگران نیز مشکلات مشابهی داشته اند و با تدبیر توانسته اند بر آن‌ها فائق آیند. البته مثل هر رابطه دیگری، رابطه مشاوره ای نیز دارای حد و مرزهایی است مناسب نیست که مشاور اطلاعات فوق العاده شخصی و محرمانه اش را فاش کند. **احترام مثبت غیر شرطی**، که اغلب به عنوان قبول و پذیرش بدون قید و شرط هم توصیف می شود، به معنی اتخاذ موضع غیر قضوتی نسبت به مراجع، پذیرفتن و قبول داشتن او برای آنکه و آنچه که هست، می باشد. مشاور بایستی به شخصیت مراجع احترام بگذارد و بدون توجه به رنگ، نژاد، قومیت، عقاید، موقعیت اقتصادی - اجتماعی، و جنس مراجع برای او ارزش قائل باشد و برای رفع نیاز و مشکلش تلاش نماید. مشاور با این ویژگی، صرف نظر از این که مراجع چه فاصله اجتماعی، اقتصادی یا شغلی با او دارد، او را دوست داشته باشد یا خیر، یا با دیدگاه و رفتارش موافق باشد یا نباشد، او را می پذیرد و صادقانه برای حل مسئله

یاری اش می نماید. این ویژگی، زمینه ای غیرتهدیدآمیز را فراهم می کند که در آن مراجع، خود و موقعیتش را کاوش نماید. این حالت برای آشکار ساختن مسائلی که به باور مراجعان مورد قبول و تایید دیگران نیست، لازم است.

جو ارتباطی ایمن و غیرقضاوتی. ایجاد فضای ایمن و دوستانه، به طوری که مراجع بتواند احساسات و افکارش را اظهار نماید، جنبه اساسی دیگری از رابطه یاریگرانه است. همچنین، اتخاذ عملکرد و موضع غیر قضاوتی می تواند مراجع را یاری کند تا افکار و هیجانات واقعی اش را آشکار کند، آگاهی و هشیاری اش را نسبت به خود توسعه دهد و به درک نقش و مسئولیت خود در کنترل و حل مسئله واقف گردد. هرچه مراجعان واقعی تر باشند و اظهارات و رفتارشان با افکار و احساساتشان همخوانی داشته باشد، ارتباط بازتر و واقعی تری ایجاد، و خود - راهبری مراجع در حل مشکل تسهیل خواهد شد.

(۲) **تکریم شخصیت و حفظ کرامت مراجع.** در مشاوره شخصیت و کرامت مراجع به عنوان یک انسان بایستی حفظ و تقویت، و از هر گونه رفتار که موجب اهانت، سرزنش، یا احساس کهنتری در او می گردد احتراز شود. مشاور نه تنها بایستی به قابلیت مراجع در درک، تحلیل و تصمیم گیری برای مسئله اش اعتقاد داشته باشد، بلکه در عمل نیز برای ظهور و تقویت این ظرفیت و خود-راهبری در مراجع کمک کننده و تسهیلگر باشد.

(۳) **حفظ حقوق مراجع.** در مشاوره باید حقوق مراجع در حفظ حریم خصوصی و در تصمیم گیری برای مسائل محفوظ بماند. مشاوره نباید به مراجع تحمیل گردد و استقلال او در تصمیم گیری و انتخاب بایستی محترم شمرده شود. (حسینی بیرجندی) فرایند مشاوره باید در نهایت به پذیرش مسئولیت و تصمیم گیری آگاهانه توسط خود مراجع، منجر شود. از این رو، مراجع حق دارد اطلاعات، دانش و مهارت های حل مسئله را بیاموزد.

(۴) **حفظ آزادی و اختیار مراجع.** مراجع بایستی در گفتن مشکلات، دادن اطلاعات، و بیان احساسات راحت باشد و احساس آزادی نماید. مشاور باید کاملاً به حرف های او گوش دهد؛ از ارزیابی، قضاوت، سرزنش کردن، و حتی ایجاد صداها یا اظهار حالات غیرکلامی که این چنین معانی داشته باشند، پرهیز کند. همچنین، لازم است به اختیار مراجع در ادامه یا ترک مشاوره احترام گزارده شود.

(۵) **استمرار و دیدگاه فرایندی.** تحقق بسیاری از اهداف مشاوره به جریان پیوسته ای از فعالیت های برنامه ریزی شده و هدفمند مشاوره نیازمند است. به عبارت دیگر، به ندرت مشاوره اقدامی مقطعی است، بلکه باید در تمام دوران تحصیل و مراحل زندگی، که در هر مرحله سطح بالاتری از توانمندی حاصل می شود، ادامه یابد.

(۶) **رویکرد کل نگر در مشاوره.** در امر مشاوره و راهنمایی باید به تمام جنبه های شخصیتی و نیازهای تکاملی یا موقعیتی مراجع توجه شود. همچنین، مراجع را بایستی در متن شرایط و زمینه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و در مجموع محیطی که در آن قرار دارد و زندگی می کند مورد بررسی و توجه قرار داد. محیط از تعیین کننده های مهم وضعیت سلامت و همچنین توانایی مراجعان در اعمال کنترل بر سلامت و تغییر دادن شرایطی است که بر سلامت آنها تأثیر می گذارند. جزء نگری، کم یا بی توجهی به این ابعاد و زوایا می تواند به ناکامی فرایند مشاوره بیانجامد. در این راستا، توجه به خانواده به عنوان مهمترین نهاد اجتماعی و پس از

آن محیط‌های کار، تحصیل و جامعه محلی، و اتخاذ تدابیر مناسب برای مشارکت با آنها برای نیل به اثربخشی برنامه‌های مشاوره بسیار حائز اهمیت است.

(۷) **توجه به تفاوت‌های فردی.** مشاور باید توجه داشته باشد که افراد از لحاظ وضعیت روان شناختی، توانایی، منابع فردی و محیطی با یکدیگر متفاوتند. او باید به نیازهای روانی اجتماعی، مالی، و معنوی مراجع، توجه کند. برنامه مشاوره باید مبتنی بر و متناسب با نیازها و ویژگی‌های منحصر به فرد مراجعی باشد که مترصد خدمت به آنها است. از این رو، لازم است در برنامه ریزی و ارزشیابی مشاوره این تفاوت‌ها به حد کافی مورد توجه قرار گیرند.

(۸) **رویکرد تیمی (مشارکتی).** مشاور بایستی توجه داشته باشد که نوع و سطح نیازها و مشکلات مراجعان متفاوت و از طرف دیگر توانایی‌های او نیز برای پرداختن و رسیدگی کردن به تمام آنها محدود است. از این رو، اتخاذ رویکرد تعاملی، مشتمل بر تشریک مساعی با افراد صاحب نقش و تأثیر مانند معلمان و متخصصان مشاوره، تعلیم و تربیت، و سلامت روان، و ارجاع مراجع به آنان برای ارائه خدمات بهتر و مؤثرتر به نیازمندان ضرورت دارد.

(۹) **داشتن برنامه ریزی و تنظیم طرح هدفمند برای مشاوره.** این کار احتمال توافق مشاور و مراجع در باره آنچه که قرار است انجام شود و همچنین امکان ارزیابی پیشرفت مشاوره را افزایش می‌دهد. داشتن طرح برای جلسه به معنی سوگیری‌های از قبل تعیین شده و غیر قابل انعطاف یا تعیین راه حل نیست؛ بلکه این کار به هدایت جریان و اثربخشی مشاوره کمک می‌کند.

(۱۰) **رازداری و حفظ محرمانگی.** در جریان مشاوره اطلاعات زیادی در باره مشکلات و مسایل خصوصی و احتمالاً پریشان کننده مراجعان برای مشاوران بیان می‌شود. این اطلاعات باید در مقابل دیگران و حتی بستگان مراجع به عنوان راز، حفظ شود. در غیر این صورت به اعتماد مراجع به مشاور خدشه وارد می‌شود.

(۱۱) **تخصص و مهارت در مشاوره.** مشاور باید موقع مناسب و چگونگی کاربست ماهرانه دانش و مهارت‌های علمی مشاوره را بداند. همچنین لازم است درک جامعی از فرایند، نظریه‌ها و فنون علمی مشاوره داشته و در برنامه ریزی و اجرای مشاوره با در نظر گرفتن ویژگی فردی، اجتماعی، و فرهنگی مراجعان تبحر داشته باشد. برخورداری از دانش و مهارت کافی در استفاده مناسب از نظریه‌های روان شناختی و مشاوره، به بهبود فرایند مشاوره و جلوگیری از سردرگمی در جلسات کمک می‌کند.

وظایف مشاور

وظایف، گام‌هایی هستند که برای رسیدن به اهداف باید انجام شوند؛ بسیاری از وظایف مشاوران را می‌توان از روی اهداف و اصول مشاوره استنباط و استخراج نمود؛ در اینجا فهرستی از وظایف مشاور ارائه می‌گردد؛ قابل ذکر است وظایف محدود به آنچه فهرست شده، نمی‌شود و خواننده محترم می‌تواند با مرور دقیق مطالب و مراجعه به منابع به فهرست جامع‌تر و عینی‌تری از وظایف حرفه‌ای مشاور دست یابد.

(۱) **برنامه ریزی.** در ایفای این وظیفه، مشاور به نیازسنجی، شناخت و تحلیل ویژگی‌های مخاطب، از جمله سطح سواد، ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی، وضعیت خانواده، سطح آمادگی برای تغییر، برخورداری و

- دسترسی مراجع به منابع حمایتی، و ... می پردازد. بخش مهمی از برنامه ریزی جمع آوری اطلاعات برای تعیین اهداف مشاوره، تعیین خدمات و راهکارهای مورد نیاز مثل تعامل با خانواده، انتخاب زمان، برآورد تعداد و مدت جلسات مشاوره، می باشد.
- (۲) **مشاوره فردی و گروهی.** اجرا و هدایت مؤثر جلسات مشاوره ای از وظایف محوری مشاوران است؛ در این کار از مشاوران انتظار می رود ارتباط انسانی مناسبی را با مراجعان برقرار نمایند؛ از روش‌ها و فنون علمی مشاوره بجا و به نحو مؤثر استفاده نمایند؛ و از استانداردهای عملکرد و اصول اخلاق حرفه ای مانند عدالت، رویکرد بی طرفانه، تسهیلگرانه، و شخص-محور در مشاوره پیروی کنند.
- (۳) **مشورت و ارجاع.** مشاوران حسب اقتضاء بایستی با والدین، معلمان، سرپرستان در محیط کار مراجع، و همکاران حرفه ای خود برای شناسایی و تعیین بهترین طرق کمک به مراجع مشورت نمایند یا به آنها مشاوره دهند. همچنین هنگام نیاز مراجع را برای دریافت خدمات تخصصی به سایر متخصصان راهنمایی و ارجاع می نمایند.
- (۴) **توانمندسازی مراجعان.** چنان که در توصیف مشاوره اصول و نظریه‌های آن به وضوح تأکید شده است، توانمند ساختن، حفظ استقلال و اختیار مراجع در درک مسئله، یافتن و گزینش راه حل مناسب و تصمیم گیری بسیار اهمیت دارد. بر این اساس، مشاوران بایستی برای پرورش نگرش‌ها، باورها و مهارت‌هایی مانند تفکر، حل مسئله، عزت نفس، ارتباط، مدیریت استرس، سواد سلامت، و هوش هیجانی در مراجعان با استفاده از تدابیر و فنون مناسب بکوشند.
- (۵) **پایش و ارزشیابی.** مشاور بایستی میزان پیشرفت فرایند مشاوره از لحاظ وقوع تغییرات مطلوب در مراجع مانند بهتر شدن نگرش، اصلاح باورهای غلط، کسب مهارت، و ... (شاخص‌های فرایند)، و بهبودی در وضعیت مراجع شامل کسب سازگاری فعال، بهبود عملکردهای تحصیلی، شغلی، و خانوادگی، و در نهایت کیفیت زندگی او (شاخص‌های پیامد) با روش‌های مناسب و با مشارکت مراجع و یا خانواده وی مورد پایش و ارزشیابی قرار دهد؛ و از بازخورد و تدابیر مناسب برای ارتقای اثربخشی مشاوره استفاده نماید.
- (۶) **توسعه مداوم حرفه ای.** مشاوران بایستی از طریق شرکت فعال در برنامه‌های توسعه مداوم حرفه ای و یادگیری مادام العمر، دانش و توانمندی‌های خود را توسعه دهند و به روز نمایند. با توجه به گسترش روزافزون برنامه‌های آموزش، یادگیری، و مشاوره مبتنی بر فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات، کسب مهارت برای استفاده از این فناوری‌ها برای توسعه حرفه ای خود و ارائه خدمات به مراجعان نیز اهمیت و ضرورت یافته است.
- (۷) **حمایت همه جانبه.** معمولاً مشکلات مراجعان پیچیده و چندگانه است. از طرف دیگر، آنان زمانی به مشاور مراجعه می کنند که مسئله به وخامت گراییده است. از این رو، شایسته است برای یاری مراجع زمینه و شرایط محیطی مراجعان، از جمله خانواده، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، و منابع حمایتی، مورد بررسی قرار گیرد. و با برنامه ریزی و اتخاذ راهکارهای مناسب برای بهره گیری از منابع و سازمان‌های اجتماعی برای حمایت همه جانبه از مراجع تلاش شود.

مهارت‌های مشاوره

مشاوران برای ایفای شایستگی و با کفایت وظایف حرفه‌ای خویش به سطح مطلوبی از مهارت‌های شناختی، عاطفی، ارتباطی-اجتماعی، و مدیریتی و توسعه مداوم حرفه‌ای نیاز دارند. ریشه مهارت‌های مشاوره در نظریه‌های ارتباط، مشاوره و تغییر رفتار، و پشتوانه آنها کار عملی و تحقیق است. مشاور، این مهارت‌ها را از راه تحصیل علم و کار عملی کسب می‌کند. این مهارت‌ها را می‌توان به مهارت‌های ارتباطی (communication skills)، انگیزشی (Motivational skills)، تشخیصی (Diagnostic skills)، و مدیریتی (management skills) دسته‌بندی کرد. روشن است که اینها با هم و با فرایند مشاوره همپوشانی و ارتباط متقابل دارند.

۱- مهارت‌های ارتباطی

مهارت‌های ارتباطی، خود شامل زیرمجموعه‌ای از مهارت‌ها از قبیل توانایی ابراز رفتار توجه‌آمیز، همدلی، کمک به مراجع برای صحبت کردن، گوش دادن فعال، پرسیدن، نحوه سؤال کردن، دریافت و ارائه بازخورد، و . . . می‌باشد. در اینجا مهارت‌های ارتباطی را در ذیل دو زیرمجموعه کلامی و غیرکلامی به اختصار بحث می‌کنیم.

الف) مهارت‌های ارتباط غیرکلامی. زبان غیرکلامی یکی از وسایل متداول ارتباط در جامعه است. در مشاوره نیز که خود یک فرایند تعامل اجتماعی است، ارتباط غیرکلامی هم برای مشاور و هم مراجع مهم اهمیت دارد. اهمیت و تأثیر پیام‌های غیرکلامی در انتقال معنا و احساس، بسیاری از اوقات به حدی زیاد است که پیام‌های کلامی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و گاه ملاک صدق گفتار می‌شود. یکی از شیوه‌های غیرکلامی مورد استفاده مشاور، ابراز رفتار توجه‌آمیز است. این رفتار پاسخگوی چند هدف ویژه، شامل ابراز توجه فردی به صورت گوش دادن، ابراز احترام، سرمشق‌دهی رفتار مثبت، و بهسازی قدرت تمیز مشاور با تمرکز بر مراجع می‌باشد. نمونه‌هایی از رفتارهای غیرکلامی عبارتند از: چگونگی تماس چشمی، حالات چهره (لبخند، اخم، تعجب، خستگی، غمگینی)، فاصله از مراجع، موضع مشاور و وضعیت فیزیکی مشاور در مقابل مراجع نسبت به مراجع (رو به رو، مایل یا دور بودن)، کیفیت صدا (وضوح، تون، بلندی، لرزش، یکنواخت و بی‌احساس بودن صدا)، چگونگی رفتار (غرور آمیز، بی‌توجه، مشغول شدن به فعالیت‌های دیگر).

ب) مهارت‌های کلامی. گرچه ممکن است عجیب به نظر برسد، اما ابتدا مهارت گوش دادن را مطرح می‌کنیم؛ زیرا گوش دادن پیش‌نیاز ارتباط کلامی مؤثر و در واقع زیربنای اثر بخشی مشاوره است. مشاور بدون گوش سپردن نمی‌تواند بفهمد که مراجع او کیست، چه ویژگی‌ها و مشکلاتی دارد؛ بدون شناخت نیز نمی‌تواند به او کمک کند. در عین حال گوش دادن یکی از رفتارهای دشوار انسان‌ها است. موضوع مهم بعدی در ارتباط کلامی، هنر سؤال کردن است. مهارت سؤال کردن، مستلزم استفاده از کلمات و عبارتهای مناسب، نوع مناسب سوال و توجه به زمان است.

سؤال کردن ممکن است با اهداف مختلف انجام شود: ترغیب و تحریض مراجع به صحبت کردن، تداوم گفت و گو (به عنوان نمونه، چرا فکر می‌کنید که این واکنش آنها به خاطر وضعیت شما بوده است؟)؛ تصریح و شفاف

سازی گفته‌های مراجع برای مثال، منظور شما چیست؟ آیا منظورتان را درست فهمیدم؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید؛ تعیین اعتبار و دقت گفتار و دیدگاه‌های مراجع (مثلاً، از کجا می‌دانید که همکارانتان با شما خصومت دارند؟ به چه دلایلی اینطور فکر می‌کنید؟.

سؤال‌ها ممکن است باز-پاسخ یا بسته-پاسخ باشند. سؤالات باز برای استخراج اطلاعات و آشکار ساختن احساسات، در مقایسه با سوال‌های بسته بهتر و موثرترند. سوال ممکن است از نوع مستقیم (مانند به من بگویید آیا معتاد هستید؟!)، یا غیرمستقیم (مانند نظرتان در باره اعتیاد چیست؟) باشد. در هر صورت، سؤال بایستی واضح، هدفمند، مختصر، متناسب با سطح سواد و فرهنگ مراجع و به موقع باشد. سؤال بایستی با لحن طبیعی و احترام آمیز بدون تحقیر، استهزاء یا سرزنش- نهفته یا آشکار- پرسیده شود.

۲- مهارت‌های تشخیصی

مشاوره کارساز و مؤثر، بر تشخیص و تحلیل صحیح و واقع بینانه وضعیت و مسئله مراجع استوار می‌گردد؛ همانطور که انتخاب شیوه و اثربخشی مداخله طبی به صحت تشخیص بستگی دارد. اگر بناست که مشاور، مراجع خود را در جریان خودشناسی و رشد کمک کند، بدون تردید باید درک و شناخت کافی از رفتار، شیوه‌های رفتاری و تحلیل آنها داشته باشد. برخورداری از مهارت‌های شناخت و تحلیل در زمینه روان‌شناسی و شاخه‌های مرتبط با آن مانند روان‌شناسی اجتماعی، مفید بلکه لازم است. علاوه بر مهارت‌های ارتباطی و شناختی، مشاور باید در استفاده از آزمون‌ها و ابزارهای استاندارد روان‌شناختی نیز دانش و مهارت داشته باشد.

۳- مهارت‌های انگیزشی

مراجع- محوری در مشاوره بر تغییرات مطلوب در نگرش، ادراک، باورها، خود-کارآمدی و الگوی عملکردی مراجع به عنوان پیش نیاز حل مشکل و بهبودی وضعیت او دلالت دارد. از این رو، حرکت مراجع به سوی هدف‌های مشاوره غالباً با مهارت مشاور در برانگیختن مراجع برای تغییر همبستگی دارد. کسب دانش، درک نظریه‌ها و راهبردهای انگیزش، و تمرین برای کسب تبحر در ایجاد انگیزش در مراجعان مختلف برای اثربخشی مشاوره ضرورت دارد.

۴- مهارت‌های مدیریت

همانگونه که می‌دانیم در یک تعریف کلی، مدیریت به معنای سازمان دهی و استفاده بخردانه و مؤثر از منابع برای تحقق اهداف مورد نظر است؛ بسیاری اوقات فعالیت‌های مشاوره به دلیل مدیریت ضعیف مانند انتخاب زمان و مکان نامناسب، غفلت یا بی‌توجهی نسبت به پتانسیل، استعداد و توانایی مراجع برای خود-راهبری، برقرار نکردن ارتباط و تشریک مساعی با خانواده، نداشتن مهارت در هدایت و کنترل جلسات، نداشتن پایش و ارزیابی برای تشخیص و علاج بموقع کاستی‌ها، و ... کارآیی و اثربخشی مطلوب ندارند و حتی گاهی به شکست و نومییدی منجر می‌شوند. در واقع، بسیاری اوقات ناموفق بودن به دلیل نداشتن منابع نیست، بلکه به دلیل ضعف در برنامه ریزی و مدیریت منابع و برنامه‌ها اتفاق می‌افتد. از این رو، مشاوران برای حصول نتایج مطلوب از تلاش‌ها و هزینه‌های خود و مراجعان، به کسب و تقویت مهارت‌های مدیریتی از طرق مناسب مانند کسب دانش،

کارآموزی، و بهره‌گیری از مشاوران مجرب و متبحر در حرفه بپردازند. لازم به ذکر است توانمندی مدیریتی در مشاوره، مهارت‌های خودمدیریتی مشاور برای ارزیابی مستمر عملکرد و استفاده از منابع برای توسعه مداوم حرفه‌ای خود نیز می‌باشد.

انواع مشاوره

مشاوره را از دیدگاه‌ها و ملاک‌های مختلف، به انواع متفاوتی تقسیم می‌کنند. برای مثال، بر حسب نیاز، مسئله، یا ویژگی‌های جمعیت شناختی، سلامت، یا اجتماعی-اقتصادی مراجعان انواع مختلفی از مشاوره قابل تعریف است؛ مانند مشاوره نوجوانان، مشاوره ژنتیک، مشاوره بیماران روانی، و مشاوره پیگیری از خودکشی. آشنایی با انواع مشاوره از این نظر که ممکن است به کاربرد نظریه‌ها و رویکردها و فنون خاص در هر نوع، نیاز باشد غالباً مفید و گاه ضروری است. از آنجا که بحث تفصیلی در مورد هر کدام از انواع مشاوره در این نوشتار امکان پذیر نیست، تنها به ذکر برخی از آن‌ها بسنده می‌گردد.

مشاوره در بحران (در مواردی مانند خودکشی، ابتلا به بیماری شدید یا نقص عضو، طلاق)؛ **مشاوره تسهیلگرانه** (برای مسایلی مانند تغییر و جابجایی شغلی، مشکلات تحصیلی و سازگاری زناشویی)؛ **مشاوره پیشگیری** (مانند آموزش جنسی، پرورش مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی، مشاوره پیشگیری از سوء مصرف مواد)؛ **مشاوره تکاملی** (مثلاً برای کسب خود-پنداره مثبت، شناخت هویت، آمادگی برای قبول و انجام مسئولیت والدی)؛ **مشاوره استخدامی** (انتخاب شغل، تغییر شغل، و سازگاری شغلی)، **مشاوره تصحیحی** (اصلاح رفتار مجرمان و بزهکاران، کارگماری)؛ **مشاوره توانبخشی** (کمک به سازگاری و ارتقای عملکرد اجتماعی افرادی که دچار ناتوانی، نقص عضو یا معلولیت شده‌اند)؛ **مشاوره خانواده و ازدواج** (در زمینه‌هایی مانند انتخاب همسر، فرزندپروری، حل تعارضات خانوادگی)؛ **مشاوره روحانی** (شامل پاسخگویی به مسایل دینی و معنوی، رفع شبهات اعتقادی، سلوک معنوی)؛ **مشاوره با اقشار خاص** (مانند سالمندان، نوجوانان، زنان، معتادان)؛ **مشاوره فردی یا انفرادی** (کمک به فرد در حل یا کاهش مشکلات عاطفی، سازشی، روانی و اجتماعی)؛ و **مشاوره گروهی** (برای کار با گروهی از افراد که مشکل یا مشکلات و ویژگی‌های مشترک دارند و همچنین به منظور بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و نیروهای موجود در گروه‌ها برای یاری مراجعان به یکدیگر).

سازماندهی جلسات مشاوره؛ مراحل کار

الگوهای مختلفی برای توصیف مراحل و سازمان‌دهی جلسات مشاوره در منابع ذیربط ارائه شده‌اند. در **یک الگوی شش مرحله‌ای**، گام‌ها یا مراحل اداره و هدایت کردن مشاوره به این شرح فهرست شده است: گام اول، ارتباط، شامل نکات مهمی همچون برقراری مناسب اولین تماس، ارتباط مناسب، ایجاد اعتماد متقابل و حفظ حریم مراجع و رازداری است؛ در گام دوم، اطمینان بخشی مجدد، به حداقل رساندن احساس ناامنی، ارائه دادن اطلاعات صحیح، و ارجاع به خدمات مناسب از موارد حائز اهمیت است؛ در گام سوم، به تثبیت و کمک به مراجع برای درک مسایل و واکنش‌هایش، شناسایی علایم فشار (دیسترس)، و ارجاع به متخصصان مبادرت می‌شود؛ در چهارمین گام، به حل و فصل نیازها و دغدغه‌های مراجع می‌پردازیم. این مرحله شامل جمع‌آوری

اطلاعات دقیق، شناسایی و تنظیم اهداف و راه حل ها، و یاری مراجع در برآوردن نیازها و رفع مشکلاتش می‌شود؛ گام پنجم، فراهم کردن و تأمین حمایت از مراجع، شامل اقداماتی مانند برقراری بازسازی شبکه‌های ارتباط اجتماعی، تشویق مراجع برای جست و جوی حمایت بیرونی، و کمک به او برای غلبه بر موانع در این زمینه می‌شود؛ و بالاخره در ششمین مرحله، تسهیل سازگاری فعال، به پرورش و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، و کمک به مراجع برای مدیریت مسئله و موقعیت تنش‌زا می‌پردازیم.

در الگویی دیگر، گام‌های زیر یک نقشه راهنما برای اجرا و هدایت جریان مصاحبه ارائه می‌دهند. هر چند این مراحل الگویی برای اولین جلسه مشاوره است، بسیاری از آن‌ها در جلسات پیگیری نیز قابل استفاده اند.

(۱) **برقراری رابطه.** با سلام و خوش آمدگویی به مراجع احترام گذاشته و از او دعوت کنید در جای مناسب و راحتی بنشینند. سپس جلسه مشاوره را با روشن کردن موارد زیر شروع کنید: شما که هستید، جایی که کار می‌کنید، وظیفه شما در ارتباط با مراجعان، هدف از این ملاقات، زمان جلسه و محدوده زمانی کار.

(۲) **آشنایی با مراجع و انتظارات او.** مراجع را برای معرفی خود (آنگونه که مایل است)، صحبت کردن، بحث و بیان انتظاراتش ترغیب نمایید.

(۳) **متمرکز کردن جلسه مشاوره.** برای این منظور با مشارکت مراجع، موضوع جلسه را مشخص و هدف(های) کوچک، ویژه و دست‌یافتنی را برای آن تنظیم نمایید. این کار بویژه زمانی که مشاور، تشخیص دهد چند جلسه برای رسیدگی به مسئله لازم است، مفید می‌باشد.

(۴) **کسب اطلاعات و کاوش در باره مسایل، نیازها و نگرانی‌های مراجع.** این منظور با ترغیب مراجع به صحبت کردن و طرح سوالات مناسب و برانگیزاننده حاصل می‌شود. همچنین حدود اطلاعات او را در باره وضعیت خودش بسنجید. با سنجش اطلاعات و آگاهی مراجع در آغاز فرایند، اطلاعات غلط را می‌توان تصحیح، و کمبودها را رفع نمود.

(۵) **شناسایی نگرش، ادراک و باورهای مراجع در باره مسئله.** در این مرحله نحوه تعبیر و تفسیر، دیدگاه‌ها، احساسات و باورهای مراجع در باره ابعاد، علل، آثار و نتایج مسئله مورد بررسی قرار می‌گیرد. مثلاً، با طرح این سوال که نظر شما در باره ... (درمان جراحی، استفاده از روان‌درمانی، بستری فرزندان در بیمارستان اعصاب و روان) چیست؟ این امکان فراهم می‌شود تا نظرات و باورهای مراجع آشکار گردد و اطلاعاتی در باره احتمال پذیرش یا تمکین با برنامه مراقبتی او به دست آید.

(۶) **کمک به مراجع برای رتبه‌بندی مسایل و نگرانی‌های خود.** از طریق گفت و گو، به مراجع کمک کنید تا مسایل و مشکلات خود را به ترتیب اهمیت یا شدت رتبه‌بندی و به عبارتی اولویت‌بندی کند. این کار می‌تواند نتایج زیر را در پی داشته باشد:

- اضطراب فرد را به حد قابل‌کنترلی کاهش می‌دهد؛
- به مردم کمک می‌کند که مسایل خود را مشخص و روشن نمایند؛
- به تنظیم اهداف مشخص و قابل‌دستیابی و کسب احساس کنترل کمک می‌کند؛

- با شناخت و حل موفقیت آمیز یک مسئله، اغلب تجربه مفیدی برای حل مسایل دیگر و آتی حاصل می‌شود.
- (۷) **یاری کردن مراجع در اتخاذ تدبیر برای حل مسئله.** در این مرحله از کار می‌توان از روش‌های زیر استفاده کرد:
- بازشناسی مسئله: قادر ساختن مراجع برای اینکه از منظری دیگر نیز مسئله را بنگرد و بررسی کند؛
 - شناسایی منابع و روش‌ها برای حل مسئله: شامل تجربه و نحوه عمل آنان در گذشته هنگام مواجهه با مسایل، افرادی که برای یاری و حمایت مراجع در دسترس هستند؛
 - کمک به مراجع برای تنظیم هدف (ها) و شناسایی راه‌های ممکن و متعدد؛
 - یاری کردن مراجع برای تصمیم‌گیری جهت انتخاب راه حل مناسب؛
 - کمک به او در تهیه برنامه‌ای عملی یا طرح کار برای انجام تغییر؛
 - دعوت به همکاری یا درگیر ساختن اعضای تیم مراقبت بهداشتی هنگامی که لازم و ممکن باشد. این کار به کاهش فشار بر اعضاء و افزایش طیف مداخلات و راه‌های مفید کمک می‌کند.
- (۸) **ارزیابی جلسه.** براساس آنچه دیده و شنیده شده است از جوانب مختلف (عاطفی، طبی، اجتماعی، تحلیل و تدبیر مسئله، پیشرفت کار) جلسه را تا پایان ارزیابی کنید.
- (۹) **اختتام جلسه.** خاتمه دادن جلسه به نحو مناسب به اندازه آغاز کردن آن مهم و بر فرایند مشاوره تأثیرگذار است. این کار شامل نکاتی از این قبیل می‌باشد:
- خلاصه کردن آنچه دیده و شنیده شده، ضمن توجه به نقاط ضعف و قوت شناسایی شده؛
 - تصمیم‌گیری مراجع و مشاور؛
 - تصمیم‌گیری به مواردی مانند مراجعه مجدد به مشاور و ادامه جلسات مشاوره، انجام دادن یا ندادن آزمایشات، رجوع به پزشک یا متخصصان دیگر، در میان گذاشتن مسئله با خانواده و تشریح مساعی با آن، و . . . مربوط می‌شود. همچنین، مشاور باید تصمیم بگیرد که آیا او فرد مناسب برای رسیدگی به مسئله مراجع است؟ با چه کسی در باره مسئله گفت و گو کند؟ فاصله بین جلسات مشاوره چقدر باشد؟
 - مشخص کردن جلسات پیگیری.

خلاصه

مشاوره یک فرایند تعاملی و پویا است که در آن مشاور با ایجاد رابطه کارساز و با استفاده از فنون و مهارت‌های خود، یک جو یادگیری فراهم می‌کند، جوی که در آن به مراجع، فردی نسبتاً بهنجار، برای شناخت خود، مسایل و شرایط فعلی و احتمالاً آینده خویش به گونه‌ای کمک می‌شود که بتواند از ویژگی‌های و قابلیت‌های خودش طوری استفاده کند که برای او رضایت بخش و برای جامعه نافع باشد. علاوه بر آن، چگونگی حل مشکلات و تطابق موثر با آنها و ارضای نیازهای آینده را می‌آموزد. خلاصه این که مشاوره:

- مستلزم دانش و مهارت‌هایی است که از طریق آموزش، کارآموزی و تمرین حاصل می‌شوند؛
- در بسیاری از موقعیت‌های مرتبط با سلامت فرد و جامعه و در سطوح مختلف پیشگیری کارساز و گاه ضروری است؛
- مبتنی بر اصول و قواعدی همچون برقراری ارتباط موثر، توجه به زمینه و محیط اجتماعی، اقتصادی و معنوی مراجع، مشارکت فعال مراجع و رازداری است؛
- برای اثر بخش بودن نیاز به مهارت‌های چندگانه مشاور در زمینه‌های ارتباط، انگیزش، تشخیص و مدیریت فرایند مشاوره دارد؛
- در صورتی که با طرح ریزی و به شکلی منظم اجرا گردد، موفقیت آمیزتر خواهد بود؛
- و بالاخره اینکه یادگیری اصول و فنون آن برای ارائه دهندگان خدمات سلامتی تاکید می‌گردد.

منابع:

- (۱) صافی احمد . اصول و فنون مشاوره و راهنمایی در آموزش و پرورش؛ تهران: دفتر تحقیقات و برنامه ریزی درسی، وزارت آموزش و پرورش ۱۳۶۸.
- (۲) گیبسون ر، میشل، م: مبانی مشاوره و راهنمایی؛ مترجم: باقر ثنائی؛ تهران: انتشارات بعثت، ۱۳۷۷.
- 3) Bor, Robert, et al; *Counseling in health Care Settings*; UK Cassell, 2000.
- (۴) حسینی بیرجندی سید مهدی؛ اصول و روش‌های راهنمایی و مشاوره؛ چاپ شانزدهم؛ تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۴.
- 5) McLeod J; *An Introduction to Counselling*; Third Edition; UK: Open University Press, 2004.
- 6) Freshwater D; *Counselling Skills for Nurses, Midwives and Health Visitors*; England: Open University Press, 2003.
- (۷) گلدارد کی و گلدارد دی؛ مهارت‌های عملی مشاوره (در رویکردی یکپارچه)؛ مترجمان: رقیه موسوی و مه سیما پورسهریاری؛ تهران: سمت، ۱۳۸۹.
- 8) Porter, M., Alder, B. and Abraham, C.; *Psychology and Sociology Applied to Medicine*; UK: Churchill Livingston, 1999.
- 9) Aitken, V. and Jellicoe, H.; *Behavioral Sciences for Health Professionals*; UK: W.B. Saunders, 1996.
- (۱۰) نوایی نژاد، شکوه؛ راهنمایی و مشاوره گروهی؛ تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی تربیت معلم، ۱۳۷۰.
- 11) Gable J; *Counselling skills for dietitians*; second edition; Blackwell publishing, 2007.
- 12) Hubley, John; *Communicating Health, An Action Guide to Health Education and Health Promotion*; London: Macmillan, 1993.
- 13) State Board of Education (Department of Public Instruction); *Comprehensive School Counseling, Standard Course of Study*; available from: <http://www.dpi.state.nc.us/docs/curriculum/guidance/scos/standardc.pdf>; accessed in 17/01/2012.
- 14) Standards for School Counselors; available from: http://soe.unc.edu/academics/med_sch_counseling/standards/NCDPI_School_Counselors_Standards.pdf; accessed in 17/01/2012.
- 15) Nelson-Jones R; *Practical counselling and helping skills, text and activities for the lifeskills counselling model*; fifth edition; SAGE Publications Inc., 2005.
- (۱۶) شفیق آبادی، عبدا.؛ پویایی گروه و مشاوره گروهی؛ چاپ دهم؛ تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۷.
- 17) USAID & IOM; *Introduction to Basic Counselling and Communication Skills: IOM Training Manual For Migrant Community Leaders and Community Workers*; International Organization for Migration, 2009.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۳ / گفتار ۴ / دکتر سکینه رخشنده رو، دکتر محتشم غفاری

تکنولوژی آموزشی در حوزه سلامت

فهرست مطالب

۳۵۳	اهداف درس
۳۵۳	مقدمه
۳۵۴	کاربردهای تکنولوژی آموزشی در پزشکی و بهداشت
۳۵۵	نقش وسایل کمک آموزشی در یادگیری
۳۵۵	نقش حواس در یادگیری
۳۵۶	تعریف مواد آموزشی
۳۵۷	تعریف رسانه‌های آموزشی
۳۵۸	عوامل مؤثر بر انتخاب رسانه ها
۳۵۸	طبقه بندی مواد و رسانه‌های آموزشی
۳۵۹	فرآیند تولید یک رسانه آموزشی
۳۵۹	الف - بررسی وضعیت موجود (نیاز سنجی):
۳۶۰	ب - تدوین اهداف آموزشی:
۳۶۰	ج - شناسایی مخاطبان:
۳۶۰	د - انتخاب رسانه / مداخله:
۳۶۱	ارزیابی محتوای رسانه آموزشی:
۳۶۱	الف) بررسی دقت (Accuracy):
۳۶۱	ب) عدم وجود تناقض و یکپارچگی (Consistency):
۳۶۱	ج) شفافیت (Clarity):
۳۶۱	د) مناسبت داشتن (Relevancy):
۳۶۲	ه) جذابیت (Appealing):
۳۶۲	و) خلاقیت (Creativity):
۳۶۲	ز) مقبولیت (Credibility):
۳۶۲	رسانه‌های آموزشی رایج در سیستم بهداشتی
۳۶۵	منابع

تکنولوژی آموزشی در حوزه سلامت Instructional Technology In Health

دکتر سکینه رخشنده رو، دکتر محتشم غفاری
دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، قادر باشد:

- واژه‌های تکنولوژی، تکنولوژی آموزشی و سایر واژه‌های مرتبط با علم و هنر مربوطه را تعریف کند
- کاربردهای تکنولوژی آموزشی در پزشکی و بهداشت را شرح دهد
- نقش وسایل کمک آموزشی در یادگیری را توصیف نماید
- رسانه‌های آموزشی را با ذکر مثال، تعریف کند
- عوامل موثر بر انتخاب رسانه را لیست نماید
- فرایند تولید یک رسانه آموزشی را توضیح دهد
- نحوه ارزیابی محتوای رسانه را تشریح نماید
- رسانه‌های آموزشی رایج را لیست نموده و باختصار، توضیح دهد.

مقدمه

اهمیت به کارگیری تکنولوژی آموزشی در آموزش پزشکی و علوم بهداشتی، بسیار ضروری است، چنان که در برخی دانشگاه‌های دنیا مانند دانشکده پزشکی دانشگاه ویرجینیا گروه تکنولوژی آموزشی به منظور حمایت از نوآوری‌های تکنولوژیکی در فرآیندهای یادگیری در حوزه علوم پزشکی تشکیل شده است. در این گفتار، قصد بر این است که خوانندگان محترم با تکنولوژی آموزشی و برخی از مواد و رسانه‌های آموزشی متداول در سیستم‌های بهداشتی که به کمک متخصصان امر، می‌آیند به اختصار آشنا شوند.

تکنولوژی (Technology): ترکیبی از دانش، تجهیزات، روش‌ها، فنون و مهارت‌های ویژه نیروی انسانی است که برای تبدیل منابع و ورودی‌ها به خروجی‌ها، استفاده می‌شود یا مطالعه فنون و ابزار و ماشین آلات و مواد اولیه، تجهیزات و روش‌های علمی که در حیطه خاصی به کار برده می‌گردد.

تکنولوژی آموزشی^۱: طراحی، اجرا و ارزشیابی نظام‌مند تمامی فرآیند یادگیری و آموزشی بر اساس هدف‌های مشخص و نتایج تحقیقات، در زمینه‌های یادگیری انسانی، ارتباط و همچنین به کار گرفتن مجموعه‌ای از منابع انسانی و غیر انسانی به منظور ایجاد آموزش مؤثرتر، تعریف شده است.

تکنولوژی آموزشی، روش‌های نظام‌مند طراحی، اجرا و ارزیابی کل فرآیند تدریس و یادگیری، مجموعه اطلاعات فنی، معلومات ناشی از کاربرد علوم یادگیری و روابط انسانی بر اساس هدف‌های معین و بهره‌گیری از یافته‌های علمی، به کارگیری ابزارها، منابع و روش‌های مختلف که در دنیای واقعی کلاس درس، کاربرد علوم ذکر شده را تسهیل و یادگیری مؤثرتر، عمیق‌تر و پایدارتر را تسریع می‌کند. به عبارت دیگر، هرگونه عمل یا اقدام مثبت و مبتنی بر پژوهش‌های علمی که برای ارتقای امر آموزش (کمیت و کیفیت) اعمال می‌شود. مثلاً رعایت استاندارد در ابعاد و رنگ مخصوص تخته سیاه، تنظیم نور کلاس و حتی ایجاد کلاس جدید (در مکان‌هایی که کلاس وجود ندارد) حتی اگر با شرایط قدیمی و سنتی باشد، از اقدامات تکنولوژیک است.

چنانچه گفته شد، اهمیت بکارگیری تکنولوژی آموزشی در آموزش پزشکی و علوم بهداشتی، بسیار ضروری است، به طوری که در دانشکده پزشکی دانشگاه ویرجینیا "گروه تکنولوژی آموزشی" به منظور حمایت از نوآوری‌های تکنولوژیکی در فرآیندهای یادگیری در حوزه علوم پزشکی تشکیل شده است. آزمایشگاه تکنولوژی آموزشی این گروه خدماتی شامل توسعه وب سایت رشته‌ها، تولید و به کارگیری شبیه سازها، تولید نرم افزارهای ویدئویی آموزشی، طراحی تسهیلات سمعی - بصری، توسعه به کارگیری نرم افزارهای آموزشی و کارگاه‌های توانمند سازی اساتید در زمینه به کارگیری تکنولوژی‌های آموزشی را انجام می‌دهد.

کاربردهای تکنولوژی آموزشی در پزشکی و بهداشت

در واقع بکارگیری تکنولوژی آموزشی، در آموزش پزشکی و بهداشت می‌تواند کاربردهای زیادی داشته باشد؛ اما اهم این کاربردها عبارتند از:

- به مجریان آموزش پزشکی و علوم بهداشتی کمک می‌کند تا فن‌آوری‌های نوین تعلیم و تربیت را شناسایی نموده و آن‌ها را در فرآیند یاددهی - یادگیری به کار گیرند.
- با استفاده از فن‌آوری‌های مناسب آموزشی در علوم پزشکی و بهداشتی، نظام‌های جدید یاددهی - یادگیری را طراحی، اجرا و ارزشیابی نمایند.
- برای تسهیل فرآیند یاددهی - یادگیری در علوم پزشکی و بهداشتی، به مشارکت در طراحی و تولید رسانه‌ها و منابع آموزشی بپردازند.
- به شناسایی مسائل و مشکلات موجود در فرآیند یاددهی - یادگیری در حوزه علوم پزشکی پرداخته و برای رفع آن با استفاده از طراحی آموزشی و الگوهای متنوع آن با توجه به رویکرد زیربنایی آن‌ها، راه حل‌های مناسب ارائه دهند.

^۱ - Instructional Technology / Educational Technology

نقش وسایل کمک آموزشی در یادگیری

وسایل کمک آموزشی به ابزارها و امکاناتی اطلاق می‌گردد که در جریان تدریس، جهت تفهیم بهتر مطالب درسی و یادگیری موثر توسط آموزش دهنده و فراگیرنده، به کار می‌روند. این وسایل آموزش را از حالت سخنرانی محض خارج می‌کنند و یادگیری را با بهره‌گیری از حواس مختلف، آسان و ممکن می‌سازند در این شرایط، فراگیران، قادرند اطلاعات رفتار و مهارت‌های جدید را با درک کامل بدست آورند. **“آنچه می‌شنوم فراموش می‌کنم آنچه می‌بینم به خاطر می‌آورم و آنچه انجام می‌دهم می‌آموزم.”** با استفاده از وسایل و امکانات آموزشی، گفته‌ها و مطالب درسی برای فراگیران، عینی‌تر و ملموس‌تر می‌شود. حتی گاهی اتفاق می‌افتد که آن‌ها در هنگام مشاهده و کار با وسایل، نکات ریز و ظریفی را کشف می‌کنند که برای همیشه در ذهنشان باقی می‌ماند، پس هر اندازه که آن‌ها از حواس خود بیشتر بهره بگیرند استعداد و خلاقیتشان بیشتر شکوفا می‌شود، ذهنشان بیشتر فعال می‌گردد و تعلیم دهنده نیز از کار خود نتیجه بهتری می‌گیرد. در واقع مدرس، با بکارگیری این روش به سلامت روانی خود نیز کمک کرده است. پس باید در عصر انفجار دانش از کوتاه‌ترین و موثرترین راه به اهداف آموزشی مورد نظر خود برسیم و باید بدانیم که تحقق این امر جز با به‌کارگیری و بهره‌گیری صحیح و برنامه ریزی شده از وسایل و امکانات آموزشی، مقدور نمی‌باشد.

نقش حواس در یادگیری

نتایج مختلف نشان داده اند که حواس مختلف نقش واحدی را در یادگیری دارا نیستند. یافته‌های زیر این تفاوت را به خوبی نشان می‌دهند. این یافته‌ها مشخص می‌کنند که در یک انسان متعارف حدوداً ۷۵٪ یادگیری از طریق کاربرد حس بینایی، ۱۳٪ یادگیری از طریق کاربرد حس شنوایی، ۶٪ یادگیری از طریق کاربرد حس لامسه، ۳٪ یادگیری از طریق کاربرد حس بویایی و ۳٪ یادگیری از طریق کاربرد حس چشایی صورت می‌گیرد. ملاحظه می‌شود اگر چه قسمت اعظم یادگیری انسان (۷۵٪) از طریق کاربرد حس بینایی صورت گرفته و مجموعاً ۱۲٪ از طریق کاربرد دو حس بویایی و چشایی صورت می‌گیرد که روی هم ۸۷٪ را تشکیل می‌دهد، با این حال در بسیاری از موارد معلمان بر کاربرد ۱۳٪ حس شنوایی تاکید فراوان دارند، در حالی که نتایج تحقیقات و پژوهشهایی که در زمینه ی گوش دادن به عمل آمده است اطلاعات زیر را در اختیار ما قرار می‌دهد:

تقریباً حدود ۶۰٪ از وقت فراگیران در مدارس ابتدایی و ۹۰٪ در مدارس متوسطه و دانشگاهها صرف گوش دادن می‌شود.

شاگردان قادرند که تنها قسمت ناچیزی از آنچه را که شنیده اند به خاطر بسپارند (حدود یک پنجم تا یک سوم). اشخاص بالغ نیز به طور متوسط قادر به حفظ کردن ۵۰٪ از شنیده‌ها در ذهن خود هستند. حدود دو ماه بعد، این میزان به نصف نیز کاهش خواهد یافت.

همان طور که ملاحظه می‌شود با وجود صرف وقت نسبتاً زیاد در کاربرد حس شنوایی تاثیر ناچیزی در رابطه با یادگیری نصیب انسان می‌شود. در حالی که برنامه ریزی حساب شده و منطقی در کاربرد حواس مختلف از جمله

بینایی میتواند نتایج مفیدتری را در پی داشته است. در این رابطه، ادگار دیل که یکی از صاحب نظران ارتباط است به توجیه نقش حواس در یادگیری پرداخته است و در طول کارهای خود (۱۹۴۶) مخروط تجربیات را که یک تصویر برای تشریح ارتباط متقابل گونه‌های متنوع مواد دیداری شنیداری بود ارائه داد. وی در مورد کار خود توضیح داد که مخروط وی مثال مجسمی است از تجربیات یادگیری که طی آن، انواع گوناگون مواد دیداری شنیداری به وسیله اقدام به تجربیات مستقیم موجب هرچه انتزاعی تر شدن تجربیات یادگیری می‌شوند. دیل در آخرین ویرایش کتاب خود به نام روش‌های دیداری شنیداری در تدریس اظهار می‌دارد که مخروط تجربیات به عنوان یک شیوه‌ی مجسم برای نشان دادن پیشرفت تجربیات یادگیری از مداخله مستقیم عوامل دست اول تا به تصویر کشیدن بیان‌های نمادین به کار می‌آید. مخروط تجارب ادگاردیل در زیر ارائه می‌شود و نشان می‌دهد که کلیه تجارب به طور کلی در ۱۱ طبقه جای می‌گیرد که به ترتیب از پائین به بالا عبارتند از:



شکل ۱ - مخروط تجارب ادگاردیل

بنابراین دیل چنین پیشنهاد می‌کند که در انتخاب تجارب یادگیری مناسب برای فراگیران بهتر است حتی‌الامکان از طبقات پایین تر شروع کرده و کار انتخاب را به بالاترین طبقه ختم نماییم. در چنین صورتی می‌توان مجموعه مناسبی از تجارب یادگیری را که تلفیقی از کاربرد حواس مختلف را در بر دارد برای فراگیران انتخاب نمود.

تعریف مواد آموزشی

وسایل کمک آموزشی، شامل وسایل و ابزاری است که تنها در بخشی از آموزش از آن‌ها استفاده می‌شود. اصطلاح وسایل آموزشی یا وسایل کمک آموزشی، اغلب اشتباهاً مترادف رسانه‌های آموزشی، بکار برده می‌شود.

این وسایل، کلیه ادوات و اشیائی است که در کنار رسانه‌های آموزشی به منظور تفهیم بهتر یا بیشتر موضوع برای فراگیران، بکار می‌روند. برای مثال، اگر مدرسی برای تفهیم بهتر مفاهیم زیست‌شناسی از مولاژ، استفاده کند، در این صورت رسانه آموزشی شخص مدرس و وسیله کمک آموزشی، مولاژ است. چنانچه در برنامه آموزشی تلویزیونی از تخته و ماژیک هم استفاده شود رسانه آموزشی تلویزیون و وسیله کمک آموزشی تخته و ماژیک خواهد بود.

تعریف رسانه‌های آموزشی

رسانه آموزشی، ترجمه Instructional Media است که Media در لغت به واسطه، وسیله، ماده وسط یا ربط دو چیز، حد واصل و سرانجام وسیله نقل و انتقال، تعریف شده است. رسانه آموزشی، ابزاری است برای ارائه آموزش به فراگیر و طبیعتاً جزیی از فرآیند آموزش و تکنولوژی آموزشی محسوب می‌شود نه تمام آن. رسانه آموزشی به کلیه امکاناتی اطلاق می‌شود که می‌توانند شرایطی را در محیط آموزشی بوجود آورند که تحت آن شرایط، فراگیران اطلاعات، رفتار و مهارت‌های جدیدی را با درک کامل بدست آورند. با استفاده از یک تمثیل می‌توان تعریف رسانه آموزشی را روشن‌تر کرد. چنانچه فراگیر را مصرف‌کننده و آموزش را کالای مصرفی بدانیم، رسانه همان وسیله‌ای است که کالا را از محل تولید یا توزیع به دست مصرف‌کننده می‌رساند. به عبارت دیگر «آموزش» = کالا، «فراگیر» = مصرف‌کننده و «رسانه» = وسیله انتقال و ارائه کالا به مصرف‌کننده یا آموزش به فراگیر است. با توجه به تعریف و تمثیل فوق، نتیجه می‌گیریم که مثلاً در بسیاری موارد که عامل اصلی آموزش، مدرس است، رسانه آموزشی هم همان مدرس خواهد بود. اگر فراگیر به دیدن یک برنامه آموزشی تلویزیونی دعوت شود و تمام آموزش را از تلویزیون دریافت کند، در این صورت رسانه آموزشی، تلویزیون است. بنابر این، *رسانه آموزشی وسیله یا عاملی است که آموزش از طریق آن به فراگیر ارائه می‌شود.*

تحقیقات مختلف در مورد رسانه‌ها نشان می‌دهد که رسانه‌ها به صرف رسانه بودن، به عنوان وسایلی که محتوای آموزش از طریق آن‌ها از منبع یا فرستنده آن به گیرنده منتقل می‌شود با هم فرقی ندارند. در مورد مواجهه فراگیر با رسانه‌ها اگر گرایش فراگیر، مثبت باشد، احتمالاً سبب توجه و دقت بیشتر او می‌گردد و در نتیجه از نظر ذهنی با محتوای ارائه شده، بیشتر درگیر می‌شود و همین درگیری، سبب یادگیری بیشتر می‌گردد. ولی در گرایش منفی، این عمل، بر عکس می‌شود. طبق تحقیقات متعدد، *بهترین روش‌ها و رسانه‌ها برای فراگیران با توانایی بالا، روش‌ها و رسانه‌های نامنظم و برای شاگردان با توانایی پایین روش‌ها و رسانه‌های منظم است.* که اشاره مختصری به این دو روش خواهد شد:

روش‌ها و رسانه‌های منظم: آن دسته از روش‌ها و رسانه‌هایی هستند که در آن‌ها مدرس یا طراح آموزشی، حرکت و فعالیت فراگیران را برای یادگیری، از پیش تعیین کرده است و فراگیران در مسیرها و مراحل از پیش طراحی شده، قرار می‌گیرند تا به هدف‌های مشخص و معینی دست یابند.

روش‌ها و رسانه‌های نامنظم: آن دسته از روش‌ها و رسانه‌هایی هستند که در آن‌ها آزادی عمل بیشتری برای فراگیران در دستیابی به هدف‌های آموزشی، پیش‌بینی شده است؛ مانند روش مطالعه فردی که در آن فراگیران، تحت نظر مدرس، به مطالعه پرداخته و سرانجام، گزارش یا مقاله‌ای ارائه می‌دهند.

عوامل مؤثر بر انتخاب رسانه‌ها

برخی از عوامل مؤثر بر انتخاب رسانه‌ها عبارتند از: نوع موضوع، ویژگی‌های فراگیران (توانایی ذهنی و فکری و نیازهای خاص فراگیران)، اهداف آموزشی (چه نوع هدف رفتاری مد نظر است)، محتوا، تجارب و یادگیری، گروه‌های تدریس و یادگیری، شیوه‌های تدریس. به طور کلی در انتخاب یک رسانه و کاربرد آن باید توجیه اقتصادی، اجتماعی و آموزشی قابل قبولی داشت. *تنها جذابیت، زیبایی و حتی شایع شدن یک رسانه یا یک وسیله در سایر کشورها نباید توجیهی برای استفاده از آن‌ها باشد.*

طبقه بندی مواد و رسانه‌های آموزشی

جدول ۱ - رسانه‌های چاپی

انواع رسانه‌های چاپی	مزایا	معایب
پوستر (Poster)	مناسب برای ارائه نکات مهم	نیازمند خلاقیت بالا
پمفلت (Pamphlet)	مناسب برای ارائه نکات پیشگیری کننده	تنها انتقال دهنده مفاهیم
بروشور (Brochure)	مناسب برای جذب مخاطب	عدم توجه به جزئیات موضوع
لیفلت (Leaflet)	مناسب برای ارائه راه کارهای عملی	نیازمند همبستگی کامل مطالب
کتابچه (Booklet)	تفہیم مطالب اصلی	انطباق پیا پیا م‌ها با موضوع هر صفحه
بولتن (Bulletin)	ارائه کوتاه اما رسمی نکات مهم	عدم اشاره به جزئیات
کالانما (Catalogue)	ارائه راهنمایی در مورد محصولات مرتبط با سلامت	نیازمند آشنایی کامل با ذوق و سلیقه مخاطبان
خبرنامه (Newsletter)	ارائه اطلاعات علمی و کاربردی	نیازمند تخصص علمی بالا
روزنامه (Newspaper)	اطلاع رسانی مطالب جدید	امکان ارائه مطالب اشتباه
مجله (Journal)	ارائه اطلاعات تخصصی	مورد استفاده گروه خاص

جدول ۲ - رسانه‌های محیطی

انواع رسانه‌های محیطی	مزایا	معایب
آگهی نما (Billboard)	ابزاری برای توجه دادن سریع	نیازمند طراحی کاملاً جذاب
تراکت (Tract)	برای تبلیغ یا معرفی خدمات	محدودیت جغرافیایی برای اثرگذاری
برچسب‌ها (Stickers)	آموزش نکات سلامت به کودکان	نیازمند جذابیت بسیار بالا

جدول ۳ - رسانه‌های الکترونیکی

مزایا	معایب
توانایی ارسال فایل صوتی و تصویری روی تلفن‌های همراه	پیامک چند رسانه ای (MMS)
روش رایج برای انتقال پیام	نامه الکترونیکی (E-mail)
ارزان ترین سیستم اطلاع رسانی	سایت اینترنتی (Internet)
اطلاع رسانی مؤثر با حداقل هزینه	تارنگاشت (Weblog)
ابزاری برای ایجاد رفتارهای سالم	نرم افزارهای رایانه ای (Software)
ابزاری برای تشویق به یادگیری	بازی‌های رایانه ای (Computer games)
مؤثر برای تغییر رفتارهای ساده	ویدئو کلیپ آموزشی (Teaching video clip)
بالا بردن سواد و آگاهی جامعه	رادیو (Radio)
غیر قابل استفاده برای دستگاه‌های تلفن همراه قدیمی	
نیازمند جذابیت و محتوای علمی بالا	
کم اثر برای سالمندان	
احتمال پائین بودن اعتبار علمی مطالب	
کم اثر برای افراد با مشغله بالا	
تشویق به داشتن فعالیت‌های نشسته	
نیازمند تخصص علمی و فنی بالا برای تهیه آن	
عدم ارتباط دو طرفه بصری	

فرآیند تولید یک رسانه آموزشی

در ارزیابی یک رسانه آموزشی، لازم است ابتدا به مراحل پیش رسانه که به تصمیم‌گیری جهت تولید آن برای آموزش سلامت، منجر می‌شود، پرداخته شود.

الف - بررسی وضعیت موجود (نیازسنجی):

ابتدا بررسی شود که آیا مدارک و مستندات دال بر بررسی و نیازسنجی برای تهیه این رسانه وجود دارد؟ در صورت موجود بودن مستندات، از ۳ منظر به آن توجه شود:

۱. آیا با بررسی شیوع و بروز، به وسعت مشکل سلامت مورد نظر پرداخته شده است؟
۲. آیا به اهمیت مشکل با توجه به نقش آن در سلامت مردم توجه شده است؟
۳. آیا گروه‌های جمعیتی که در معرض این مشکل می‌باشند، مشخص شده اند؟

ب - تدوین اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود قبل از تولید یک رسانه آموزش سلامت، اهداف تولید و استفاده از این رسانه مشخص شده باشد. بررسی شود که آیا مدارک و مستندات تدوین اهداف آموزشی وجود دارد؟ در صورت موجود بودن مستندات، از ۴ منظر باید به آن توجه شود:

۱. آیا اهداف تعیین شده با اجرای مداخله مورد نظر قابل دسترسی هستند؟
۲. آیا در بخش اهداف جزئی، نوع تغییر، مدت زمان لازم برای تغییر و جمعیت هدف آن ذکر شده است؟
۳. آیا اهداف ذکر شده به صورتی طرح شده است که قابل اندازه‌گیری باشد؟
۴. آیا اهداف بر اساس مشکلات مرتبط با سلامت، اولویت بندی شده‌اند؟

ج - شناسایی مخاطبان:

برای انتخاب و تولید یک رسانه آموزش سلامت مناسب، لازم است مشخصات جمعیتی، فرهنگی و اجتماعی و رفتاری و روانشناختی و نیازهای آموزشی مخاطب، بررسی و مشخص شود که آیا مدارک و مستندات در مورد شناسایی مخاطبان وجود دارد و در این صورت، مستندات، از ۴ منظر، مورد توجه، قرار گیرد:

۱. آیا به سن و جنس، سطح سواد، وضعیت شغل و سایر مشخصات جمعیت شناختی گروه مخاطب در بررسی، توجه شده است؟
۲. آیا به خصوصیات فرهنگی گروه مخاطب نظیر زبان، مذهب و قومیت، توجه شده است؟
۳. آیا خصوصیات رفتاری - روانشناختی شامل دانش، نگرش و عادات و رفتار مخاطبان، بیان شده است؟
۴. آیا نیازهای آموزشی مخاطبان بررسی شده‌اند؟

د - انتخاب رسانه / مداخله:

قبل از اقدام به تولید یک رسانه آموزش سلامت، لازم است بدانیم آیا رسانه‌های دیگری در این موضوع وجود دارد و در صورت وجود آیا تولید یک رسانه جدید لازم است؟ در صورت نیاز به تولید رسانه جدید، نوع رسانه باید متناسب با مخاطب و هدف مورد نظر انتخاب شود. بررسی شود که آیا مدارک و مستندات در مورد انتخاب رسانه وجود دارد. در صورت موجود بودن مستندات از ۳ منظر باید به آن توجه شود:

۱. تا چه حد ضرورت داشته رسانه جدیدی تولید شود؟ به عدم وجود رسانه قبلی، در دسترس نبودن آن و یا نامناسب بودن آن برای شرایط حاضر توجه شود.
۲. آیا با توجه به خصوصیات گروه مخاطب نظیر زبان، سواد، سن و جنس، رسانه مناسبی انتخاب شده است؟
۳. آیا رسانه انتخاب شده با اهداف آموزشی مورد نظر متناسب است؟

در مرحله دوم به ارزیابی مشخصات رسانه تولید شده و نحوه تولید آن پرداخته می‌شود. هر رسانه آموزش سلامت لازم است در مرحله تولید و قبل از نهایی شدن و استفاده گسترده، پیش‌آزمون شود. اجرای پیش‌آزمون و نحوه اجرای پیش‌آزمون نیز در این مرحله بررسی می‌شود.

ارزیابی محتوای رسانه آموزشی:

در بررسی محتوای یک رسانه آموزشی، باید به دقت، عدم تناقض و یکپارچگی، شفافیت، مناسبت داشتن، جذابیت، خلاقیت و مقبولیت، به گونه‌ای که توضیح داده می‌شود، توجه شود:

الف) بررسی دقت (Accuracy)

دقت محتوا از ۲ جهت مد نظر است، اول دارا بودن اعتبار علمی که وجود نویسنده و ویراستار علمی و استفاده از منابع معتبر می‌تواند بیانگر آن باشد و دوم نحوه صحیح نگارش متن است که با بررسی متن از نظر املائی، دستور زبان و نگارش بررسی می‌شود.

۱. آیا محتوای رسانه آموزشی اعتبار علمی دارد؟ به سطح علمی نویسنده و ویراستار و نیز اعتبار منابع علمی استفاده شده دقت شود.

۲. آیا در نگارش متن، دقت لازم به عمل آمده است؟ به اشکالات املائی دستور زبان و آیین نگارش توجه شود.

ب) عدم وجود تناقض و یکپارچگی (Consistency):

محتوای رسانه آموزشی باید یکپارچه و بدون تناقض باشند. که از ۲ جهت می‌توان آن را ارزیابی کرد:

۱. آیا محتوای رسانه آموزشی، یکپارچه است و مطالب ارائه شده در تناقض با یکدیگر نمی‌باشند؟

۲. آیا محتوای ارائه شده در رسانه آموزشی با اطلاعات سایر منابع معتبر هماهنگ است و تناقضی وجود ندارد؟

ج) شفافیت (Clarity):

محتوای ارائه شده در یک رسانه آموزشی باید برای مخاطب به صورت واضح و کاملاً مشخص قابل درک باشد. پرهیز از به کار بردن کلمات ادبی، تخصصی و فنی در متن، به درک بهتر مطلب کمک می‌کند. در این بخش باید به ۲ نکته ذیل توجه نمود:

۱. پیام مورد نظر تا چه حد به صورت واضح بیان شده است؟

۲. آیا در متن به کار رفته از به کار بردن کلمات فنی و اصطلاحات علمی و تخصصی پرهیز شده است؟

د) مناسبت داشتن (Relevancy):

محتوای ارائه شده در یک رسانه آموزشی باید متناسب با خصوصیات مخاطبان، تهیه شده باشد. که در این مورد باید به ۲ نکته توجه کرد:

۱. محتوای ارائه شده تا چه حد با خصوصیات دموگرافیک و فرهنگی مخاطبان تناسب دارد؟ به تناسب

محتوا با سن، جنس و سواد مخاطبان توجه شود و عدم مغایرت فرهنگی در نظر گرفته شود.

۲. محتوای ارائه شده تا چه حد با خصوصیات رفتاری و روانشناختی مخاطبان تناسب دارد؟ بر اساس سطح دانش، نحوه نگرش و رفتارهای گروه مخاطب و میزان تناسب محتوایی، ارزیابی شود.

ه) جذابیت (Appealing):

محتوای ارائه شده در یک رسانه آموزشی باید مخاطب را به خود جذب نماید. جذاب بودن محتوا برای جمعیت مخاطب با سنجش نظر مخاطب و میزان استقبال مخاطب، قابل بررسی است.

و) خلاقیت (Creativity):

وجود خلاقیت در محتوای یک رسانه آموزشی، ارزش آن را افزایش می‌دهد. در این بخش، ارزیابی آن را با نمونه‌های مشابه مقایسه می‌کند:

۱. محتوای ارائه شده تا چه حد با نمونه‌های مشابه، متفاوت است؟

ز) مقبولیت (Credibility):

محتوای ارائه شده در یک رسانه آموزشی باید توسط مخاطب پذیرفته شود و مورد قبول وی قرار گیرد. زمانی که نویسنده و تهیه کننده محتوا، سازمان حمایت کننده آن و یا ارائه کنندگان رسانه آموزشی، مورد قبول و تأیید مخاطبان باشند، محتوا به میزان بیشتری مورد قبول و پذیرش قرار می‌گیرد. در این بخش باید به دو نکته توجه شود:

۱. نویسندگان و تهیه کنندگان رسانه آموزشی تا چه حد مورد قبول مخاطبان هستند؟ مقبولیت علمی، فرهنگی و اجتماعی، در نظر گرفته شود.

۲. ارائه دهندگان رسانه آموزشی، تا چه حد مورد قبول مخاطبان هستند؟ همان مقبولیت‌های مندرج در بند ۱، در نظر گرفته شود.

رسانه‌های آموزشی رایج در سیستم بهداشتی

۱) پوستر (Poster)

پوستر یک اثر چاپ و تکثیر شده از یک موضوع، درباره یک رویداد یا واقعه خاص است که جهت اطلاع رسانی و انتقال صریح، روشن و جالب توجه مفاهیم، ایده‌ها و پیام‌های آموزشی به قشر گسترده‌ای از مخاطبان جامعه، ارائه می‌شود. پوستر می‌تواند حاوی متن، تصویر و یا ترکیبی از هر دو باشد و بر روی دیوار و یا یک سطح عمودی، نصب می‌شود.

پوستر قرار است نظر مخاطب را جلب نماید تا از این طریق ایده یا تفکر یا پیام خاصی به وی انتقال داده شود، پس زیبایی و جذابیت پوستر باید در خدمت این پیام باشد. اساساً پوسترها به این منظور طراحی می‌شوند تا با نصب در گذرگاه‌ها و معابر، مخاطبان با نگاهی گذرا از کنار آن‌ها عبور کنند. پوستر باید قادر باشد در زمان کوتاهی قسمت عمده‌ای از پیام خود را منتقل نماید و همین سادگی و قطعیت بیان، ویژگی تمام پوسترهای موفق است. به

این معنا که اولاً مخاطب همان استنباطی را از طرح داشته باشد که منظور طراح بوده است و ثانیاً این مسئله در زمانی کوتاه صورت گیرد، یعنی در همان زمانی که پوستر در معرض دید مخاطب قرار میگیرد. در این جا زیبایی به معنای چشمگیر بودن پوستر، بسیار مهم و ضروری است زیرا زیبایی یک پوستر باعث می شود بعد از درک سریع ایده یا پیام پوستر، به سرعت از ذهن مخاطب محو نشده و ماندگار باشد.

۲) پمفلت (Pamphlet)

پمفلت، نوعی رسانه آموزشی و نشریه‌ای غیر ادواری و مستقل است که در اندازه کوچک و معمولاً با جلدی از جنس کاغذ برای چاپ متن، تولید می‌شود. صفحات آن به هم دوخته شده ولی صحافی نشده است. در مورد تعداد صفحات آن در منابع مختلف، اتفاق نظر وجود ندارد، ولی براساس تعریف یونسکو این نشریه باید بدون در نظر گرفتن جلد، حداقل ۵ و حداکثر ۴۸ صفحه داشته باشد.

این رسانه می‌تواند آموزشی، هشدار دهنده و یا تبلیغاتی باشد. کم حجم بوده و برای مطالعه از حوصله شخص مطالعه کننده خارج نیست. پمفلت به عنوان یک تقویت کننده یادگیری برای جلسات گروهی و آموزش‌های فردی مورد استفاده واقع می‌شود. به عنوان یک یاد آورنده نکات مهم جلسه آموزشی عمل می‌کند. این رسانه را در مکان‌های عمومی و به هنگام درخواست افراد می‌توان به آن‌ها ارائه نمود.

موضوعات عمده مورد بررسی در پمفلت عبارت است از :

۱- بیماری‌ها

۲- معرفی وسایل و روش‌ها

۳- رفتارهای بهداشتی

اصول کلی که جهت تهیه این رسانه می‌بایست در نظر باشد عبارت است از: منطبق بودن مطالب و تصاویر با شرایط محلی موجود، استفاده از تصاویر و رنگ‌های جالب، برخورداری از زبان ساده و قابل فهم برای گروه هدف مورد نظر پمفلت، داشتن پیام‌های کوتاه و مرتبط با موضوع پمفلت و ذکر آدرسی جهت پاسخگویی به سوالاتی که ممکن است به دنبال مطالعه پمفلت برای مخاطب پیش بیاید.

۳) لیفلت (Leaflet)

نوعی پمفلت کوچک به حساب می‌آید که از آن به فراوانی استفاده می‌شود. نشریه‌ای ۲ تا ۴ صفحه‌ای است، صفحات آن به هم دوخته نشده و معمولاً صفحات آن به صورت تا شده می‌باشد. در برنامه‌های ارتقاء سلامت، از لیفلت برای تقویت و ارتقاء اطلاعات مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی، استفاده می‌شود. به سادگی قابل تهیه است، هزینه کمی برای تهیه آن مورد نیاز است، استفاده از آن در هر محیطی و با هر امکاناتی میسر است و پیام‌های متنوعی را می‌تواند انتقال دهد. برای استفاده از لیفلت مخاطب باید توان خواندن و نوشتن داشته باشد. این رسانه نسبت به دیگر رسانه‌ها از جذابیت کمتری برخوردار است و مخاطب محدودی را تحت پوشش قرار می‌دهد. پیام‌ها و مطالب ارائه شده در لیفلت بر اساس یک انسجام و همبستگی کامل از ابتدا تا انتها

ارائه می‌شود. یک لیفلت اثرگذار، به سرعت توجه و دقت مخاطب را به سوی خود جلب می‌کند. یک ویژگی اصلی لیفلت، ارائه راهکارهای عملی و اثرگذار مرتبط با موضوع ارائه شده در صفحه پایانی می‌باشد.

۴) بروشور (Brochure)

بروشور، یک نوع پمفلت است که بیشتر با هدف ترویج یا تبلیغ یک موضوع یا کالای تجاری تهیه می‌شود و از طریق پست و یا به صورت مستقیم به دست مخاطب می‌رسد. معمولاً در قالب یک یا چند صفحه ساده یا تا خورده و حاوی عکس‌های رنگی با تصاویر زیبا، طرح‌ها و اشکال متنوع با کیفیت بالا به چاپ می‌رسد. ترجیحاً، هر بروشور باید حاوی یک هدف واضح مرتبط با موضوع ارائه شده باشد که به خوبی هدف مذکور با ارائه مطالب صحیح در بروشور پرورانده شده باشد. مطالب موجود در بروشور تنها با هدف بالا بردن آگاهی و علاقمندی مخاطبان به یک موضوع خاص بدون تأکید به جزئیات مطالب تهیه می‌شود. در برنامه‌های آموزش سلامت، بروشور به عنوان ابزاری برای تشویق مردم به داشتن رفتارهای صحیح سلامت و آشنایی با خدمات مرتبط با سلامت، تهیه می‌شود و بیشتر در بسیج‌های آموزشی، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۵) برچسب‌ها (Stickers)

استیکر نیز بیشتر در بسیج‌های آموزشی، مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اندازه کوچک، طراحی شده و می‌تواند مدت‌ها در انظار بینندگان، باقی بماند. استیکر می‌تواند جنبه آموزشی، هشدار دهنده و تبلیغاتی داشته باشد.

۶) کتابچه (Booklet)

کتابچه، عبارت است از یک کتاب کوچک با تعداد صفحاتی بین ۲۵ تا ۳۰ صفحه (با یا بدون جلد) که در انتقال مفاهیم کلی و اثرگذار در مورد یک موضوع خاص کاربرد زیادی دارد. در برنامه‌های آموزش سلامت از کتابچه برای انتقال و تفهیم مفاهیم و پیام‌های اصلی در مورد موضوعات مرتبط با سلامت و بهداشت استفاده می‌شود. محتوی و ایده ارائه شده در کتابچه با تعداد صفحات کتابچه انطباق دارد. هر صفحه از کتابچه، حاوی پیام مهمی مرتبط با موضوع مطرح شده می‌باشد. کتابچه اثرگذار دارای جذابیت‌های بصری بالایی است، یعنی حاوی تصاویر جذاب و مناسب با موضوع و صفحات رنگی زیبا می‌باشد.

۷) تراکت (Tract)

نشریه ای است تک برگی که گاهی دارای تصاویر می‌باشد و از عرض به صورت افقی طراحی می‌شود و اندازه آن معمولاً کاغذ A4 و یا دو برابر آن است ولی بزرگتر و کوچکتر از آن هم طراحی می‌شود. تراکت نوعی تبلیغ بصورت آنی است که برای بیان خبر و یا آگاهی دادن یک موضوع در مدت زمانی مشخص و با بیانی مستقیم و بدون واسطه، جهت معرفی محصول یا خدمات مورد نظر، مورد استفاده قرار می‌گیرد. یک تراکت حاوی خبری مهم و معمولاً دارای یک جمله تبلیغاتی اثرگذار است که با بیان تصویری و نوشتاری می‌باشند. تراکت در آموزش بهداشت بیشتر برای ارائه پیام‌های بهداشتی بکار می‌رود. تراکت‌ها گاهی روی در و دیوارها چسبانده می‌شوند و گاهی هم مستقیماً به آدرس خانه‌های مردم، پست می‌گردند. تراکت باید در جای

مناسب نصب شود.

چاپ تراکت تبلیغاتی معمولاً بر روی کاغذی در ابعاد ۱۴/۵ در ۲۱ انجام می‌شود و هزینه چاپ در این اندازه، بسیار پایین است. تراکت‌های تبلیغاتی، اندازه ثابتی ندارند و آن‌ها را میتوان در هر اندازه‌ای طراحی کرد. معمولاً تراکت‌های تبلیغاتی را بصورت یکرو طراحی و چاپ می‌کنند ولی باز نسبت به سلیقه مشتری، قابل دورو طراحی و چاپ شدن می‌باشد.

تراکت ارزانترین شکل تبلیغات است. به راحتی با مخاطب خود ارتباط برقرار می‌کند. بدلیل توزیع مستقیم آن، طیف گسترده‌ای از افراد جامعه می‌توانند از آن استفاده کنند. قابل حمل بوده و می‌توان آن را در فرمت‌های مناسب مطالعه و بررسی کرد. ابعاد استاندارد کاغذ آن طور انتخاب شده است که چاپ و تکثیر آن مقرون به صرفه می‌باشد.

منابع

1. Omodara O.D, Adu E.I. Relevance of Educational Media and multimedia Technology for Effective Service Delivery in Teaching and Learning Processes. IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME). 2014; 4(2) : 48-51.
2. Murphy S, Smith, C. An examination of the use of health education leaflets by health promotion officers, Health Education Journal, 1992; 51(4): 166-170.
3. The Business Cloud 2011, The Importance of Email Encryption in the Healthcare industry. Available from: <http://www.intermedia.net/resources/white-papers/the-importance-of-emailencryption-in-thehealthcare-industry.aspx>. [Last accessed on 2018 August 13].
4. How to design health promotion pamphlets? Brochure monster. Available from: <http://www.brochuremonster.com/more-brochures/health-promotion-pamphlets.php>. [Last accessed on 2018 Sep 5].
5. Guthrie S H, Johnson S M, Pfaff M E, Hildebrandt I D. Selection, Evaluation, and Adoption of Instructional Materials. Carroll County Public Schools .Available from: <http://www2.carrollk12.org/Assets/file/LibraryMedia/Selection%20Document.pdf>. [Last accessed on 2018 Sep 4].
6. فردانش ه. مبانی نظری تکنولوژی آموزشی، چاپ هشتم، انتشارات سمت، ۱۳۸۵، تهران، ایران صص ۵۱-۱۰.
7. حسینی نیک سید نورافزین. تأثیر وسایل کمک آموزشی در یادگیری دانش آموزان دوره راهنمایی شهرستان باشت، اولین کنفرانس بین المللی مدیریت، اقتصاد، حسابداری و علوم تربیتی، ساری، شرکت علمی پژوهشی و مشاوره‌ای آینده ساز، دانشگاه پیام نور نکا. ۱۳۹۴. آدرس اینترنتی: <https://www.civilica.com/Pdf>
8. احدیان م. مقدمات تکنولوژی آموزشی، چاپ بیست و هشتم، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۴، تهران، ایران. صص ۱۰۶-۶۳.
9. محمدی ن.ح، رفیعی فر ش و همکاران، برنامه جامع آموزش سلامت، انتشارات مهر روش، ۱۳۸۴، تهران، ایران. صص ۸۱۷-۷۸۳.
10. قدوسیان ا، قاسمی برقی ر، پور اسلامی م، سرمست ح. مبانی و کاربرد تکنولوژی آموزشی در ارتقای سلامت، بحر العلوم، ۱۳۸۲، قزوین، ایران. صص ۱۲۶-۳۳.
11. برهمند پور ف، اردستانی م س. راهنمای انتخاب رسانه‌ها و روش‌های آموزش سلامت. موسسه فرهنگی هنری براتا، انتشارات آرمان برات ا، ۱۳۹۱، تهران. صص ۷۵-۱.
12. بدرقه ع. تکنولوژی آموزشی. نشر دانشگاه آزاد اسلامی. ۱۳۸۳. تهران. صص ۳۴-۱۶.
13. علی آبادی خ. مقدمات تکنولوژی آموزشی، انتشارات دانشگاه پیام نور. ۱۳۹۲. تهران. صص ۲۱۲-۱.
14. محمدی د، احدیان م، رضائی ع. مقدمات تکنولوژی آموزشی. نشر آبیژ. اسفند ۱۳۹۳. تهران. صص ۲۴۰-۱.
15. باقیانی مقدم م.ح، شریفی راد غ، مظلومی س، ندریان ح، مروتی م ح. ۱۳۸۴، آموزش بهداشت-ارتباطات و تکنولوژی آموزشی، انتشارات چراغ دانش، تهران، ایران. صص ۱۴۰-۱۱۱.