

جزوه مدیریت ارتباطات و اطلاع‌رسانی در بحران‌های سلامت

مقدمه

بحران‌های سلامت عمومی - از همه‌گیری‌های ویروسی و بیماری‌های نوپدید تا بلایای طبیعی با پیامدهای بهداشتی، حوادث شیمیایی، آلودگی‌های گسترده و تهدیدات زیستی - همواره جوامع بشری را با چالش‌های بی‌سابقه‌ای روبه‌رو ساخته‌اند. در چنین شرایطی، اگرچه اقدامات درمانی و کنترلی در خط مقدم قرار دارند، اما ارتباطات مؤثر و اطلاع‌رسانی به‌موقع و دقیق نقشی تعیین‌کننده در کاهش تلفات، مدیریت هراس عمومی و حفظ اعتماد اجتماعی ایفا می‌کند. ارتباطات مؤثر می‌تواند میان زندگی و مرگ، میان نظم عمومی و هرج‌ومرج، و میان اعتماد و بی‌اعتمادی فراگیر تفاوت ایجاد کند.

تجربه دهه‌های اخیر - از همه‌گیری SARS در سال ۲۰۰۳، آنفلوآنزای خوک در ۲۰۰۹، ابولا در ۲۰۱۴، کووید-۱۹ در ۲۰۲۰ و آبله میمونی در ۲۰۲۲ - نشان داده است که خلأهای ارتباطی به سرعت به زیان‌های جبران‌ناپذیر منجر می‌شوند. در بسیاری از این بحران‌ها، ناتوانی در انتقال به‌موقع و شفاف اطلاعات، نه‌تنها باعث افزایش تلفات انسانی شد، بلکه اعتماد عمومی به نظام سلامت را برای سال‌ها تضعیف کرد. از سوی دیگر، تجربه کشورهای که با برنامه‌ریزی ارتباطی مدون و سخنگویی حرفه‌ای به استقبال بحران رفتند، نشان می‌دهد که ارتباطات می‌تواند نیروی محرکه‌ای برای همبستگی ملی و انسجام اجتماعی باشد. از این رو، پرداختن به موضوع مدیریت ارتباطات و اطلاع‌رسانی در بحران‌های سلامت، دیگر یک گزینه یا اولویت ثانویه نیست، بلکه ضرورتی انکارناپذیر و خط مقدم دفاع از سلامت جامعه محسوب می‌شود.

مدیریت ارتباطات در بحران‌های سلامت، دانشی میان‌رشته‌ای است که از علوم ارتباطات، مدیریت بحران، بهداشت عمومی، روان‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی و رسانه بهره می‌گیرد. این جزوه با هدف ارائه چارچوبی نظری و عملی برای گروه‌های مختلف مخاطب تدوین شده است: دانشجویان علوم پزشکی که قرار است در آینده به عنوان پزشک، پرستار یا مدیر سلامت نقش هدایت‌کننده را ایفا کنند؛ کارشناسان بهداشت که در خط مقدم ارائه خدمات سلامت به مردم حضور دارند؛ مدیران بیمارستان‌ها که مسئولیت هماهنگی و اطلاع‌رسانی در محیط‌های درمانی را بر عهده دارند؛ کارشناسان روابط عمومی که پل ارتباطی بین سازمان و مردم هستند؛ مدیران بحران که در شرایط اضطرار تصمیم‌گیری می‌کنند؛ کارشناسان HSE که با ریسک‌های صنعتی و محیطی سروکار دارند؛ و امدادگرانی که در صحنه حادثه با مردم آسیب‌دیده ارتباط مستقیم برقرار می‌کنند. ساختار جزوه به گونه‌ای طراحی شده است که هر مخاطب بسته به نیاز خود، بتواند بخش‌های مرتبط را مطالعه کرده و از آن بهره‌گیرد، اما مطالعه کامل آن برای تمامی دست‌اندرکاران نظام سلامت توصیه می‌شود.

بحران‌های سلامت، به دلیل ماهیت ناگهانی، گستردگی تأثیر و ارتباط مستقیم با حیات و مرگ انسان‌ها، از پیچیده‌ترین و حساس‌ترین رویدادهایی هستند که نظام‌های سلامت با آنها مواجه می‌شوند. در یک بحران سلامت، دو نوع تلفات روی می‌دهد: تلفات مستقیم ناشی از عامل بحران (مانند ویروس یا بلائی طبیعی) و تلفات غیرمستقیم ناشی از ضعف در مدیریت اطلاعات، گسترش شایعات، ایجاد هراس، اتخاذ رفتارهای نادرست بهداشتی و از دست رفتن اعتماد عمومی. پژوهش‌های انجام شده در بحران‌های مختلف نشان می‌دهد که تلفات دسته دوم گاه از تلفات مستقیم نیز فراتر می‌رود. از این رو، مدیریت ارتباطات و اطلاع‌رسانی، نه یک فعالیت جانبی یا پشتیبان، بلکه به عنوان یک مؤلفه راهبردی و محوری در کنار مؤلفه‌های کلاسیک مدیریت بحران (مانند درمان، غربالگری، قرنطینه و واکسیناسیون) قرار گرفته است.

نظام سلامت ایران نیز در دو دهه اخیر بحران‌های گوناگونی را تجربه کرده است: زلزله بم (۱۳۸۲)، سیل‌های ویرانگر (به‌ویژه در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۴۰۰)، بیماری‌های نوپدید و بازپدید مانند تب کریمه‌کنگو و تب دنگی و البته همه‌گیری کووید-۱۹. هر یک از این حوادث، درس‌های گران‌بهایی در زمینه ارتباطات بحران به همراه داشته است. با این حال، همچنان نیاز به نظام‌مند کردن این دانش و تبدیل آن به مجموعه آموزشی مستند و عملی احساس می‌شود. بسیاری از سازمان‌های سلامت و درمان در ایران، در بحران‌های اخیر با مشکلات مشابهی روبه‌رو بوده‌اند: تعیین نشدن سخنگوی واحد، تأخیر در انتشار اولین اطلاعیه، نبود هماهنگی بین سازمانی، عدم آشنایی با اصول رد شایعه و غلبه رویکرد انفعالی به جای رویکرد فعال در اطلاع‌رسانی.

فصل اول: مفاهیم، تعاریف و مبانی نظری

۱-۱. مفهوم بحران سلامت

بحران سلامت به وضعیتی اطلاق می‌شود که سلامت فردی یا جمعی جامعه به طور ناگهانی و شدید تهدید شده و ظرفیت‌های معمول پاسخ‌گویی نظام سلامت برای مهار آن کافی نباشد. بحران می‌تواند ریشه در عوامل مختلفی داشته باشد: شیوع بیماری‌های واگیر و همه‌گیری‌ها، بلایای طبیعی با پیامدهای بهداشتی (همچون سیل، زلزله، خشکسالی و آتش‌سوزی‌های گسترده)، آلودگی‌های شیمیایی و زیست‌محیطی، کمبود شدید دارو و تجهیزات پزشکی، فروپاشی زیرساخت‌های درمانی در مناطق جنگی و بحران‌زده، تهدیدات بیوتروریستی و حملات زیستی، یا حوادث پرتوی و هسته‌ای. وجه مشترک همه این موارد، ناتوانی نظام سلامت در پاسخ‌گویی مؤثر و به‌هنگام با استفاده از ظرفیت‌های روزمره و معمول است؛ به عبارت دیگر، وضعیت «فوق‌العاده» بر «وضعیت عادی» غلبه می‌کند و نیازمند بسیج فرابخشی و فوق‌العاده است.

یکی از نکات کلیدی در تعریف بحران سلامت، تمایز آن از «وضعیت اضطراری» و «فاجعه» است. وضعیت اضطراری معمولاً به رویدادی محدود و کوتاه‌مدت اطلاق می‌شود که ظرفیت پاسخ‌گویی محلی برای مدیریت آن وجود دارد (مانند آتش‌سوزی در یک بخش بیمارستان). بحران، گستره وسیع‌تر و پیچیدگی بیشتری دارد و اغلب نیازمند پاسخ ملی و بین‌المللی است. فاجعه نیز به رویدادی گفته می‌شود که خسارت‌های مالی و جانی گسترده‌ای به بار می‌آورد اما ممکن است الزاماً جنبه سلامت محض نداشته باشد. در این جزوه، تمرکز اصلی بر «بحران‌های سلامت» است؛ چه آنهایی که ریشه صرفاً بهداشتی دارند (همچون یک ویروس جدید) و چه آنهایی که از بلایای طبیعی نشئت می‌گیرند اما پیامدهای سلامت برای آنها در اولویت است.

پژوهش‌های انجام شده بر روی بحران‌های سلامت در چهار دهه اخیر نشان می‌دهد که هر بحران، چرخه‌ای از مراحل را طی می‌کند: هشدار اولیه (دوران پیش از بحران)، نقطه شروع بحران (رویداد اولیه)، تشدید و اوج‌گیری، تداوم، کاهش تدریجی و بازگشت به حالت عادی و در نهایت ارزیابی پس از بحران. هر یک از این مراحل، اقتضائات ارتباطی خاص خود را دارد. شناخت دقیق این مراحل و تطبیق راهبردهای ارتباطی با آنها، یکی از مهارت‌های بنیادین در مدیریت ارتباطات بحران است.

جدول ۱-۱: انواع بحران‌های سلامت از نظر منشأ و ماهیت

ردیف	دسته بحران	مثال‌ها	ویژگی اصلی
۱	بیماری‌های واگیر و همه‌گیری‌ها	کووید-۱۹، آنفلوآنزای خوک، ابولا، آبله میمونی	قدرت سرایت بالا، ناشناخته بودن اولیه عامل بیماری، نیاز به مداخلات جمعی
۲	بلایای طبیعی با پیامد سلامت	سیل، زلزله، سونامی، خشکسالی، طوفان	خسارت زیرساخت‌های بهداشتی، جابجایی جمعیت، بیماری‌های پس از سانحه
۳	حوادث شیمیایی و صنعتی	نشت گاز کلر، آلودگی آب به آرسنیک، نشت مواد شیمیایی	ناشناخته بودن سمیت، گسترش سریع در محیط، نیاز به آنتی‌دوت
۴	تهدیدات زیستی و بیوتروریسم	انتشار سیاه‌زخم، تهدیدات با عوامل میکروبی	عمدی بودن، هدف‌گیری جمعیت‌های خاص، لایه‌های امنیتی
۵	بحران‌های دارویی و تجهیزاتی	کمبود گسترده واکسن، کمبود سرم یا داروهای حیاتی	ریشه در زنجیره تأمین و توزیع، نیاز به جایگزین‌یابی سریع
۶	حوادث پرتوی و هسته‌ای	نشت راکتور، پراکندگی مواد رادیواکتیو	ترس و اضطراب ویژه ناشی از نامرئی بودن خطر، نیاز به تخصص بالا

۱-۲. ارتباطات سلامت

ارتباطات سلامت به فرآیند برنامه‌ریزی شده و هدفمند استفاده از راهبردهای ارتباطی برای آگاه‌سازی، متقاعدسازی و تأثیرگذاری بر تصمیمات افراد و جوامع در جهت ارتقای سلامت و کیفیت زندگی گفته می‌شود. این حوزه میان‌رشته‌ای، تلفیقی از دانش ارتباطات، علوم رفتاری، آموزش بهداشت، روان‌شناسی اجتماعی، بازاریابی اجتماعی و پزشکی است. ارتباطات سلامت یک رشته دانشگاهی مستقل با متدولوژی، نظریه‌ها، مدل‌ها و روش‌های ارزیابی خاص خود است و از دهه ۱۹۹۰ به این سو، به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام‌های سلامت پیشرفته شناخته می‌شود.

دامنه ارتباطات سلامت بسیار گسترده است و فعالیت‌های متنوعی را در بر می‌گیرد: از طراحی کمپین‌های ملی آموزش بهداشت (همچون کمپین «ترک سیگار» یا «تغذیه سالم») و اطلاع‌رسانی عمومی درباره خدمات پیشگیرانه (واکسیناسیون، غربالگری‌های دوره‌ای) تا برقراری ارتباط مؤثر پزشک با بیمار، مداخلات ارتباطی در سطح اجتماعات محلی برای تغییر نگرش‌ها و رفتارهای پرخطر و همچنین مدیریت ارتباطات در بحران‌های سلامت. ارتباطات سلامت، چه در شرایط عادی و چه در شرایط بحرانی، اصول مشترکی دارد: شفافیت، دقت، در نظر گرفتن مخاطب، تأکید بر سودمندی رفتارهای توصیه شده و استفاده از منابع معتبر.

ویژگی‌های اصلی ارتباطات سلامت مؤثر

شاخص	توضیح
مبتنی بر شواهد	پیام‌ها بر اساس پژوهش‌های علمی معتبر طراحی می‌شوند، نه حدس و گمان یا تجربه شخصی.
مخاطب‌محور	پیام‌ها بر اساس نیازها، ارزش‌ها، باورها و سطح سواد سلامت مخاطب تنظیم می‌شوند.
پیش‌آزمون و ارزیابی	پیش از انتشار گسترده، پیام بر روی گروه نمونه آزمایش و بازخورد آن تحلیل می‌شود؛ پس از اجرا، اثربخشی سنجیده می‌شود.
چندکاناله	از ترکیب کانال‌های مختلف برای دسترسی به حداکثر مخاطبان استفاده می‌شود.
تکراری و پایدار	پیام‌ها در بازه‌های زمانی مناسب و با تکرار هوشمندانه ارائه می‌شوند.
عاری از انگ‌زنی	از سرزنش و ایجاد تبعیض علیه گروه‌های خاص پرهیز می‌شود.

در شرایط بحران، پیچیدگی و فوریت ارتباطات سلامت به طور چشمگیری افزایش می‌یابد؛ منابع معتبر اطلاعات به سرعت تغییر می‌کنند، زمان تأیید علمی پیام‌ها به حداقل می‌رسد و اضطراب و فشار روانی مخاطبان، نحوه دریافت و پردازش اطلاعات را دچار تحول می‌کند. از این رو، ارتباطات سلامت در بحران، نیازمند رویکردی تخصصی‌تر و متفاوت با موقعیت‌های عادی است.

۳-۱. ارتباطات ریسک

ارتباطات ریسک به تبادل اطلاعات، نظرها و توصیه‌ها میان متخصصان، مسئولان و افرادی گفته می‌شود که در معرض یک خطر یا تهدید سلامت (که هنوز به طور کامل بالفعل نشده) قرار دارند. سازمان جهانی بهداشت (WHO) ارتباطات ریسک را چنین تعریف می‌کند: «تبادل بلادرنگ اطلاعات، مشاوره و نظرات میان کارشناسان یا مقامات و افرادی که با یک خطر یا تهدید برای سلامت، بقا یا رفاه اقتصادی و اجتماعی خود روبه‌رو هستند.» هدف اصلی در ارتباطات ریسک، توانمندسازی افراد در معرض خطر برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه و انجام اقدامات محافظتی و پیشگیرانه پیش از وقوع حادثه است. به عبارت دیگر، ارتباطات ریسک به «قبل از بحران» تعلق دارد؛ زمانی که زمان برای برنامه‌ریزی، آموزش و آماده‌سازی وجود دارد.

ارتباطات ریسک مؤلفه‌های متعددی دارد: ارزیابی ریسک (شناسایی دقیق خطر، احتمال وقوع و شدت عواقب آن)، درک ریسک (بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی که بر قضاوت مردم درباره خطر تأثیر می‌گذارد)، ارتباط عددی ریسک (تبدیل آمار و احتمالات پیچیده به زبانی ساده و قابل فهم برای عموم)، مدیریت نگرانی‌ها (پاسخ به پرسش‌ها و نگرانی‌های واقعی مردم، حتی اگر از نظر علمی «نامتناسب» به نظر برسند) و اقدام‌پذیری پیام (ارائه راهکارهای عملی و مؤثر برای کاهش ریسک).

یکی از آموزه‌های بنیادین در ارتباطات ریسک این است که «آنچه مردم فکر می‌کنند خطرناک است، به اندازه آنچه واقعاً خطرناک است اهمیت دارد». به عبارت دیگر، درک ذهنی مردم از یک خطر، حتی اگر با ارزیابی علمی و عینی آن خطر فاصله داشته باشد، تعیین‌کننده رفتار آنهاست. از این رو، رسالت ارتباطات ریسک، صرفاً ارائه آمار و اعداد نیست، بلکه درک جهان ذهنی مخاطبان، شناسایی نگرانی‌های واقعی آنها و پاسخ دادن به آن نگرانی‌ها با زبان و روشی متناسب است.

برخی از کارکردهای کلیدی ارتباطات ریسک در نظام سلامت عبارتند از: پیش‌آگاهی از خطرات فصلی (همچون آنفلوانزا، گرمادگی، آلودگی هوا)، آموزش و آماده‌سازی عمومی برای سناریوهای محتمل (همچون زلزله یا سیل)، ایجاد زیرساخت‌های اعتماد پیش از وقوع بحران (که در زمان بحران به شدت به کار می‌آید)، کاهش رفتارهای پرخطر از طریق آموزش مستمر و توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر (همچون سالمندان، کودکان، بیماران مزمن) با اطلاعات متناسب با نیازهایشان.

۴-۱. ارتباطات بحران

ارتباطات بحران به مجموعه اقدامات، پیام‌ها، فرآیندها و ساختارهایی گفته می‌شود که در حین وقوع بحران و برای پاسخگویی فوری و سازمان‌یافته به آن به کار گرفته می‌شوند. اگر ارتباطات ریسک به «قبل از واقعه» تعلق دارد، ارتباطات بحران به «زمان وقوع و پس از آن» اختصاص دارد. در بحران سلامت، اهداف اصلی ارتباطات بحران عبارتند از: (۱) کاهش هراس و عدم قطعیت در میان مردم و ذی‌نفعان، (۲) ارائه راهنماهای عملی و دقیق برای رفتارهای حفاظتی و درمانی، (۳) هدایت افکار عمومی به سمت منابع معتبر و پرهیز از شایعات، (۴) حفظ و تقویت اعتماد عمومی به نظام سلامت و مسئولان، (۵) هماهنگی میان سازمان‌ها و نهادهای درگیر، (۶) کاهش فشار روانی و حمایت از سلامت روان جامعه، و (۷) مستندسازی و یادگیری برای بحران‌های آتی.

ارتباطات بحران با چند ویژگی برجسته از ارتباطات ریسک متمایز می‌شود: فوریت (باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن آغاز شود؛ در برخی بحران‌ها، هر دقیقه تأخیر به قیمت جان انسان‌ها تمام می‌شود)، ابهام (اطلاعات اغلب ناقص و سیال است و ثبات چندانی ندارد)، فشار روانی بالا (هم برای مخاطبان و هم برای سخنگویان و تیم ارتباطی)، غلبه احساسات بر عقلانیت (مردم بیشتر از ترس، خشم و ناامیدی تصمیم می‌گیرند تا تحلیل منطقی)، نیاز به هماهنگی بین‌سازمانی (چرا که اغلب بحران‌های سلامت فراتر از ظرفیت یک وزارتخانه یا یک سازمان است) و غلبه «خبر بد» بر «خبر خوب». این ویژگی‌ها، ارتباطات بحران را به یکی از دشوارترین و در عین حال حیاتی‌ترین وظایف مدیریت بحران تبدیل می‌کند.

یکی از ریشه‌ای‌ترین اشتباهات در ارتباطات بحران، تلاش برای «پنهان کردن» یا «کم اهمیت جلوه دادن» مشکل است. تجربه دهه‌های اخیر نشان داده است که شفافیت و صداقت، حتی اگر به معنای پذیرفتن نادانسته‌ها و اشتباهات باشد، در بلندمدت اعتمادآفرین‌ترین رویکرد است و برعکس، پنهان‌کاری و ارائه آمار دستکاری شده، هرچند ممکن است در کوتاه‌مدت آرامش کاذب ایجاد کند، در بلندمدت سرمایه اجتماعی سازمان را به شدت تضعیف می‌کند و هزینه‌های جبران‌ناپذیری به همراه می‌آورد.

۵-۱. ارتباطات اضطراری

ارتباطات اضطراری زیرمجموعه تخصصی‌تری از ارتباطات بحران است که به وضعیت‌هایی اشاره دارد که نیازمند پاسخ بلاواسطه و ثانیه‌ای هستند؛ یعنی اقدامات ارتباطی که در لحظه وقوع حادثه و برای نجات جان افراد در خطر

قریب‌الوقوع به کار گرفته می‌شوند. در حالی که ارتباطات بحران ممکن است ساعتها یا روزها پس از شروع حادثه نیز ادامه یابد، ارتباطات اضطراری در دقایق اولیه متمرکز است و هدف آن، هشدار فوری، راهنمایی برای تخلیه، پناه‌گیری یا خودداری از اقدامات خطرناک است. نمونه‌های بارز ارتباطات اضطراری عبارتند از: پیامک‌های هشدار زلزله، آژیرهای خطر در کارخانجات شیمیایی، تابلوهای متغیر خبری در بزرگراه‌ها هنگام سیل یا طوفان قریب‌الوقوع، هشدارهای صوتی در مدارس هنگام حمله بیوتروریستی یا تیراندازی فعال.

در ارتباطات اضطراری، سرعت و وضوح بر هر چیز دیگری اولویت دارد و اغلب از قالب‌های بسیار کوتاه (حتی چند کلمه‌ای) و کانال‌هایی استفاده می‌شود که بیشترین نفوذ و کمترین تأخیر را در میان عموم مردم دارند. استانداردهای بین‌المللی در این زمینه، بر اصول «سه ثانیه تا تصمیم» تأکید دارند: پیام اضطراری باید در کمتر از سه ثانیه، محتوای اصلی خود (چه خطری، چه باید کرد) را منتقل کند. نمونه پیام اضطراری مؤثر: «هشدار زلزله. فوراً پناه بگیرید. زیر میز بروید».

در نظام سلامت، ارتباطات اضطراری می‌تواند در موارد زیر کاربرد داشته باشد: هشدار در مورد آلودگی ناگهانی آب آشامیدنی، اعلام وضعیت قرنطینه فوری در یک منطقه، هشدار در مورد نشت مواد شیمیایی خطرناک از یک کارخانه، اطلاع‌رسانی در مورد حمله بیوتروریستی (مانند انتشار عامل سیاه‌زخم در فضای عمومی) یا هشدارهای فوری در مورد گرم‌زدگی شدید و خطرات ناشی از آن.

یک سازمان سلامت برای آمادگی در حوزه ارتباطات اضطراری، باید پیش از بحران، کانال‌های هشدار سریع خود را طراحی و آزمایش کرده باشد، الگوهای پیام کوتاه برای سناریوهای مختلف را آماده داشته باشد و تیمی را برای تأیید و انتشار فوری پیام‌های اضطراری در تمام ساعات شبانه‌روز (۷/۲۴) آماده نگه دارد.

۶-۱. اهمیت ارتباطات در نظام سلامت

نظام سلامت، شبکه پیچیده و گسترده‌ای از کنشگران و نهادهاست که برای ایفای نقش خود در حفظ و ارتقای سلامت جامعه، به شدت به ارتباطات مؤثر وابسته است. شاید در هیچ حوزه مدیریتی دیگری به اندازه نظام سلامت، پیامدهای سوء ارتباطات ضعیف تا این حد سریع و مستقیم و مرگ‌بار نباشد. یک پزشک که نتواند تشخیص خود را به درستی به بیمار منتقل کند، یک بیمارستان که اطلاعیه‌های ضدونقیض درباره زمان و نحوه ارائه خدمات

منتشر می‌کند، یک وزارت بهداشت که در ابتدای یک همه‌گیری شفاف عمل نمی‌کند - همه اینها نمونه‌هایی از هزینه‌های گزاف ارتباطات ضعیف در نظام سلامت هستند.

اهمیت ارتباطات در نظام سلامت را می‌توان در هفت محور اصلی خلاصه کرد:

۱. ارتقای سواد سلامت: ارتباطات مؤثر، توانایی مردم را برای دریافت، پردازش و درک اطلاعات پایه سلامت افزایش می‌دهد و به آنها امکان می‌دهد تصمیمات آگاهانه‌تری درباره سلامت خود و خانواده‌شان بگیرند.

۲. بهبود نتایج درمانی و مراقبتی: ارتباط مؤثر میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران، منجر به پیروی بهتر از درمان، کاهش خطاهای پزشکی، افزایش رضایت بیمار و در نهایت نتایج بالینی بهتر می‌شود.

۳. پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت عمومی: کمپین‌های ارتباطی مؤثر، رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهند، رفتارهای سالم را ترویج می‌کنند و مشارکت عمومی در برنامه‌های پیشگیرانه همچون واکسیناسیون و غربالگری را افزایش می‌دهند.

۴. مدیریت بحران و کاهش تلفات: در بحران‌های سلامت، ارتباطات سریع و دقیق، جان انسان‌ها را نجات می‌دهد - از طریق هدایت مردم به سمت اقدامات درست، جلوگیری از هجوم به مراکز درمانی و مقابله با شایعات خطرناک.

۵. ایجاد و حفظ اعتماد عمومی: نظام سلامت که شفاف، پاسخگو و صادق با مردم باشد، سرمایه اجتماعی عظیمی کسب می‌کند که در شرایط بحرانی، مهم‌ترین دارایی آن محسوب می‌شود.

۶. هماهنگی بین‌سازمانی و استفاده بهینه از منابع: در نظام سلامت، جریان اطلاعات میان بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت، دانشگاه‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر و نهادهای حاکمیتی، برای تخصیص بهینه منابع و جلوگیری از دوباره‌کاری و هدررفت منابع، حیاتی است.

۷. عدالت در سلامت: ارتباطات سلامت به گونه‌ای طراحی می‌شود که به گروه‌های آسیب‌پذیر و کم‌برخوردار نیز دسترسی برابر به اطلاعات سلامت داشته باشند و از این طریق، شکاف‌های ناشی از نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی کاهش یابد.

فصل دوم: نظریه‌ها و مدل‌های ارتباطات بحران

۱-۲. مدل (CERC) ارتباطات بحران و ریسک اضطراری

مدل CERC که مخفف عبارت Crisis and Emergency Risk Communication است، توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری آمریکا (CDC) و به طور مشخص توسط باربارا رینولدز (Barbara Reynolds) و متیو سیگر (Matthew Seeger) در سال ۲۰۰۲، در پی حملات آنتراکس و درس‌های ۱۱ سپتامبر، معرفی و از آن زمان تاکنون به طور مداوم به‌روزرسانی شده است. CERC یک چارچوب ارتباطی است که اصول ارتباطات ریسک (که عمدتاً بر پیشگیری و آمادگی متمرکز است) و ارتباطات بحران (که بر واکنش فوری و کاهش آسیب متمرکز است) را در هم ادغام می‌کند. این مدل بر این فرض استوار است که یک بحران سلامت مراحل متعددی را طی می‌کند و هر مرحله نیازمند وظایف و راهبردهای ارتباطی متفاوتی است.

پنج مرحله مدل CERC :

مرحله ۱: پیش از بحران – (Pre-crisis) آمادگی. در این مرحله، بحران هنوز رخ نداده و وظیفه اصلی، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی است. فعالیت‌های کلیدی: تدوین برنامه ارتباطات بحران مکتوب (شامل تعیین سخنگویان و جانشینان، روال تأیید اطلاعات، سناریوهای محتمل، الگوهای پیام)، شناسایی ریسک‌های بالقوه بر اساس شواهد موجود، آموزش و شبیه‌سازی منظم برای تیم ارتباطات بحران، ایجاد و حفظ ارتباط با رسانه‌ها، رهبران محلی و ذی‌نفعان کلیدی در زمان صلح، تهیه بانک پیام‌های کلیدی و سوالات متداول برای سناریوهای مختلف. خروجی این مرحله، یک برنامه عملیاتی مدون است که به محض اعلام هشدار اولیه، همه اعضای سازمان بدانند چه کسی چه اطلاعاتی را از چه طریقی و در چه زمانی منتشر کند.

مرحله ۲: رویداد اولیه – (Initial Event) اعلام و همدلی. با وقوع رویداد، ویژگی اصلی این مرحله، اطلاعات ناقص، تقاضای بالای رسانه‌ها و مردم و هراس اولیه است. وظایف ارتباطی این مرحله عبارتند از: تأیید و اعلام وقوع بحران در اسرع وقت (اصل «اول باشید»)، ابراز همدلی صادقانه با آسیب‌دیدگان و خانواده‌های آن‌ها، ارائه حقایق تأیید شده و اعلام شفاف نادانسته‌ها (عدم قطعیت)، ارائه اقدامات عملی ساده و روشن که مردم می‌توانند بلافاصله انجام دهند و معرفی منابع معتبر برای دریافت به‌روزرسانی‌های بعدی. در این مرحله، اولین کنفرانس خبری باید

حتی با اطلاعات محدود برگزار شود و هدف، نه «ادعای دانستن همه چیز» که «ایجاد اعتماد و کاهش هراس» است.

مرحله ۳: تداوم – (Maintenance) پایداری و پاسخ به شایعات. با طولانی شدن بحران، مخاطبان دچار «خستگی اطلاعاتی» می‌شوند، شایعات لایه لایه ظاهر می‌شوند و ممکن است میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی کاهش یابد. وظایف این مرحله: ایجاد برنامه منظم و قابل پیش‌بینی برای به‌روزرسانی (مثلاً کنفرانس خبری روزانه در ساعت مشخص)، راه‌اندازی سیستم «شنود اجتماعی» برای رصد باورهای غلط، نگرانی‌های تازه و سوالات مردم، پاسخ سریع و مبتنی بر شواهد به شایعات با روش «رد مؤثر» (که در فصل ششم به تفصیل خواهد آمد)، استفاده از ابزارهای بصری (اینفوگرافیک، ویدئوهای کوتاه) برای تنوع بخشیدن به محتوا و جلوگیری از خستگی مخاطب، و تنوع بخشیدن به پیام‌رسان‌ها با مشارکت افراد غیر تخصصی اما مورد اعتماد (همچون اینفلوئنسرها، رهبران مذهبی، هنرمندان یا ورزشکاران).

مرحله ۴: حل بحران – (Resolution) اعلام پایان و تشکر. نشانه‌های این مرحله شامل کاهش پایدار موارد بیماری یا حادثه، برداشته شدن تدریجی محدودیت‌ها و بازگشت تدریجی به شرایط عادی است. وظایف ارتباطی: اعلام رسمی پایان بحران همراه با ارائه داده‌های تأیید شده و مستند، تشکر صمیمانه از کادر درمان، امدادگران، داوطلبان و عموم مردم برای همکاری‌هایشان، توضیح درس‌های آموخته شده و اقدامات اصلاحی که برای جلوگیری از تکرار ضعف‌ها انجام خواهد شد، و بازگشایی کانال‌های بازخورد برای دریافت تجربیات زیسته مردم از بحران.

مرحله ۵: ارزیابی – (Evaluation) بازبینی و بازنگری. این مرحله اغلب نادیده گرفته می‌شود، در حالی که از نظر یادگیری سازمانی حیاتی است. فعالیت‌ها: برگزاری جلسات «بازبینی» با تمام ذی‌نفعان درگیر در ارتباطات بحران، اندازه‌گیری شاخص‌های کلیدی عملکردها، بازنگری برنامه ارتباطات بحران بر اساس نقاط ضعف شناسایی شده، مستندسازی کامل و انتشار گزارش درس‌آموخته‌ها برای استفاده سایر سازمان‌ها و نسل‌های آینده مدیران.

جدول ۱-۲: خلاصه مراحل پنج‌گانه CERC

مرحله	مراحل	هدف اصلی	مثال اقدام عملی
۱	پیش از بحران	برنامه‌ریزی و آمادگی	تدوین برنامه ارتباطات بحران و برگزاری مانور
۲	رویداد اولیه	اعلام و همدلی	اولین کنفرانس خبری ظرف ۲ ساعت اول

۳	تداوم	پایداری و پاسخ به شایعات	راه‌اندازی سامانه پایش شایعات در شبکه‌های اجتماعی
۴	حل بحران	اعلام پایان و تشکر	برگزاری نشست تشکر از کادر درمان و مردم
۵	ارزیابی	بازبینی و بازنگری	جلسه بازبینی و تدوین گزارش درس‌آموخته‌ها

شش اصل طلایی CERC

رینولدز و سیگر علاوه بر مدل پنج‌مرحله‌ای، شش اصل بنیادین را نیز برای ارتباطات بحران تدوین کرده‌اند که در همه مراحل جاری و ساری هستند. این اصول، ستون‌های فکری و عملی CERC را تشکیل می‌دهند.

۱. اول باشید: اولین منبع خبری شوید. اگر سازمان شما اولین منبع خبر نباشد، جای خالی را شایعه، رسانه‌های غیرمعتبر یا رقبا پر خواهند کرد. حتی اگر اطلاعات شما کامل نیست، شروع به اطلاع‌رسانی کنید و بگویید که در حال تکمیل اطلاعات هستید. اولین اطلاعیه باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن – در برخی بحران‌ها ظرف ۳۰ تا ۶۰ دقیقه – منتشر شود. این اصل، تأخیر را بزرگ‌ترین دشمن ارتباطات بحران معرفی می‌کند.

۲. درست باشید: اطلاعاتی که ارائه می‌دهید باید دقیق و مبتنی بر بهترین شواهد موجود باشند. درستی پیام، مقدم بر سرعت نیست؛ اما سرعت و درستی با هم ممکن است. در صورت بروز خطا در اطلاعات منتشر شده (که در ابهام اولیه بحران امری طبیعی است)، فوراً و بدون شرمساری آن را اصلاح کنید. تصحیح خطا، نشانه‌ی حرفه‌ای‌گری است، نه ضعف. در عمل، برای تضمین دقت، باید فرآیند تأیید چندمرحله‌ای (شامل کارشناس فنی، مشاور حقوقی و سخنگو) قبل از انتشار هر اطلاعیه رسمی طراحی شود.

۳. قابل اعتماد باشید: شفافیت، ثبات‌قدم و راستگویی، مهم‌ترین سازنده‌های اعتبار هستند. سازمانی که در یک بحران چندین پیام متناقض از منابع مختلف خود منتشر کند یا آمار را برای آرامش کاذب دستکاری نماید، شانس بازگشت اعتماد خود را برای سال‌ها از دست می‌دهد. اعتبار سازمانی یک سرمایه شکننده و سخت‌بازگشت است. برای حفظ اعتبار، باید همواره حقیقت را بگویید، حتی اگر ناخوشایند باشد و هرگز وعده چیزی را ندهید که مطمئن نیستید.

۴. همدلی ابراز کنید: پیش از ارائه هرگونه اطلاعات فنی یا آمار، ابتدا باید احساسات مردم (ترس، اندوه، نگرانی، خشم) را به رسمیت بشناسید. همدلی با یک عبارت ساده آغاز می‌شود: «می‌دانیم که نگران عزیزانتان هستید. این احساس طبیعی است.» همدلی صادقانه، دیوار بی‌اعتمادی را فرو می‌ریزد و زمینه را برای پذیرش پیام‌های فنی و علمی فراهم می‌کند. در عمل، همدلی باید در اولین جمله سخنگو در اولین کنفرانس خبری ظاهر شود - نه اینکه در انتها یا به عنوان یک افزونه تشریفاتی به آن پرداخته شود.

۵. اقدام را ترویج دهید: مردم در بحران، بیش از هر چیز نیاز دارند بدانند «الان چه کاری می‌توانم انجام دهم؟». اگر پیام شما صرفاً هشدار دهنده باشد و اقدام عملی مشخصی ارائه ندهد، اضطراب را افزایش می‌دهد. یک پیام عالی در بحران، به وضوح به مردم می‌گوید: دقیقاً چه کاری را انجام دهند (و در مقابل، چه کاری را انجام ندهند)، چگونه می‌توانند از خود و خانواده‌شان محافظت کنند و در صورت نیاز به کمک، به کدام منابع مراجعه کنند.

۶. احترام بگذارید: هرگز مردم را تحقیر، سرزنش یا دسته‌بندی نکنید. از جملاتی مانند «شماها رعایت نمی‌کنید» یا «فرهنگ مردم پایین است» بپرهیزید. به جای آن، از زبانی مشارکت‌جویانه استفاده کنید: «ما با هم از یکدیگر محافظت می‌کنیم.» احترام همچنین به معنای در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی، قومی و زبانی مخاطبان در طراحی پیام و انتخاب کانال‌های ارتباطی است. گروه‌های آسیب‌پذیر (سالمندان، کودکان، معلولین، اقلیت‌های قومی و زبانی) نیازمند احترام و توجه مضاعف هستند.

مدل CERC به عنوان یکی از جامع‌ترین و کاربردی‌ترین مدل‌های ارتباطات بحران سلامت در جهان شناخته می‌شود و سازمان جهانی بهداشت، فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و بسیاری از دولت‌ها، برنامه‌های ارتباطات بحران خود را بر اساس آن طراحی کرده‌اند.

۲-۲. چارچوب (RCCE) ارتباطات ریسک و مشارکت اجتماعی

چارچوب RCCE مخفف عبارت Risk Communication and Community Engagement است و توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان یکی از ارکان اصلی مدیریت بهداشت عمومی در شرایط اضطراری معرفی شده است. در سال‌های اخیر، این چارچوب به (RCCE-IM) افزودن Infodemic Management نیز گسترش یافته است.

RCCE مبتنی بر این اصل اساسی است که جوامع و مردم محلی، نه صرفاً گیرندگان منفعل اطلاعات، بلکه شرکای فعال در فرآیند مدیریت بحران هستند و باید از همان ابتدا در طراحی و اجرای راهکارها مشارکت داده شوند. چارچوب RCCE سه مؤلفه اصلی دارد که در ادامه تشریح می‌شود.

مؤلفه اول: ارتباطات ریسک. به تبادل بلادرنگ اطلاعات، مشاوره و نظرات میان کارشناسان و افرادی گفته می‌شود که در معرض یک خطر یا تهدید سلامت قرار دارند. سازمان جهانی بهداشت بر سه اصل اساسی در ارتباطات ریسک تأکید دارد: دسترسی (اطلاعات باید به آسانی در دسترس همگان قرار گیرد)، قابلیت اقدام (پیام‌ها باید راهکارهای عملی و روشن ارائه دهند) و اعتماد (ارتباط باید صادقانه و مبتنی بر اعتماد متقابل باشد).

مؤلفه دوم: مشارکت اجتماعی. مشارکت اجتماعی فرآیندی است که در آن جوامع به عنوان شرکای برابر در شناسایی مشکلات، طراحی راهکارها و اجرای مداخلات بهداشتی شرکت داده می‌شوند. هدف آن توانمندسازی جوامع برای ایفای نقش رهبری در پاسخ به بحران است. روش‌های مشارکت اجتماعی عبارتند از: تشکیل شوراهای مشورتی جامعه (شامل نمایندگان اقشار مختلف)، برگزاری جلسات «گوش دادن فعال» برای دریافت بازخورد مستقیم، پیش‌آزمون پیام‌ها و مداخلات بر روی گروه‌های نمونه از جامعه هدف، و واگذاری نقش‌های داوطلبانه و مسئولیت‌های محلی به اعضای جامعه در اجرای اقدامات بهداشتی.

مؤلفه سوم: مدیریت اینفودمیک. این مؤلفه که در نسخه‌های جدیدتر RCCE به آن اضافه شده، به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که برای شناسایی، پایش و مقابله با اطلاعات نادرست و جعلی در فضای مجازی و غیرمجازی انجام می‌شود. هدف آن اطمینان از شیوه‌ای است که اطلاعات قابل اعتماد و دقیق به مردم برسد و آن‌ها بتوانند تصمیمات آگاهانه بگیرند. مؤلفه «شنود اجتماعی» قلب مدیریت اینفودمیک است. WHO در سال‌های اخیر ابزارها و راهنماهای متعددی برای ظرفیت‌سازی کشورها در این حوزه منتشر کرده است.

۲-۳. نظریه اعتماد

نظریه اعتماد که گاهی «نظریه تعیین‌کننده‌های اعتماد» نیز نامیده می‌شود، یکی از چهار نظریه کلیدی وینسنت کاولو (Vincent Covello) در حوزه ارتباطات ریسک است. کاولو، یکی از برجسته‌ترین نظریه‌پردازان ارتباطات ریسک در جهان، معتقد است که در شرایط بحران و خطر، اعتماد مردم به منبع اطلاعات، از محتوای خود اطلاعات

مهم‌تر است. به عبارت دیگر، اگر مردم به شما اعتماد نداشته باشند، هر چقدر هم پیامتان علمی، دقیق و مستند باشد، تأثیر خود را از دست می‌دهد. برعکس، اگر اعتماد وجود داشته باشد، حتی پیام‌های ناقص نیز پذیرفته می‌شوند. به گفته کاولو، «اعتماد مهم‌ترین فیلتری است که اطلاعات مربوط به خطرات از آن عبور می‌کند.

چهار مؤلفه اصلی سازنده اعتماد از دیدگاه کاولو:

۱. شایستگی: مردم باید منبع اطلاعات را از نظر فنی و حرفه‌ای صاحب صلاحیت بدانند. آیا شما دانش و تخصص لازم را برای درک موضوع دارید؟ آیا سابقه حرفه‌ای و کارنامه قابل اتکایی دارید؟ آیا تیم شما از متخصصان مجرب تشکیل شده است؟ شایستگی، پایه‌ای‌ترین شرط اعتماد است، اما به تنهایی کافی نیست.

۲. صداقت: مردم باید منبع را راستگو و بدون اغراق یا پنهان‌کاری بدانند. آیا شما حقیقت را می‌گویید، حتی اگر ناخوشایند باشد؟ آیا آمار را دستکاری می‌کنید؟ آیا اشتباهات خود را می‌پذیرید و اصلاح می‌کنید؟ صداقت، در بلندمدت قدرتمندترین ابزار جلب اعتماد است.

۳. همدلی و دلسوزی: مردم باید احساس کنند که منبع اطلاعات، واقعاً به فکر منافع و رفاه آنهاست، نه منافع سیاسی، اقتصادی یا جناحی خود. آیا شما نگرانی‌های مردم را می‌شنوید؟ آیا به آنها احترام می‌گذارید؟ آیا پیش از ارائه حقایق، احساسات آنها را به رسمیت می‌شناسید؟ مؤلفه همدلی، اغلب در میان متخصصان فنی (که صرفاً بر شایستگی خود تأکید می‌کنند) نادیده گرفته می‌شود، در حالی که در جلب اعتماد عمومی، نقشی تعیین‌کننده دارد.

۴. شفافیت و فداکاری: مردم باید شاهد باشند که شما تمام تلاش خود را در جهت منافع عمومی انجام می‌دهید و چیزی برای پنهان کردن ندارید. آیا شما فرآیندهای تصمیم‌گیری خود را باز می‌گذارید؟ آیا به مردم نشان می‌دهید که از چه منطقی پیروی می‌کنید؟ آیا هزینه‌ها و محدودیت‌ها را شفاف اعلام می‌کنید؟

در مدل کاولو، اعتماد یک شبه ایجاد نمی‌شود؛ بلکه حاصل تعامل مستمر و صادقانه سازمان با مردم است. سازمانی که سال‌ها سرمایه‌گذاری در این چهار مؤلفه کرده باشد، در هنگام بحران سرمایه عظیمی از اعتماد در اختیار خواهد داشت که می‌تواند از آن برای مدیریت هراس و هدایت رفتارهای سلامت استفاده کند. در مقابل، سازمانی که به هر دلیلی این سرمایه را از دست بدهد، بازگرداندن آن تقریباً غیرممکن و بسیار هزینه‌بر است.

در عمل، نظریه اعتماد به مدیران ارتباطات بحران یادآوری می‌کند که پرداختن صرف به محتوای پیام‌ها کافی نیست؛ بلکه باید به یک اندازه به «حامل پیام» (سخنگو، سازمان) و نحوه تعامل آن با مردم توجه کرد. انتخاب سخنگویی که هر چهار مؤلفه اعتماد را دارا باشد، مهم‌ترین تصمیم استراتژیک در ارتباطات بحران است.

۴-۲. نظریه نويز ذهني

نظریه نويز ذهني، دومين نظريه کليدي وينسنت کاولو است. بر اساس اين نظريه، در شرايط استرس حاد (که بحران‌های سلامت به طور قطع ايجاد می‌کنند)، توانايی شناختی و پردازش اطلاعات انسان به شدت کاهش می‌یابد. کاولو اين افت توانايی را معادل کاهش ۳۰ تا ۵۰ واحدی ضريب هوشي موقت توصيف می‌کند. به عبارت ديگر، فردی که در شرايط عادی هوش سرشاری دارد، در اوج بحران ممکن است در پردازش ساده‌ترین اطلاعات نیز دچار مشکل شود. اين پديده را «نويز ذهني» می‌نامند، زیرا ذهن فرد چنان درگیر هیجانانگیز، ترس‌ها و نگرانی‌ها می‌شود که فضای شناختی کافی برای تحلیل اطلاعات جدید باقی نمی‌ماند.

پیامدهای نويز ذهني برای ارتباطات بحران:

- مردم فقط می‌توانند بخش کوچکی از اطلاعات ارائه شده را به خاطر بسپارند (اغلب تنها ۲۰ تا ۳۰ درصد).
- جزئیات، اعداد، تاریخ‌ها و آمارهای پیچیده فراموش می‌شوند (یا به اشتباه ثبت می‌گردند).
- تمایل به ساده‌سازی بیش از حد پیام‌ها افزایش می‌یابد (مردم پیام‌های چندبعدی را به چند کلمه تقلیل می‌دهند).
- حافظه کوتاه‌مدت دچار اختلال می‌شود و افراد ممکن است حتی پیام‌هایی را که چند دقیقه پیش شنیده‌اند فراموش کنند.
- قضای و تصمیم‌گیری تحت تأثیر هیجانانگیز (به ویژه ترس و خشم) قرار می‌گیرد.

راهکارهای عملی برای مقابله با نويز ذهني:

۱. کوتاه کردن جملات: حداکثر طول هر جمله نباید از ۱۵ کلمه تجاوز کند. از جملات مرکب و چندبخشی پرهیز کنید.

۲. اولویت‌بندی اطلاعات (قانون سه پیام اصلی): در هر ارتباط (اعم از کنفرانس خبری، بیانیه، پست اینستاگرامی یا گفتگوی تلفنی)، بیش از سه پیام کلیدی به مخاطب ارائه نکنید. اگر بیش از سه نکته مهم دارید، آنها را در یک سند مکتوب مجزا منتشر کنید، نه در ارتباط شفاهی یا کوتاه.

۳. پرهیز از اعداد و آمار پیچیده: به جای گفتن «نرخ بازتولید مؤثر ۳/۱ است»، بگویید «هر ۱۰ بیمار، ۱۳ نفر دیگر را آلوده می‌کنند» یا ساده‌تر: «بیماری در حال گسترش است». اگر ارائه آمار ضروری است، آنها را به صورت بصری (نمودار ساده، اینفوگرافیک) و با کمترین جزئیات ممکن ارائه دهید.

۴. تکرار مکرر پیام‌های کلیدی: یک پیام کلیدی باید در طول یک کنفرانس خبری حداقل سه بار و در طول یک هفته بحران ده‌ها بار تکرار شود. تکرار، برخلاف تصور رایج که آن را نشانه ضعف می‌داند، در شرایط نویز ذهنی یک ضرورت حیاتی است. مردم تنها با تکرار می‌توانند پیام را ثبت و تثبیت کنند.

۵. استفاده از کمک‌های بصری و تصویری: یک اینفوگرافیک ساده، یک فیلم ۳۰ ثانیه‌ای آموزشی یا یک پوستر با تصاویر واضح، در شرایط نویز ذهنی بسیار مؤثرتر از متن طولانی عمل می‌کنند. تصاویر، مستقیماً به حافظه تصویری راه می‌یابند و کمتر دچار تحریف ناشی از استرس می‌شوند.

کاربرد عملی این نظریه در بحران کووید-۱۹ کاملاً مشهود بود: کشورهایی که پیام‌های خود را بسیار کوتاه، تکراری و با تکیه بر تصاویر و نمادهای ساده طراحی کردند (مانند نیوزیلند و کره جنوبی)، نرخ رعایت پروتکل‌های بهداشتی بالاتری را تجربه کردند.

۵-۲. نظریه سلطه منفی

سومین نظریه وینسنت کاولو، نظریه سلطه منفی است. این نظریه بیان می‌کند که خبر بد، بسیار قوی‌تر از خبر خوب در حافظه، نگرش و تصمیم انسان تأثیر می‌گذارد. به لحاظ کمی، یک خبر منفی ممکن است برای خنثی شدن به پنج خبر مثبت (با شدت و اهمیت برابر) نیاز داشته باشد. سلطه منفی، ریشه در مکانیسم‌های تکاملی انسان دارد: برای بقا، ثبت و یادآوری تهدیدها (اخبار بد) بسیار حیاتی‌تر از ثبت فرصت‌ها (اخبار خوب) بوده است.

به همین دلیل، مغز انسان به طور طبیعی به اطلاعات منفی توجه بیشتری نشان می‌دهد، آن را عمیق‌تر پردازش می‌کند و مدت بیشتری در حافظه نگه می‌دارد.

پیامدهای سلطه منفی برای ارتباطات بحران:

۱. هرگز اطلاعات منفی را کم‌اهمیت جلوه ندهید. سعی نکنید با گفتن «اما اوضاع اصلاً بد نیست» تأثیر یک خبر ناگوار را خنثی کنید. این رویکرد نه تنها مؤثر نیست، بلکه اعتبار شما را تضعیف می‌کند (مردم فکر می‌کنند یا از واقعیت بی‌خبرید یا دروغ می‌گویید).

۲. تأکید بیش از حد بر جنبه‌های مثبت باعث بی‌اعتباری می‌شود. اگر در یک بحران که شمار قربانیان رو به افزایش است، شما فقط بر چند مورد بهبودی تأکید کنید، مردم تصور می‌کنند که یا اوضاع را درک نمی‌کنید یا عمداً آمار را تحریف می‌کنید. هر دو حالت، اعتماد را نابود می‌کند. بهترین رویکرد، پذیرش صادقانه وضعیت منفی و سپس ارائه راهکار برای بهبود آن است.

۳. خبر منفی را ابتدا و به طور کامل بگویید، سپس خبر مثبت را (در صورت وجود). بسیاری از مدیران در بحران، سعی می‌کنند خبر بد را در لفافه یا با تأخیر بگویند و پیش از آن، به اخبار مثبت بپردازند. این ترتیب اشتباه است. اصل سلطه منفی اقتضا می‌کند که ابتدا خبر بد را به طور صریح و کامل اعلام کنید (هیچ چیزی را پنهان نکنید) و سپس، در صورت وجود، خبر مثبت یا اقدامات جبرانی را ارائه دهید.

۴. از تکرار بی‌مورد اخبار بد خودداری کنید، اما آنچه باید گفته شود بگویید. هر بار که یک خبر منفی را تکرار می‌کنید، اثر سلطه منفی آن بازتولید می‌شود. بنابراین، یک بار خبر بد را شفاف بگویید و سپس به اقدامات عملی بپردازید.

به عنوان مثال، فرض کنید در یک بحران سلامت، ۵۰ نفر جان خود را از دست داده‌اند و ۲۰۰ نفر بهبود یافته‌اند. بر اساس نظریه سلطه منفی، عبارت «خوشبختانه ۲۰۰ نفر بهبود یافتند، اما متأسفانه ۵۰ نفر جان باختند» بسیار ضعیف‌تر از عبارت «تاکنون ۵۰ نفر از هموطنانمان را از دست داده‌ایم. این خبر بسیار غم‌انگیزی است. در همین حال، ۲۰۰ نفر نیز بهبود یافته‌اند که جای امیدواری دارد» عمل می‌کند. در عبارت دوم، ابتدای پیام با خبر بد

(سلطه منفی) همراه است و خبر مثبت در کنار آن، بدون تلاش برای کم‌اهمیت جلوه دادن خبر بد، ارائه شده است.

۶-۲. نظریه Risk = Hazard + Outrage سندمن

پیتر سندمن (Peter Sandman)، یکی دیگر از نظریه‌پردازان برجسته ارتباطات ریسک، در اواسط دهه ۱۹۸۰ فرمول مشهور خود را مطرح کرد: «خطر = آسیب عینی + خشم ذهنی» (Risk = Hazard + Outrage). سندمن این فرمول را برای توضیح اینکه چرا مردم اغلب واکنش‌هایی «نامتناسب» با خطر واقعی نشان می‌دهند، ارائه کرد. به اعتقاد او، متخصصان و کارشناسان صرفاً به مؤلفه Hazard «یعنی آسیب عینی و احتمال وقوع آن» توجه می‌کنند، در حالی که عموم مردم، معادله را با اضافه کردن مؤلفه Outrage «یعنی احساسات منفی مانند ترس، خشم، بی‌اعتمادی و احساس بی‌کنترلی» کامل می‌بینند.

تفسیر فرمول سندمن:

- اگر یک خطر، هازارد بالا (بسیار آسیب‌زا و محتمل) و اوت‌ریج پایین (مردم نسبت به آن خشمگین یا وحشت‌زده نیستند) داشته باشد، مردم آن را جدی نمی‌گیرند و باید «ترسانده شوند» تا اقدامات احتیاطی انجام دهند. (مثال: خطر تصادف رانندگی - بسیار بالا، اما مردم عادی نسبت به آن خشمگین نیستند.)

- اگر یک خطر، هازارد پایین (آسیب واقعی آن کم است) اما اوت‌ریج بالا (مردم به شدت خشمگین یا ترسیده هستند) داشته باشد، مردم بیش از حد واکنش نشان می‌دهند و باید «آرام شوند». در این حالت، تلاش برای «آموزش علمی» (بگوییم «خطر آنچنان هم که فکر می‌کنید جدی نیست») مؤثر واقع نمی‌شود؛ بلکه باید به سراغ مدیریت خشم رفت: یعنی شناسایی علل خشم و ترس و رفع آن‌ها. سندمن در این مورد صریح است: «اگر مردم خشمگین هستند و خطر را درک می‌کنند، شما باید به سراغ خشم بروید، نه به سراغ آموزش درباره خطر.»

- اگر یک خطر، هازارد بالا و اوت‌ریج بالا داشته باشد (هر دو مؤلفه قوی هستند)، کار دشوارتر است: باید هم خطر واقعی را مدیریت کرد و هم خشم و ترس مردم را. این وضعیت معمولاً در بحران‌هایی رخ می‌دهد که احساس بی‌عدالتی، پنهان‌کاری سازمانی یا بی‌اعتمادی تاریخی وجود داشته باشد.

کاربرد در بحران‌های سلامت: فرض کنید در یک منطقه، کارخانه‌ای وجود دارد که مقادیر ناچیزی از یک ماده شیمیایی (خطر عینی پایین) را در رودخانه تخلیه می‌کند. اما مردم منطقه به دلیل سابقه بد کارخانه در پنهان‌کاری (مؤلفه خشم بالا) به شدت اعتراض می‌کنند. در این موقعیت، ارائه آمار علمی («غلظت ماده ۰۰۱/۰ پی‌پی‌ام است که بی‌خطر است») نتیجه معکوس دارد و خشم را بیشتر می‌کند. باید ابتدا به سراغ شفافیت، عذرخواهی برای پنهان‌کاری‌های گذشته، مشارکت دادن مردم در پایش محیط زیست و تضمین حق نظارت عمومی رفت - یعنی مدیریت خشم. پس از کاهش خشم، آنگاه ارائه آمار علمی مؤثر واقع می‌شود.

سندمن همچنین ۱۲ مؤلفه تشکیل‌دهنده «آوتریچ» را شناسایی کرده است که از آن جمله می‌توان به ارادی بودن در مقابل اجباری بودن ریسک (خطرات اجباری خشم بیشتری ایجاد می‌کنند)، طبیعی بودن در مقابل صنعتی بودن (خطرات صنعتی از خطرات طبیعی خشم‌برتر هستند) و شفافیت در مقابل پنهان‌کاری (پنهان‌کاری خشم را ده‌برابر می‌کند) اشاره کرد.

مدل سندمن برای مدیران ارتباطات بحران این پیام حیاتی را دارد که هرگز واکنش احساسی مردم را «نامتناسب» یا «غیرمنطقی» نخوانید و آن را نادیده نگیرید. این واکنش‌ها، حتی اگر با ارزیابی علمی فاصله داشته باشند، واقعی هستند و باید به عنوان یک مؤلفه معتبر در معادله ریسک در نظر گرفته شوند.

۲-۷. مدل‌های نوین ارتباطات سلامت

علاوه بر مدل‌های کلاسیک فوق، در دهه اخیر مدل‌ها و چارچوب‌های جدیدتری نیز در حوزه ارتباطات سلامت و بحران ظهور کرده‌اند که برخی از مهم‌ترین آنها عبارتند از:

مدل اکولوژیک ارتباطات سلامت: این مدل که ریشه در نظریه‌های زیست‌بوم‌شناختی دارد، معتقد است رفتارهای مرتبط با سلامت تحت تأثیر لایه‌های متعددی از عوامل (فردی، بین‌فردی، سازمانی، اجتماعی و سیاست‌گذاری) قرار می‌گیرند. ارتباطات سلامت مؤثر باید همزمان در همه این سطوح مداخله کند. در بحران، این مدل اهمیت هماهنگی ارتباطات در سطح ملی، استانی، محلی و فردی را برجسته می‌کند.

چارچوب ارتباطات ریسک شفاف و مشارکتی: (TCR) این چارچوب بر فرآیند گفتگوی دوسویه و مستمر میان مسئولان و مردم تأکید دارد و شفافیت کامل را در همه مراحل ضروری می‌داند. بر اساس TCR، ارتباطات بحران نباید فقط از بالا به پایین باشد، بلکه باید بر «شنود» فعال و مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها مبتنی باشد.

مدل‌های مبتنی بر اقتصاد رفتاری: (Behavioral Economics) این مدل‌ها از مفاهیمی همچون «اصطکاک شناختی»، «زیاده‌بینی خوش‌بینانه» و «اثر چارچوب‌بندی» برای طراحی پیام‌هایی استفاده می‌کنند که رفتارهای سلامت را با کمترین مقاومت روانی و بیشترین اثربخشی ترویج می‌دهند. برای مثال، مشخص شده است که پیام‌هایی با چارچوب «ضرر» («اگر ماسک نزنید، دیگران را آلوده می‌کنید») نسبت به پیام‌های با چارچوب «سود» («با ماسک زدن از دیگران محافظت کنید») در برخی بافت‌ها مؤثرترند و در برخی بافت‌ها برعکس. درک این ظرایف، نیازمند آشنایی با یافته‌های اقتصاد رفتاری است.

چارچوب ارتباطات ریسک و مدیریت اینفودمیک ایران: (RCIM) پژوهشگران ایرانی در سال ۲۰۲۳، بر اساس تجربه کووید-۱۹، یک مدل مفهومی برای ارتباطات ریسک و مدیریت اینفودمیک در ایران توسعه دادند. این مدل بر شش رکن اصلی استوار است: رهبری و حاکمیت (با تأکید بر وجود رهبران قابل اعتماد)، زیرساخت‌های اطلاعاتی، نیروی کار متخصص، منابع مالی، کانال‌های ارتباطی و مشارکت اجتماعی. مدل RCIM تلاش کرده است تا چالش‌های خاص فرهنگی، سیاسی و ساختاری ایران را در طراحی برنامه‌های ارتباطات بحران لحاظ کند.

فصل سوم: روان‌شناسی مخاطبان در بحران

۳-۱. واکنش‌های هیجانی مردم

در بحران‌های سلامت، مردم واکنش‌های هیجانی متنوع و شدیدی از خود نشان می‌دهند که درک این واکنش‌ها برای طراحی ارتباطات مؤثر ضروری است. مهم‌ترین واکنش‌های هیجانی عبارتند از:

ترس: شایع‌ترین و قوی‌ترین واکنش در برابر تهدید سلامت است. ترس در سطوح پایین و متوسط می‌تواند انگیزه‌بخش و رفتارهای محافظتی را تقویت کند، اما در سطوح بالا (ترس غیرقابل کنترل) منجر به فلج تصمیم‌گیری، رفتارهای اجتنابی افراطی (مانند ترک شهر یا احتکار دارو) و واکنش‌های پنیک می‌شود. ارتباطات بحران باید سطوح ترس را به حد «هشدار مؤثر» برساند، نه «هراس فلج‌کننده».

خشم: خشم معمولاً زمانی بروز می‌کند که مردم احساس کنند قربانی بی‌عدالتی، پنهان‌کاری یا ناکارآمدی سیستم شده‌اند. خشم، مسری‌ترین هیجان در جمع است و می‌تواند به سرعت از فرد به جمع و از جمع به کل جامعه سرایت کند. مدیریت خشم (با شفافیت، پذیرش مسئولیت و پاسخگویی) یکی از دشوارترین وظایف ارتباطات بحران است.

غم و اندوه: در بحران‌هایی که با تلفات جانی همراه است، غم و اندوه فردی و جمعی فراگیر می‌شود. نادیده گرفتن این مؤلفه یا رفتار غیرهمدلانه با سوگواران، عواقب شدید روانی و اجتماعی به دنبال دارد. ابراز همدلی و تسلیت صادقانه، در این شرایط از هر پیام فنی و عملی مهم‌تر است.

سردرگمی و درماندگی: در ابتدای بحران که اطلاعات ناقص و متناقض است، مردم احساس سردرگمی می‌کنند و اگر راهکار مشخصی ارائه نشود، به سمت درماندگی می‌روند. ارائه اقدامات عملی و روشن (کاری که مردم همین الان می‌توانند انجام دهند) بهترین پادزهر برای این حالت است.

انکار: برخی افراد در مواجهه با خطرات جدی، به جای پذیرش و اقدام، به انکار روی می‌آورند («این بیماری اصلاً خطرناک نیست»، «این اغراق رسانه‌هاست»). انکار یک مکانیسم دفاعی روانی است، اما اگر فراگیر شود، مانع از انجام اقدامات حفاظتی می‌گردد. ارتباطات مؤثر می‌تواند با تکرار پیام‌های مستند و استفاده از منابع مورد اعتماد، انکار را کاهش دهد.

۲-۳. ترس و اضطراب جمعی

ترس و اضطراب جمعی پدیده‌ای فراتر از جمع ساده ترس‌های فردی است. در شرایط بحران، ترس از طریق مکانیسم‌های اجتماعی همچون انتشار هیجانی به سرعت در میان جمع گسترش می‌یابد. یک فرد وحشت‌زده می‌تواند با فریاد یا رفتار خود، ده‌ها نفر دیگر را نیز دچار وحشت کند. در فضای مجازی، انتشار اخبار هراس‌انگیز (حتی اگر نادرست باشند) می‌تواند طی چند ساعت کل یک شهر یا کشور را درگیر اضطراب فراگیر کند.

تفاوت ترس فردی و اضطراب جمعی:

- ترس فردی معمولاً مبتنی بر تهدید واقعی و مشخص است.

اضطراب جمعی اغلب مبهم، منتشر و ناشی از عدم قطعیت است.

راهکارهای کاهش اضطراب جمعی در بحران سلامت:

۱. اطلاع‌رسانی مستمر و قابل پیش‌بینی: برنامه منظم برای به‌روزرسانی (مثلاً هر روز ساعت ۱۴) باعث می‌شود مردم بدانند دقیقاً چه زمانی باید منتظر اطلاعات جدید باشند و از جستجوی بی‌وقفه و مضطربانه اخبار پرهیز کنند.

۲. پذیرش عدم قطعیت به جای طفره‌روی: به جای گفتن «همه چیز تحت کنترل است» (که دروغ به نظر می‌رسد و به اضطراب دامن می‌زند)، بگویید «ما هنوز برخی جنبه‌های این بیماری را نمی‌شناسیم، اما تیم ما شبانه‌روز در حال تحقیق است و به محض اطلاع، اعلام می‌کنیم.» پذیرش صادقانه ندانستن، اضطراب را کاهش می‌دهد و اعتماد را افزایش می‌دهد.

۳. تمرکز بر اقدامات عملی و قابل کنترل: اضطراب جمعی زمانی تشدید می‌شود که مردم احساس کنند هیچ کاری از دستشان بر نمی‌آید. پیام‌هایی که می‌گویند «همین الان می‌توانید این سه کار ساده را انجام دهید» اضطراب را به سمت رفتار سازنده هدایت می‌کند.

۴. استفاده از زبان آرام و همدلانه بدون دامن زدن به هراس: از کلمات و عبارات اغراق‌آمیز (فاجعه، آخرالزمان، همه می‌میرند) پرهیز کنید. از زبان متین، اما صریح و هشداردهنده به اندازه لازم استفاده کنید.

۵. پرهیز از سرزنش و انگ‌زنی: هرگز نگویید «برخی افراد به دلیل رفتار نادرست خود باعث این بحران شده‌اند.» سرزنش، هم اضطراب را افزایش می‌دهد (فرد نگران می‌شود که نکند خودش هم جزو گروه سرزنش‌شده باشد) و هم همبستگی اجتماعی را تضعیف می‌کند.

۶. ارائه چشم‌انداز واقع‌بینانه از پایان بحران: حتی در شدیدترین نقاط بحران، ارائه یک چشم‌انداز واقع‌بینانه (نه خوش‌بینانه کاذب) از مراحل بهبود و بازگشت به وضعیت عادی، به کاهش اضطراب کمک می‌کند. مثلاً بگویید: «بر اساس تجربیات مشابه در جهان، انتظار داریم ظرف ۸ تا ۱۲ هفته آینده شاهد کاهش موارد باشیم.»

ادراک ریسک به فرآیندی گفته می‌شود که از طریق آن افراد در مورد شدت و احتمال یک خطر قضاوت می‌کنند. این قضاوت، آمیخته‌ای از اطلاعات عینی (آمار، شواهد علمی) و عوامل ذهنی (باورها، تجربیات گذشته، ارزش‌ها، احساسات) است. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که ادراک ریسک مردم اغلب با ارزیابی کارشناسی (توسط متخصصان ایمنی و بهداشت) تفاوت فاحش دارد. درک این شکاف برای طراحی پیام‌های مؤثر حیاتی است.

عوامل مؤثر بر ادراک ریسک (بر اساس پژوهش‌های کاولو، سندمن و دیگران):

۱. ارادی بودن: خطرانی که مردم «خودخواسته» در معرض آن قرار می‌گیرند (مانند سیگار کشیدن یا اسکی) کمتر از خطرانی که «اجباری» هستند (مانند آلودگی هوا ناشی از کارخانه همسایه) نگران‌کننده به نظر می‌رسند، حتی اگر خطر عینی سیگار کشیدن بسیار بیشتر باشد.

۲. طبیعی بودن: خطرات طبیعی (رادون طبیعی، بلایای طبیعی) نسبت به خطرات صنعتی (آلاینده‌های شیمیایی، تشعشعات هسته‌ای) پذیرفتنی‌تر هستند و خشم کمتری ایجاد می‌کنند.

۳. کنترل شخصی: اگر مردم احساس کنند می‌توانند با اقدامات خود از خطر پیشگیری کنند (مانند شستن دست‌ها برای جلوگیری از عفونت)، ریسک را کم‌اهمیت‌تر درک می‌کنند. برعکس، خطرانی که خارج از کنترل فردی هستند (مانند یک ویروس جهش‌یافته ناشناخته) بسیار ترسناک‌تر درک می‌شوند.

۴. آشنایی و نوظهوری: خطرات آشنا (مانند آنفلوآنزای فصلی) کمتر از خطرات جدید و ناشناخته (مانند یک ویروس جدید) نگرانی ایجاد می‌کنند. هرچه یک تهدید جدیدتر و غیرمنتظره‌تر باشد، ادراک ریسک آن بالاتر می‌رود.

۵. شفافیت و پنهان‌کاری: خطرانی که سازمان‌های مسئول در مورد آنها شفاف و پیشگیرانه عمل می‌کنند، نسبت به خطرانی که با پنهان‌کاری و تأخیر همراه هستند، اضطراب کمتری ایجاد می‌کنند.

۶. اثر بر کودکان و نسل‌های آینده: خطرانی که سلامت کودکان را تهدید می‌کنند یا پیامدهای بلندمدت و وراثتی دارند، بسیار نگران‌کننده‌تر از خطرانی هستند که صرفاً نسل فعلی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

کاربرد عملی: در طراحی پیام‌های ارتباطات ریسک و بحران، ابتدا باید ادراک ریسک مخاطب هدف را بسنجیم (از طریق نظرسنجی، گروه‌های کانونی یا مطالعات قبلی). سپس پیام را به گونه‌ای تنظیم کنیم که هم به باورها و نگرانی‌های موجود پاسخ دهد و هم حقایق علمی را به زبانی قابل فهم منتقل کند. اگر ادراک ریسک مردم بیش از خطر واقعی است (بسیار نگران‌اند در حالی که خطر کم است)، باید به مدیریت احساسات و کاهش اضطراب بپردازیم. اگر ادراک ریسک مردم کمتر از خطر واقعی است (برای خطری بسیار جدی، بی‌تفاوت هستند)، باید با هشدارهای مستدل و مستند، آگاهی و نگرانی آن‌ها را افزایش دهیم.

۴-۳. شایعه و رفتار جمعی

شایعه، اطلاعاتی تأییدنشده و اغلب نادرست است که به سرعت در میان مردم منتشر می‌شود. شایعات در شرایط ابهام (عدم وجود اطلاعات رسمی کافی)، اضطراب (احساس خطر و تهدید)، بی‌اعتمادی (بدبینی به منابع رسمی) و دسترسی پایین (محدودیت در کانال‌های ارتباطی رسمی) رشد و گسترش می‌یابند. بحران‌های سلامت، به دلیل داشتن هر چهار عامل به طور همزمان، بستری فوق‌العاده مساعد برای همه‌گیری شایعات هستند.

ویژگی‌های شایعه در بحران سلامت:

- سرعت انتشار بالا: در عصر شبکه‌های اجتماعی، یک شایعه می‌تواند طی چند ساعت کل کشور را در بر گیرد.
- عزت‌بخشی به گوینده: افرادی که شایعه را زودتر منتشر می‌کنند، احساس می‌کنند «از دیگران جلوترند» و «به جامعه خدمت می‌کنند».
- تغییر شکل با هر بار بازگویی (قاعده تلفن خراب): شایعه هرچه بیشتر بازگو شود، از واقعیت اولیه دورتر می‌شود و اغراق‌آمیزتر می‌گردد.
- پایداری بالا: حتی پس از تکذیب رسمی، بسیاری از مردم به شایعه اعتقاد خود را حفظ می‌کنند (پدیده «باور ماندگار به وجود نقره‌داغ»).
- آسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم: شایعه می‌تواند منجر به رفتارهای خطرناک (مصرف خودسرانه دارو)، احتکار، هجوم به مراکز درمانی، بی‌اعتمادی به واکسن و حتی خشونت علیه کادر درمان شود.

رفتارهای جمعی رایج در بحران‌های سلامت:

-احتکار و خرید اضطراری: مردم به دلیل ترس از کمبود، بیش از نیاز واقعی خرید و ذخیره می‌کنند که خود به کمبود مصنوعی دامن می‌زند.

-هجوم به مراکز درمانی: افراد مبتلا به علائم خفیف (و حتی افراد بدون علامت) به بیمارستان‌ها هجوم می‌آورند که باعث فلج شدن سیستم درمانی و افزایش انتقال بیماری می‌شود.

-فرار از شهر: در همه‌گیری‌های شدید، برخی افراد سعی می‌کنند از مناطق پرخطر به مناطق کم‌خطر فرار کنند و در این فرآیند، خود عامل انتشار بیماری می‌شوند.

-خوددرمانی با روش‌های غیرعلمی: مصرف خودسرانه داروها، مواد شیمیایی و روش‌های سنتی اثبات‌نشده که گاه منجر به مسمومیت و مرگ می‌شود.

-جستجوی مقصر: تمایل به یافتن و سرزنش یک گروه خاص به عنوان «مقصر اصلی» بحران (انگ‌زنی اجتماعی).

۳-۵. خطاهای شناختی در شرایط بحرانی

مردم در بحران، به دلیل استرس و فشار روانی، مرتکب خطاهای شناختی سیستماتیک می‌شوند که آگاهی از آنها به مدیران ارتباطات کمک می‌کند تا پیام‌های خود را مؤثرتر طراحی کنند. بر اساس یافته‌های اقتصاد رفتاری (کاهنمن و تورسکی) و روان‌شناسی شناختی، مهم‌ترین خطاهای شناختی در بحران عبارتند از:

۱. در دسترس بودن: مردم احتمال و شدت یک خطر را بر اساس میزان سهولتی که مثال‌های آن از حافظه به ذهن می‌آید، قضاوت می‌کنند. بنابراین، یک مرگ تلویزیونی (که پوشش گسترده رسانه‌ای پیدا کرده) تأثیر بسیار بیشتری بر ادراک خطر نسبت به مرگ‌های روزمره اما بدون پوشش رسانه‌ای دارد. در بحران، رسانه‌ها با بزرگنمایی موارد نادر اما تکان‌دهنده، می‌توانند به شدت ادراک ریسک را تحریف کنند.

۲. سوگیری تأیید: مردم تمایل دارند اطلاعاتی را بپذیرند و جستجو کنند که با باورهای قبلی آن‌ها هماهنگ است و اطلاعات مخالف را نادیده بگیرند. در بحران، این سوگیری باعث می‌شود که اگر کسی به دولت بی‌اعتماد باشد، هر اطلاعیه رسمی را نادرست فرض کند و برعکس، اگر به یک شایعه خاص باور داشته باشد، به دنبال شواهدی می‌گردد که آن را تأیید کند.

۳. اثر چارچوب‌بندی : نحوه ارائه یک پیام (قالب آن) تأثیر زیادی بر تصمیم مردم دارد، حتی اگر محتوا یکسان باشد. مثلاً عبارت «مرگ‌ومیر در این بیماری ۵ درصد است» (قالب منفی) اضطراب بیشتری از عبارت «نرخ بقا در این بیماری ۹۵ درصد است» (قالب مثبت) ایجاد می‌کند، در حالی که هر دو یک آمار را توصیف می‌کنند. مدیران ارتباطات باید با آگاهی از اثر چارچوب‌بندی، پیام‌های خود را در قالب مناسب طراحی کنند.

۴. تفکر آرمانی : بسیاری از مردم تمایل دارند باور کنند که خطرات و حوادث بد برای آنها کمتر از دیگران رخ می‌دهد («این بیماری برای دیگران خطرناک است، نه برای من»). این سوگیری باعث می‌شود افراد مبتلابه‌پنداری نکنند و اقدامات پیشگیرانه را جدی نگیرند.

۵. اثر قطبی شدن : در شرایط بحرانی و قطب‌بندی اطلاعات (در شبکه‌های اجتماعی و سیاسی)، افراد تمایل دارند به سمت دیدگاه‌های افراطی‌تر حرکت کنند و از میانه‌روها فاصله بگیرند. اثر قطبی شدن، همکاری جمعی و پذیرش توصیه‌های متوازن علمی را دشوار می‌کند.

۳-۶. راهبردهای ارتباطی مبتنی بر روان‌شناسی

با درک مباحث روان‌شناختی فوق، می‌توان راهبردهای ارتباطی زیر را برای بحران‌های سلامت طراحی و اجرا کرد:

۱. اعتمادآفرینی از طریق چهار مؤلفه کاولو: شایستگی، صداقت، همدلی و شفافیت را در همه پیام‌ها و کنش‌های سازمان رعایت کنید. اعتماد پیش‌ساخت هر ارتباط مؤثری است.

۲. ساده‌سازی و اولویت‌بندی (مدیریت نویز ذهنی): هر پیام را به سه نکته کلیدی و هر جمله را به ۱۵ کلمه محدود کنید. از تصاویر و اینفوگرافیک‌ها حداکثر استفاده را ببرید.

۳. شفافیت در عدم قطعیت (چارچوب می‌دانیم/نمی‌دانیم): از گفتن «نمی‌دانیم» نترسید. بگویید چه می‌دانید، چه نمی‌دانید و چه می‌کنید تا بدانید. (فصل پنجم را ببینید.)

۴. هدایت رفتار از طریق «اقدام‌پذیری»: به مردم بگویید دقیقاً چه کاری انجام دهند (شستن دست‌ها، ماندن در خانه، تماس با شماره خاص). هرچه اقدام مشخص‌تر و ساده‌تر باشد، احتمال پیروی بیشتر است.

۵. شکستن قالب‌های تکراری برای جلوگیری از خستگی اطلاعاتی: از تنوع در رسانه و قالب استفاده کنید (فیلم‌های کوتاه، اینفوگرافیک، پادکست، داستان‌سرایی). هرگز بیش از حد یک پیام را به همان شکل تکرار نکنید.

۶. استفاده از پیام‌رسان‌های غیرمنتظره: گاهی یک اینفلوئنسر جوان، یک ورزشکار محبوب یا یک روحانی تأثیرگذار می‌تواند پیام بهداشتی را بسیار مؤثرتر از یک متخصص بهداشت عمومی منتقل کند.

۷. تأکید بر ارزش‌های مشترک و انسجام اجتماعی: از زبانی استفاده کنید که بر «ما» (همه با هم) تأکید دارد، نه «شما» (شماها رعایت نمی‌کنید). همبستگی اجتماعی را تقویت کنید.

۸. مقابله فعال با شایعات و خطاهای شناختی: پیش‌دستی کنید (پیش‌بینی و خنثی‌سازی)، زودتر از موج شایعه، اطلاعات صحیح را منتشر کنید و به روش «هشدار + جایگزین + توضیح» شایعات را تکذیب کنید (به بخش ۶-۷ مراجعه کنید).

فصل چهارم: برنامه‌ریزی و آمادگی ارتباطی

۴-۱. طراحی برنامه ارتباطات بحران

برنامه ارتباطات بحران (Crisis Communication Plan) یک سند راهبردی-عملیاتی است که پیش از وقوع بحران تدوین می‌شود و به سازمان کمک می‌کند تا در هنگام بحران، به جای واکنش‌های پراکنده و سلیقه‌ای، بر اساس یک نقشه از پیش تعیین شده و ارزیابی شده عمل کند. CDC در راهنمای سال ۲۰۲۴ خود، تهیه و به‌روزرسانی سالانه برنامه ارتباطات بحران را به عنوان یک الزام برای مراکز بهداشتی معرفی کرده است.

مراحل تدوین برنامه ارتباطات بحران:

مرحله ۱: تحلیل ریسک و سناریوسازی. فهرستی از بحران‌های بالقوه‌ای که سازمان شما ممکن است با آنها مواجه شود تهیه کنید (شیوع بیماری، سیل، زلزله، حادثه شیمیایی، و غیره). برای هر سناریو، محتمل‌ترین و بدترین پیامدها را پیش‌بینی کنید.

مرحله ۲: تحلیل مخاطبان و ذی‌نفعان. مشخص کنید بحران بر کدام گروه‌ها (مردم، کارکنان، بیماران، خانواده‌ها، رسانه‌ها، سیاست‌گذاران، شرکا) تأثیر مستقیم و غیرمستقیم می‌گذارد و هر گروه چه نیازهای اطلاعاتی و ارتباطی خاصی دارد.

مرحله ۳: تعیین اهداف. برای هر سناریو و هر مخاطب، اهداف ارتباطی مشخص بنویسید. اهداف باید مشخص، قابل اندازه‌گیری، دست‌یافتنی، مرتبط، زمان‌دار باشند.

مرحله ۴: طراحی پیام‌های کلیدی. برای هر سناریو، مجموعه‌ای از پیام‌های کلیدی تهیه کنید. این پیام‌ها باید کوتاه، شفاف و مبتنی بر شواهد باشند و به سوالات محتمل مخاطبان پاسخ دهند. یک بانک سوالات متداول نیز برای هر سناریو آماده کنید.

مرحله ۵: تعیین کانال‌های ارتباطی. مشخص کنید برای هر مخاطب و هر سناریو از چه کانال‌هایی استفاده می‌کنید (تلویزیون، رادیو، وبسایت، شبکه‌های اجتماعی، پیامک، خط تلفن اختصاصی، و غیره). همچنین کانال‌های جایگزین برای مواقعی که کانال اصلی مختل شده است تعیین کنید.

مرحله ۶: ساختار فرماندهی و تعیین نقش‌ها. تیم ارتباطات بحران را تشکیل دهید و شرح وظایف هر عضو را به طور دقیق بنویسید. همچنین در برنامه مشخص کنید که چه کسی در چه شرایطی اختیار تأیید و انتشار اطلاعات را دارد (درخت تصمیم‌گیری).

مرحله ۷: فرآیندها و روال‌ها. روال تأیید و انتشار اطلاعات، روال برگزاری کنفرانس خبری، روال پاسخ به رسانه‌ها، روال پایش شایعات و روال ارزیابی پس از بحران را در برنامه بگنجانید.

مرحله ۸: آزمایش و بازبینی. برنامه را با مانورها و شبیه‌سازی‌های دوره‌ای آزمایش کنید، نقاط ضعف را شناسایی و برنامه را بازبینی کنید. برنامه باید هر سال (یا پس از هر بحران واقعی) مورد بازبینی قرار گیرد و به‌روزرسانی شود.

اجزای اصلی یک برنامه جامع ارتباطات بحران:

۱. مقدمه و اهداف کلی
۲. تیم ارتباطات بحران (ترکیب، نقش‌ها، جانشینی)
۳. سناریوهای بحران (فهرست و اولویت‌بندی)
۴. مخاطبان و ذی‌نفعان (تحلیل و اولویت‌بندی)
۵. پیام‌های کلیدی (برای هر سناریو و مخاطب)
۶. کانال‌های ارتباطی (اصلی و پشتیبان)
۷. فرآیندها و روال‌ها (تأیید، انتشار، پاسخ)
۸. منابع و بودجه مورد نیاز
۹. برنامه پایش شایعات و شنود اجتماعی
۱۰. برنامه ارزیابی و بازبینی

۲-۴. ساختار تیم ارتباطات بحران (CCT)

تیم ارتباطات بحران (Crisis Communication Team – CCT) هسته مرکزی مدیریت ارتباطات در سازمان شماست. این تیم باید پیش از بحران تشکیل، آموزش دیده و بر اساس سناریوهای مختلف تمرین کرده باشد. هر یک از اعضای این تیم باید نقش و مسئولیت خود را به طور شفاف بداند و یک یا دو جانشین مشخص برای هر نقش (در صورت غیاب یا بیماری) تعیین شده باشد.

ارکان اصلی تیم CCT :

۱. رهبر/مدیر تیم: معمولاً بالاترین مقام ارتباطی سازمان (مدیر روابط عمومی یا مدیر بحران). مسئولیت هماهنگی کل تیم، تصمیم‌گیری‌های نهایی در مورد محتوا و زمان انتشار و ارتباط با سایر بخش‌های سازمان را بر عهده دارد. رهبر تیم رابط اصلی بین تیم CCT و تیم مدیریت ارشد سازمان است و باید اختیار تصمیم‌گیری فوری در شرایط بحرانی را داشته باشد.

۲. سخنگوی اصلی و سخنگوی پشتیبان: فردی که در برابر دوربین و میکروفون ظاهر می‌شود و پیام رسمی سازمان را به مردم و رسانه‌ها منتقل می‌کند. سخنگو باید آموزش دیده، مسلط به موضوع و دارای مهارت‌های ارتباطی بالا باشد. یک سخنگوی پشتیبان نیز تعیین می‌شود که در صورت غیاب سخنگوی اصلی (مثلاً به دلیل بیماری یا سفر ناگهانی)، جایگزین شود. در بحران‌های بزرگ که چندین کنفرانس خبری و مصاحبه در یک روز برگزار می‌شود، ممکن است هر دو سخنگو به طور همزمان فعالیت کنند (یکی در کنفرانس رسمی، دیگری در مصاحبه‌های اختصاصی).

۳. کارشناس فنی (متخصص موضوعی): فردی با دانش عمیق علمی و فنی مرتبط با بحران (اپیدمیولوژیست، متخصص بیماری‌های عفونی، سم‌شناس، مهندس ایمنی، و غیره). این فرد به تیم کمک می‌کند تا پیام‌ها از نظر علمی دقیق باشند و به سوالات فنی پاسخ دهد. کارشناس فنی ممکن است خود به عنوان سخنگو ظاهر نشود (به ویژه اگر مهارت ارتباطی کافی ندارد)، اما پشت صحنه همه پیام‌ها را تأیید می‌کند.

۴. کارشناس محتوا و نویسنده: مسئول نوشتن بیانیه‌ها، پیامک‌ها، پست‌های شبکه‌های اجتماعی، پاسخ به سوالات متداول و هر محتوای نوشتاری دیگر. این فرد باید مهارت بالایی در ترجمه اطلاعات پیچیده علمی به زبان ساده و جذاب عمومی داشته باشد.

۵. کارشناس رسانه‌های اجتماعی: مسئول انتشار محتوا در شبکه‌های اجتماعی، رصد و پایش فضای مجازی (شنود اجتماعی)، پاسخگویی به کامنت‌ها و پیام‌های کاربران و شناسایی اولیه شایعات و روایت‌های نادرست. این فرد باید با فرهنگ و زیست‌بوم هر پلتفرم (اینستاگرام، تلگرام، ایکس، واتساپ) آشنا باشد.

۶. کارشناس رصد و پایش اخبار: مسئول پایش ۲۴ ساعته اخبار رسانه‌های سنتی (خبرگزاری‌ها، تلویزیون، روزنامه‌ها) و استخراج گزارش‌های تحلیلی برای تیم. این فرد تغییرات روایت رسانه‌ای را رصد می‌کند و هشدارهای به موقع در مورد شایعات یا اخبار نادرست می‌دهد.

۷. مشاور حقوقی: مسئول تضمین انطباق تمام پیام‌ها و اقدامات ارتباطی با قوانین و مقررات (حریم خصوصی بیماران، الزامات افشای اطلاعات، قوانین مبارزه با نشر اکاذیب، و غیره).

۸. رابط سازمانی: مسئول هماهنگی با سایر بخش‌های سازمان (بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت، واحدهای درمانی، واحدهای لجستیک، واحد امنیت، و غیره) و اخذ اطلاعات به‌روز از آنها برای انتقال به تیم CCT.

۹. رابط رسانه‌ای: مسئول برقراری و حفظ ارتباط با خبرنگاران و رسانه‌ها، توزیع بیانیه‌ها، تنظیم مصاحبه‌ها و در صورت نیاز برگزاری کنفرانس‌های خبری. این فرد باید فهرست به‌روزی از تماس‌های رسانه‌ای داشته باشد.

۳-۴. نقش سخنگو در ارتباطات بحران

سخنگو، چهره عمومی سازمان در بحران است و یکی از حساسترین و تأثیرگذارترین نقش‌ها را در مدیریت ارتباطات بحران ایفا می‌کند. انتخاب فرد مناسب برای این نقش و آموزش مستمر او، تعیین‌کننده موفقیت یا شکست استراتژی ارتباطی سازمان است.

مسئولیت‌های اصلی سخنگوی بحران:

- انتقال پیام‌های رسمی و مصوب تیم CCT به مردم و رسانه‌ها
- ارائه اطلاعات دقیق و به‌هنگام در کنفرانس‌های خبری و مصاحبه‌ها
- پاسخگویی به پرسش‌های خبرنگاران (از جمله سوالات سخت و چالشی)
- حفظ آرامش، اعتبار و اعتماد عمومی نسبت به سازمان
- ابراز همدلی با آسیب‌دیدگان و خانواده‌های آنان
- اصلاح اطلاعات نادرست منتشر شده (چه توسط رسانه‌ها و چه در فضای مجازی)
- علامت‌دهی ثبات و انسجام سازمانی (پیام واحد از یک دهان)

ویژگی‌های یک سخنگوی مؤثر بحران:

۱. تسلط و دانش: سخنگو نباید صرفاً یک «بازیگر» خوب مقابل دوربین باشد؛ بلکه باید درک کافی از ماهیت علمی و فنی بحران داشته باشد تا بتواند سوالات تخصصی را پاسخ دهد. در عین حال، نباید به حدی تخصصی صحبت کند که مردم متوجه نشوند. هنر سخنگو، ترجمه دانش پیچیده به زبان ساده است.

۲. آرامش و کنترل هیجان: در برابر سوالات تهاجمی، فشار رسانه‌ای و اتهامات، سخنگو باید خونسردی خود را حفظ کند. هرگونه عصبانیت، واکنش دفاعی یا درماندگی قابل مشاهده، اعتماد به سازمان را تضعیف می‌کند. آرامش سخنگو، آرامش جامعه را به همراه می‌آورد.

۳. صداقت و شفافیت (حتی در ندانستن): بهترین سخنگو کسی است که جرات گفتن «نمی‌دانم» را داشته باشد و به جای حدس زدن، قول بررسی و پاسخ بعدی بدهد. مردم صداقت را تحسین می‌کنند و حدس اشتباه (که بعداً اصلاح شود) را به شدت تنبیه می‌کنند.

۴. همدلی و انسانیت: سخنگو باید نشان دهد که احساسات مردم را درک می‌کند و صرفاً یک ماشین اطلاع‌رسانی سرد نیست. توانایی بیان غم‌خواری برای قربانیان، تشکر از کادر درمان و ابراز نگرانی برای مبتلایان، یک ویژگی کلیدی است.

۵. مهارت پاسخگویی به سوالات سخت: توانایی شنیدن سوال خصمانه، حفظ آرامش، و پاسخ دادن بدون دفاعی شدن یا مقابله به مثل. یک تکنیک مؤثر «پل زدن (bridging)» است: ابتدا احساس پشت سوال را تأیید کنید، سپس به پیام کلیدی خود بازگردید.

۶. تسلط بر زبان بدن: نگاه مستقیم (اما نه خیره‌شونده) به دوربین یا خبرنگار، دست‌های باز و غیرمقاطع، حالت بدنی متعادل (نه خیلی منقبض و نه خیلی شل)، لبخند متناسب با موقعیت (در جایی که غمگین نیستید، اما ابراز همدلی می‌کنید).

۷. قابلیت دسترسی و پاسخگویی: سخنگو باید در تمام طول بحران در دسترس باشد (۷/۲۴) و به سوالات رسانه‌ها پاسخ دهد. پنهان شدن سخنگو از چشم رسانه‌ها، بدترین سیگنال ممکن را به افکار عمومی می‌فرستد.

۸. ظاهر حرفه‌ای (اما نه لوکس و تظاهرگونه): لباس مرتب، نظافت شخصی، ظاهری که هم نشانه احترام به مخاطب است و هم فاصله طبقاتی آزاردهنده ایجاد نمی‌کند.

آموزش سخنگو: افراد به طور طبیعی با تمام این مهارت‌ها متولد نمی‌شوند. آموزش سخنگویان یک ضرورت است. برنامه آموزشی باید شامل کارگاه‌های مقابل‌دوربین (با بازخورد ضبط شده)، سناریوهای شبیه‌سازی بحران (با خبرنگاران نقش‌بازی خصمانه)، تکنیک‌های کنترل استرس و تمرین مدیریت زمان در مصاحبه باشد. این آموزش باید پیش از بحران و به طور مستمر (دست کم سالانه) برگزار شود. همچنین سخنگو باید با محتوای برنامه ارتباطات بحران، پیام‌های کلیدی و سناریوهای محتمل آشنایی کامل داشته باشد.

۴-۴. نقشه ذی‌نفعان

نقشه ذی‌نفعان ابزاری است که به سازمان کمک می‌کند تا بداند در بحران با چه گروه‌هایی باید ارتباط برقرار کند، هر گروه چه نیازها و انتظاراتی دارد، بهترین کانال ارتباطی با آنها چیست و اولویت ارتباطی با هر گروه چه میزان است. ذی‌نفع به هر فرد، گروه، سازمان یا نهادی گفته می‌شود که تحت تأثیر بحران قرار می‌گیرد یا می‌تواند بر مدیریت آن تأثیر بگذارد.

مراحل ترسیم نقشه ذی‌نفعان:

۱. شناسایی ذی‌نفعان: فهرست جامعی از همه گروه‌هایی که به نحوی با بحران مرتبط هستند تهیه کنید.
۲. تحلیل و اولویت‌بندی: ذی‌نفعان را بر اساس دو محور «تأثیرپذیری از بحران» (چقدر از بحران آسیب می‌بینند؟) و «نفوذ بر مدیریت بحران» (چقدر می‌توانند در مدیریت بحران نقش داشته باشند؟) طبقه‌بندی کنید. بر اساس این تحلیل، اولویت‌بندی را تعیین کنید.
۳. شناسایی نیازها و انتظارات: برای هر ذی‌نفع، مشخص کنید که در بحران به چه اطلاعاتی نیاز دارد (چه، چه زمانی، با چه زبانی، از چه کانالی) و چه انتظاراتی از سازمان شما دارد.
۴. تعیین کانال‌های ارتباطی متناسب: برای هر ذی‌نفع، یک یا چند کانال اصلی ارتباطی تعیین کنید (رسانه‌های همگانی، کانال مستقیم مانند ایمیل یا پیامک، جلسات حضوری، خط تلفن اختصاصی).
۵. تعیین متولی ارتباط: مشخص کنید چه کسی در تیم CCT مسئول ارتباط با هر گروه از ذی‌نفعان است.

نقشه ذی‌نفعان یک سند زنده است. در طول بحران، با ظهور ذی‌نفعان جدید (که شاید پیش‌بینی نشده بودند) باید به‌روزرسانی شود. همچنین تحلیل و اولویت‌بندی ممکن است با تغییر شرایط تغییر کند (مثلاً در ابتدای بحران، اولویت با رسانه‌ها و عموم مردم است؛ در مراحل میانی، اولویت با بیماران و کادر درمان افزایش می‌یابد).

۴-۵. بانک پیام‌های آماده

بانک پیام‌های آماده مجموعه‌ای از پیام‌های از پیش آماده و تأیید شده است که در زمان بحران، با سرعت و دقت بیشتری قابل انتشار هستند. تهیه بانک پیام، نیازمند کار تحلیلی و هماهنگی بین بخش فنی و ارتباطی سازمان است و یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های آمادگی محسوب می‌شود.

مراحل تهیه بانک پیام:

۱. شناسایی سناریوهای محتمل و اولویت‌دار: بر اساس تحلیل ریسک، فهرستی از بحران‌های محتملی که سازمان شما با آن روبه‌رو می‌شود تهیه کنید (شیوع ۵ بیماری اولویت‌دار، سیل و زلزله در مناطق تحت پوشش، حوادث شیمیایی در مجاورت صنایع، و غیره).

۲. تعیین مخاطبان هدف برای هر سناریو: برای هر سناریو، مشخص کنید که ارتباط با کدام مخاطبان در اولویت است (عموم مردم، کادر درمان، خانواده‌ها، شرکا).

۳. استخراج سوالات محتمل مخاطبان: برای هر سناریو و هر مخاطب، فهرستی از سوالاتی که مردم به احتمال قریب به یقین خواهند پرسید تهیه کنید. از تجربیات بحران‌های مشابه گذشته (داخلی و بین‌المللی) استفاده کنید. سوالات محتمل عبارتند از: «چطور منتقل می‌شود؟»، «علائم چیست؟»، «چه کار کنم اگر علائم داشتم؟»، «واکسن یا درمان مؤثر هست؟»، «چه مدت طول می‌کشد؟»، «آمار دقیق چیست؟» و غیره.

۴. تدوین پاسخ‌های علمی و دقیق: پاسخ هر سوال را بر اساس بهترین شواهد علمی موجود بنویسید. پاسخ‌ها باید کوتاه و شفاف باشند (حداکثر ۱۵۰ کلمه) و به زبانی ساده و غیرتخصصی.

۵. ترجمه به چند سطح: برای هر پیام، سه نسخه با جزئیات متفاوت تهیه کنید: نسخه کوتاه (برای پیامک و توییت)، نسخه متوسط (برای پست اینستاگرام و بیانیه اولیه) و نسخه بلند (برای وبسایت و خبرگزاری‌ها).

۶. تأیید نهایی و بایگانی: همه پیام‌ها باید توسط کارشناس فنی و مشاور حقوقی تأیید شوند. سپس در یک پوشه امن با دسترسی محدود فقط اعضای تیم CCT بایگانی شوند. از این بانک در هنگام بحران به عنوان نقطه شروع استفاده می‌شود و بر اساس اطلاعات جدید به‌روزرسانی می‌شود.

نمونه یک پیام از بانک (سناریو: شیوع آنفلوآنزای فصلی - مخاطب: عموم مردم):

-نسخه کوتاه (پیامک - حداکثر ۱۶۰ کاراکتر): «آنفلوآنزا در حال گسترش است. برای پیشگیری: واکسن بزنید، دست‌ها را بشویید، در خانه بمانید».

-نسخه متوسط (پست اینستاگرام - حداکثر ۲ خط): «آنفلوآنزا در منطقه ما در حال افزایش است. سه اقدام ساده برای محافظت از خود و خانواده‌تان: (۱) واکسن بزنید (مراکز مشخص در سایت)، (۲) دست‌ها را مرتب با آب و صابون بشویید، (۳) در صورت علائم (تب، سرفه، بدن درد) در خانه بمانید و به اورژانس مراجعه نکنید.»

-نسخه بلند (سایت/خبرگزاری): بیانیه رسمی یک صفحه‌ای با جزئیات بیشتر شامل آمار، علائم، نحوه دریافت واکسن، و سوالات متداول.

۴-۶. مانورهای ارتباطی و شبیه‌سازی

هیچ برنامه ارتباطی بدون تمرین و آزمایش، قابل اعتماد نیست. مانورهای ارتباطی و شبیه‌سازی‌های بحران به سازمان کمک می‌کند تا برنامه خود را در عمل آزمایش کند، نقاط ضعف را پیش از بحران واقعی شناسایی و تیم را برای شرایط واقعی آماده کند. CDC توصیه می‌کند که برنامه‌های ارتباطی هر سال در سناریوهای رزمایش و شبیه‌سازی ادغام شوند.

انواع تمرین‌های ارتباطی:

۱. رزمایش میز: تیم CCT دور یک میز جمع می‌شوند و یک سناریوی بحران شبیه‌سازی شده (که معمولاً در چند مرحله پیش می‌رود) را گام به گام طی می‌کنند. در این تمرین، از آنها خواسته می‌شود که تصمیمات ارتباطی

بگیرند (چه پیامی، از چه کانالی، چه زمانی) و واکنش رسانه‌ها و مردم را پیش‌بینی کنند. رزمایش میز کم‌هزینه و آسان برگزار است.

۲. شبیه‌سازی زنده: یک بحران به صورت زنده در یک محیط کنترل شده (شامل نقش‌بازی خبرنگاران، مسئولان و مردم) شبیه‌سازی می‌شود و تیم CCT باید در زمان واقعی واکنش نشان دهد. این تمرین شامل برگزاری کنفرانس خبری واقعی (ضبط می‌شود و بعداً تحلیل می‌گردد)، انتشار پیامک و پست‌های شبکه‌های اجتماعی، پاسخ به سوالات تماس‌گیرندگان شبیه‌سازی شده، و مدیریت شایعات ساختگی است. شبیه‌سازی زنده هزینه بالاتری دارد اما بازخورد واقعی‌تری فراهم می‌کند.

۳. ادغام در رزمایش‌های عملیاتی بزرگتر: در بسیاری از سازمان‌ها، رزمایش‌های عملیاتی اصلی (که بر جنبه‌های درمانی، لجستیکی و امنیتی متمرکزند) ممکن است مؤلفه ارتباطات را نادیده بگیرند. پیشنهاد می‌شود که یک بخش مستقل به «ارتباطات بحران» در رزمایش‌های اصلی سازمان اختصاص یابد و تیم CCT در کنار سایر تیم‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد.

مؤلفه‌های اصلی یک شبیه‌سازی خوب:

- سناریوی واقع‌بینانه و مرتبط با ریسک‌های واقعی سازمان
- بازیگران نقش اول (فرماندار، وزیر، سخنگو، خبرنگاران خصمانه، شهروندان عصبانی)
- ابزارهای واقعی (وبسایت واقعی، کانال شبکه اجتماعی، سامانه پیامک)
- فشردگی زمانی مشابه بحران واقعی (تصمیمات باید در چند دقیقه گرفته شوند)
- بازیابی پس از تمرین
- مستندسازی و به‌روزرسانی برنامه بر اساس یافته‌ها

مدیریت ارشد سازمان باید از برگزاری منظم این مانورها حمایت کند و منابع لازم را در اختیار قرار دهد. همچنین مهم است که نتایج تمرین‌ها به عنوان ابزاری برای یادگیری و بهبود در نظر گرفته شود، نه مجازات و سرزنش اعضای تیم.

۴-۷. چکلیست آمادگی

در پایان این فصل، یک چکلیست عملی برای سنجش آمادگی ارتباطی سازمان ارائه می‌شود. این چکلیست قابل کپی و تبدیل به یک ابزار ارزیابی دوره‌ای است.

جدول ۴-۲: چکلیست آمادگی ارتباطات بحران برای سازمان‌های سلامت

وضعیت	عبارت چکلیست	۵
<input type="checkbox"/>	برنامه ارتباطات بحران مکتوب، مصوب و در دسترس همه اعضای CCT وجود دارد.	۱
<input type="checkbox"/>	تیم CCT تشکیل شده و نقش‌ها و جانشین‌ها مشخص است.	۲
<input type="checkbox"/>	اعضای تیم CCT در ۱۲ ماه گذشته آموزش دیده‌اند (دست کم یک کارگاه آموزشی).	۳
<input type="checkbox"/>	سخنگوی اصلی و پشتیبان تعیین شده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته مقابل دوربین تمرین کرده‌اند.	۴
<input type="checkbox"/>	الگوهای بیانیه برای ۵ سناریوی اولویت‌دار سازمان تهیه شده است.	۵
<input type="checkbox"/>	بانک پیام‌ها (شامل FAQها) برای ۵ سناریوی اولویت‌دار به‌روز است.	۶
<input type="checkbox"/>	فهرست به‌روز تماس رسانه‌ها (خبرنگاران، سردبیران، خبرگزاری‌ها) در دسترس است.	۷
<input type="checkbox"/>	کانال‌های رسمی سازمان در شبکه‌های اجتماعی فعال و دارای مجوز هستند.	۸
<input type="checkbox"/>	سامانه پیامک همگانی (در صورت وجود) در شش ماه گذشته آزمایش شده است.	۹
<input type="checkbox"/>	خط تلفن اختصاصی (۱۶۲ یا مشابه) برای پاسخگویی به سوالات عموم فعال است.	۱۰
<input type="checkbox"/>	ابزار پایش رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی (شنود اجتماعی) فعال و پرسنل آن آموزش دیده‌اند.	۱۱
<input type="checkbox"/>	دست‌کم یک مانور یا شبیه‌سازی ارتباطات بحران در ۱۲ ماه گذشته برگزار شده است.	۱۲
<input type="checkbox"/>	بودجه اختصاصی برای اقدامات ارتباطی در بحران پیش‌بینی شده است.	۱۳
<input type="checkbox"/>	روال تأیید و انتشار اطلاعات (درخت تصمیم‌گیری) در برنامه مشخص شده است.	۱۴
<input type="checkbox"/>	برای انتشار اطلاعات به زبان‌های محلی و برای افراد دارای معلولیت (نابینایان، ناشنوایان) برنامه وجود دارد.	۱۵
<input type="checkbox"/>	قالب‌های ارزیابی عملکرد (نظرسنجی، تحلیل رسانه) آماده شده است.	۱۶
<input type="checkbox"/>	برنامه با مراکز همکار (هلال احمر، شهرداری، دانشگاه) هماهنگ شده است.	۱۷
<input type="checkbox"/>	یک نسخه فشرده (Quick Guide) از برنامه (شامل شماره‌ها و نقش‌های کلیدی) در کیف همه اعضای اصلی CCT وجود دارد.	۱۸

تفسیر نتایج: هرچه تعداد پاسخ‌های «بله» بیشتر باشد، آمادگی سازمان بالاتر است. به پاسخ‌های «خیر» به عنوان فرصت‌های بهبود نگاه کنید و برای هر مورد، یک برنامه عملی مشخص با ضرب‌الاجل تعیین کنید. توصیه می‌شود

این چک‌لیست هر شش ماه یک بار یا پس از هر رویداد مهم سازمانی (تغییر ساختار، استعفای سخنگو، بحران مشابه در سازمان دیگر) بازبینی شود.

فصل پنجم: طراحی و تولید پیام‌های بحران

۱-۵. اصول پیام‌نویسی در بحران

طراحی پیام‌های مؤثر در بحران، با نوشتن متون عادی و روزمره تفاوت اساسی دارد. در شرایطی که مخاطبان دچار استرس، نویز ذهنی و کاهش ظرفیت پردازش هستند (فصل سوم)، رعایت اصول خاصی ضروری است.

ده اصل طلایی پیام‌نویسی در بحران:

۱. کوتاه‌نویسی: هر جمله را حداکثر ۱۵ تا ۲۰ کلمه و هر پاراگراف را حداکثر ۲ تا ۳ جمله تنظیم کنید. جملات طولانی و مرکب، در شرایط استرس‌زا درک نمی‌شوند و فراموش می‌گردند.

۲. یک پیام، یک هدف: در هر پیام (چه یک پست شبکه اجتماعی، چه یک بیانیه رسمی) بیش از یک هدف اصلی دنبال نکنید. آمیختن چند پیام با هم، مخاطب را سردرگم می‌کند.

۳. اقدام‌محوری: هر پیام باید به یک یا چند اقدام مشخص و عملی ختم شود. «همین الان می‌توانید...» یکی از قدرتمندترین جملات در بحران است.

۴. همدلی در ابتدا: پیش از هر محتوای فنی یا آماری، با یک جمله همدلانه شروع کنید. «می‌دانیم که نگران هستید.» «درک می‌کنیم که این روزها برای شما سخت است.»

۵. زبان ساده و غیرفنی: از اصطلاحات تخصصی، اختصارات و عبارات لاتین پرهیز کنید یا حتماً معنی آنها را به زبان ساده توضیح دهید. «اکسیژناسیون غشای خارج بدنی» نه؛ «اکسیژن رسانی به خون با دستگاه» بگویید.

۶. شخصی و ملموس: به جای اعداد و آمار انتزاعی، از مثال‌ها، داستان‌ها (با حفظ حریم خصوصی) و تشبیهات ساده استفاده کنید. «هر ۱۰ بیمار، ۱۳ نفر دیگر را آلوده می‌کنند» بهتر از «RO معادل ۳/۱ است».

۷. تکرار هوشمندانه: پیام‌های کلیدی را در طول یک روز و یک هفته چندین بار (اما در قالب‌های متنوع) تکرار کنید. تکرار به تثبیت در حافظه کمک می‌کند، به شرطی که با تغییر زاویه دید، مثال جدید یا قالب متفاوت همراه شود.

۸. ثبات و هماهنگی: اگر یک پیام از طریق سخنگو، وبسایت، اینستاگرام و تلویزیون منتشر می‌شود، باید کاملاً هماهنگ و بدون تناقض باشد. کوچک‌ترین اختلاف، اعتماد را از بین می‌برد.

۹. صراحت در بیان محدودیت‌ها و عدم قطعیت: اگر چیزی را نمی‌دانید یا تجهیزات/دارو محدود است، آن را صادقانه و شفاف بیان کنید. به جای وعده‌های غیرواقعی، بگویید چه می‌کنید تا مشکل حل شود.

۱۰. قابلیت اشتراک‌گذاری: در عصر شبکه‌های اجتماعی، پیام خود را به گونه‌ای طراحی کنید که مردم بخواهند آن را با دوستان و خانواده خود به اشتراک بگذارند (اطلاعات مفید، تصویری، احساسی مثبت یا سازنده).

۲-۵. پیام‌های هشدار

پیام‌های هشدار برای آگاه‌سازی سریع مردم از یک خطر قریب‌الوقوع یا در حال وقوع طراحی می‌شوند. هدف اصلی، ایجاد آمادگی و اقدام فوری است، نه ارائه جزئیات علمی.

ویژگی‌های پیام هشدار مؤثر:

- فوریت: باید به وضوح به مخاطب بفهماند که موضوع اورژانسی است («فوری»، «الان»، «همین حالا»).
- شفافیت درباره منبع هشدار: مشخص کند چه سازمان یا شخص معتبری هشدار را صادر کرده است.
- مشخصات خطر: به طور خلاصه بگوید چه خطری (بیماری، آلودگی، حادثه) در چه منطقه‌ای (برای چه کسانی) وجود دارد.

-اقدام فوری: به طور شفاف و قابل اجرا بگوید دقیقاً چه اقدام فوری انجام دهید. «در خانه بمانید»، «از منطقه خارج شوید»، «با ۴۰۳۰ تماس بگیرید»، «دست بزنید».

-زمان اعتبار هشدار: بگوید هشدار تا چه زمانی معتبر است («تا اطلاع ثانوی»، «تا ۲۴ ساعت آینده»).

-اطلاعات تکمیلی کجا؟: اشاره به منبع معتبر برای اطلاعات بیشتر (وبسایت، خط تلفن).

نمونه پیام هشدار (سناریو: اعلام وضعیت قرمز آلودگی هوا در یک شهر):

-«هشدار فوری – اداره کل هواشناسی استان: شاخص آلودگی هوا در تهران از مرز ۲۰۰ گذشت. گروه‌های حساس (کودکان، سالمندان، بیماران قلبی و تنفسی) مطلقاً از منزل خارج نشوند. سایر شهروندان از تردد غیرضروری خودداری کنند. اخبار تکمیلی را در سایت سازمان حفاظت محیط زیست پیگیری کنید.»

پیام‌های هشدار را باید از کانال‌های پرمخاطب و سریع (پیامک همگانی، هشدار صوتی در ایستگاه‌های مترو و اتوبوس، خبر فوری در تلویزیون، پوشش همگانی در اینستاگرام) منتشر کرد. همچنین باید از زبان چندرسانه‌ای (تصویر + متن) استفاده کرد.

۳-۵. پیام‌های آموزشی

پیام‌های آموزشی به مردم می‌آموزند که در بحران چگونه رفتار کنند، چه اقدامات پیشگیرانه یا درمانی انجام دهند و از چه منابعی استفاده کنند. این پیام‌ها معمولاً در مراحل تداوم بحران مرحله ۳ (CERC) که زمان برای یادگیری وجود دارد، منتشر می‌شوند.

ویژگی‌های پیام آموزشی مؤثر در بحران:

- تدریجی و گام به گام: اقدامات را به چند گام ساده و قابل انجام تقسیم کنید.
- بصری و نمایشی: از اینفوگرافیک‌ها، فیلم‌های آموزشی کوتاه و تصاویر گام به گام استفاده کنید. مردم در بحران حوصله خواندن متن‌های بلند را ندارند.
- تأکید بر چرایی: اگر فقط بگویید «چه کار کنید» بدون توضیح «چرا»، ممکن است مردم از فرمان پیروی نکنند. دلیل علمی هر اقدام را به زبان ساده بگویید.

- پاسخ به شایعات رایج: پیام آموزشی فرصت خوبی برای رد شایعات رایج و ارائه اطلاعات صحیح به صورت غیرمستقیم است.

- قابل انجام با امکانات موجود: آموزش ندهید که «حتماً N95 بزنید» در حالی که این ماسک در دسترس نیست. به مردم با امکانات موجود آموزش دهید.

- شخصی‌سازی (هر کس برای خود و خانواده): پیام را طوری طراحی کنید که هر فرد احساس کند خودش مستقیماً مخاطب است («شما چطور می‌توانید از خودتان محافظت کنید»، «برای محافظت از فرزندتان چه کار کنید»).

نمونه پیام آموزشی (در بحران کرونا - آموزش شستن صحیح دست‌ها):

«با شستن ساده دست‌ها، ویروس را از بین ببرید. مرحله ۱: دست‌ها را خیس کنید. مرحله ۲: صابون بزنید (به اندازه یک گردو). مرحله ۳: ۲۰ ثانیه (به اندازه دو بار خواندن "تولدت مبارک") کف دست، پشت دست، بین انگشتان و زیر ناخن‌ها را بشویید. مرحله ۴: با آب تمیز آبکشی کنید. مرحله ۵: با دستمال کاغذی خشک کنید. همین الان بروید و به اعضای خانواده‌تان هم یاد بدهید.» (همراه با یک اینفوگرافیک مصور از مراحل شستشو).

پیام‌های آموزشی باید از کانال‌های تعاملی (شبکه‌های اجتماعی، واتساپ، فیلم‌های کوتاه یوتیوب/آپارات) و همچنین از رسانه‌های فراگیر (تلویزیون در ساعات مناسب) منتشر شوند.

۴-۵. پیام‌های اطمینان‌بخش

پیام‌های اطمینان‌بخش برای کاهش اضطراب جمعی، حفظ روحیه عمومی و تقویت انسجام اجتماعی در بحران‌های طولانی و طاقت‌فرسا طراحی می‌شوند. این پیام‌ها نباید «خوش‌بینانه کاذب» باشند؛ بلکه باید واقع‌بینانه و مبتنی بر پیشرفت‌های واقعی باشند.

اصول پیام اطمینان‌بخش مؤثر:

- اقدامات انجام شده را برجسته کنید (نه فقط مشکل را). بگویید «تاکنون ۵۰ هزار تست تشخیصی انجام داده‌ایم، ۲۰۰۰ تخت جدید اضافه کرده‌ایم و ۱۰۰ نیروی متخصص جذب کرده‌ایم» و سپس بگویید «اما هنوز تا کنترل کامل فاصله داریم و نیازمند همکاری شما هستیم».

-تأکید بر دستاوردهای کوچک و واقعی. اگر آمار مبتلایان هنوز بالاست، اما آمار بهبودیافتگان یا سرعت تست افزایش یافته است، آن را برجسته کنید.

-یادآوری موفقیت‌های گذشته (برخی بحران‌ها را مدیریت کرده‌ایم). «در بحران فلان، با همکاری مردم توانستیم ظرف مدت مشخص اوضاع را کنترل کنیم. همین همبستگی این بار هم به کار خواهد آمد.»
-تأکید بر «ما» و همبستگی اجتماعی. «ما با هم از پس این بحران بر خواهیم آمد»، «همه ما در یک قایق هستیم»، «حفاظت از یکدیگر با همکاری هم ممکن است.»

-قدردانی و تشکر (از کادر درمان، از مردم، از داوطلبان). ابراز قدردانی صمیمانه و مستمر، روحیه تیم‌های خط مقدم و جامعه را بالا نگه می‌دارد.

-ارائه چشم‌انداز واقع‌بینانه از آینده (نور در انتهای تونل). بگویید «بر اساس برآوردهای علمی، انتظار داریم طی ۴ تا ۶ هفته آینده موارد کاهش یابد، مشروط به رعایت پروتکل‌ها توسط همه ما».

نمونه پیام اطمینان‌بخش (مرحله اوج موج سوم کرونا):

«هموطنان عزیز، می‌دانیم که این روزها بسیار سخت است. آمار مبتلایان و فوتی‌ها بالاست و بار سنگینی بر دوش کادر درمان و خانواده‌هاست. اما خبر خوب این است که ۷۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال در استان حداقل یک دوز واکسن دریافت کرده‌اند. پروتکل‌های درمانی جدید نیز مرگومیر را ۳۰ درصد کاهش داده است. اگر همه ما فقط برای دو هفته آینده پروتکل‌ها را به طور کامل رعایت کنیم، می‌توانیم از موج چهارم عبور کنیم. از همراهی و صبوری شما صمیمانه سپاسگزاریم. به امید روزهایی بهتر، با همکاری هم.»

۵-۵. مدیریت عدم قطعیت (نمی‌دانیم)

مدیریت عدم قطعیت یکی از دشوارترین و در عین حال حیاتی‌ترین مهارت‌ها در ارتباطات بحران سلامت است. در ابتدای یک بحران ناشناخته (مانند یک ویروس جدید)، متخصصان نیز بسیاری از جنبه‌ها را نمی‌دانند: راه دقیق انتقال، دوره نهفتگی، میزان کشندگی، درمان مؤثر و زمان پایان بحران. نحوه برخورد با این «ندانسته‌ها» تعیین‌کننده اعتماد عمومی است.

سه اشتباه رایج در مدیریت عدم قطعیت:

۱. پنهان کاری و طفره روی (نگفتن چیزی تا اطلاعات کامل شود): سکوت سازمان، خلأ را با شایعات و حدس‌های نادرست پر می‌کند.

۲. ادعای اطمینان کاذب (گفتن «همه چیز تحت کنترل است» در حالی که نیست): مردم دروغ را حس می‌کنند و اعتماد خود را برای همیشه از دست می‌دهند.

۳. دستکاری آمار برای کاهش هراس: کاهش مصنوعی آمار مبتلایان (مثلاً با تست نکردن) در کوتاه‌مدت هراس را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت فاجعه‌بار است؛ وقتی حقیقت آشکار شود (و بالاخره آشکار می‌شود)، اعتبار سازمان صفر می‌شود.

راهبرد صحیح: چارچوب «می‌دانیم / نمی‌دانیم / در حال یافتن هستیم»

سازمان جهانی بهداشت بر این چارچوب تأکید دارد. در هر بحران، پیام خود را به سه بخش تقسیم کنید:

بخش ۱ – آنچه می‌دانیم: بر اساس شواهد موجود، حقایق تأیید شده را با اطمینان بیان کنید. «این ویروس از طریق قطرات تنفسی منتقل می‌شود. ماندگاری آن روی سطوح تا ۲۴ ساعت است.»

بخش ۲ – آنچه نمی‌دانیم: صریحاً و بدون شرم بگویید چه مواردی هنوز ناشناخته است. «ما هنوز دقیقاً نمی‌دانیم که آیا یک فرد بدون علامت می‌تواند ناقل باشد یا خیر. همچنین نمی‌دانیم ایمنی پس از ابتلا چه مدت باقی می‌ماند.»

بخش ۳ – چه می‌کنیم تا بدانیم: اقدامات مشخصی را که تیم تحقیقاتی برای رفع نادانسته‌ها انجام می‌دهد، بیان کنید. «در حال حاضر، سه مطالعه کوهورت در حال انجام است که به این سوالات پاسخ خواهد داد. نتایج اولیه ظرف ۴۸ ساعت آینده اعلام می‌شود.»

مثال عملی (روزهای اول شیوع یک بیماری ناشناخته):

«تا این لحظه، ۱۵ مورد ابتلا به یک بیماری تنفسی ناشناخته در شهر X تأیید شده است. آنچه می‌دانیم: همه موارد سابقه تماس نزدیک با یکدیگر داشته‌اند و علائم اصلی شامل تب، سرفه خشک و تنگی نفس است. آنچه نمی‌دانیم: راه دقیق انتقال (آیا از راه هوا هم منتقل می‌شود؟)، دوره کمون دقیق (از تماس تا بروز علائم) و درمان اختصاصی را هنوز نمی‌شناسیم. در حال انجام: نمونه‌های ویروس به آزمایشگاه مرجع ارسال شده، تیم اپیدمیولوژی در حال ردیابی تماس‌هاست و ظرف ۷۲ ساعت آینده اطلاعات بیشتری در مورد راه‌های انتقال منتشر خواهیم کرد.»

۵-۶. چارچوب «می‌دانیم / نمی‌دانیم / در حال بررسی»

این چارچوب که در بخش قبل تشریح شد، قلب مدیریت عدم قطعیت است. در اینجا یک الگوی عملی برای استفاده در کنفرانس‌های خبری و بیانیه‌های رسمی ارائه می‌شود.

الگوی عملی:

گام ۱: پذیرش و همدلی. «می‌دانیم که این روزها همه شما نگران این بیماری جدید هستید. نگرانی شما کاملاً به‌جاست و ما این احساس را درک می‌کنیم.»

گام ۲: می‌دانیم. «آنچه در حال حاضر بر اساس شواهد قطعی می‌دانیم، موارد زیر است: (۱) راه اصلی انتقال از طریق قطرات تنفسی است. (۲) شایع‌ترین علائم عبارتند از ... (۳) گروه‌های پرخطر شامل ...»

گام ۳: نمی‌دانیم (با صراحت، اما بدون وحشت). «همچنین موارد مهمی وجود دارد که هنوز نمی‌دانیم. به عنوان مثال: آیا این ویروس از طریق سطوح آلوده نیز منتقل می‌شود؟ چه مدت فرد پس از بهبودی ناقل باقی می‌ماند؟ این نادانسته‌ها را از شما پنهان نمی‌کنیم.»

گام ۴: در حال یافتن هستیم. «خبر خوب این است که تیم‌های تحقیقاتی ما شبانه‌روز در حال کار بر روی این سوالات هستند. آزمایشگاه ملی در حال انجام مطالعات انتقال‌پذیری است. موسسه تحقیقات واکسن نیز پروژه ساخت واکسن را آغاز کرده است. هرچه زودتر به پاسخ برسیم، بلافاصله به شما اطلاع خواهیم داد.»

گام ۵: اقدام عملی (کاری که مردم الان می‌توانند انجام دهند). «در حال حاضر، از شما می‌خواهیم که سه کار ساده انجام دهید: ۱) از ماسک در فضاهای بسته و شلوغ استفاده کنید. ۲) دست‌های خود را مرتب با آب و صابون بشویید. ۳) در صورت داشتن علائم، با شماره ۴۰۳۰ تماس بگیرید و خودسرانه به بیمارستان مراجعه نکنید.»

گام ۶: تکرار و تعهد به به‌روزرسانی. «ما متعهد می‌شویم که همین برنامه را هر روز ساعت ۱۴ تکرار کنیم. حتی اگر اطلاعات جدیدی نداشته باشیم، می‌گوییم که چیزی تغییر نکرده است. به محض پیشرفت، اعلام می‌کنیم.»

فصل ششم: مدیریت اطلاعات و اینفودمیک

۱-۶. چرخه مدیریت اطلاعات در بحران

مدیریت اطلاعات در بحران سلامت، فرآیندی نظام‌مند شامل سه مرحله اصلی است: گردآوری، پردازش و تأیید و انتشار. موفقیت در هر مرحله، زمینه‌ساز موفقیت در مرحله بعد است.

مرحله ۱: گردآوری اطلاعات. در بحران سلامت، اطلاعات از منابع متنوعی جاری می‌شود که باید به طور سیستماتیک جمع‌آوری و دسته‌بندی شود. این منابع عبارتند از:

- داده‌های اپیدمیولوژیک (شمار مبتلایان، بستری‌ها، مرگ‌ها، بهبودیافتگان)
- گزارش‌های خط مقدم از بیمارستان‌ها و مراکز جامع سلامت
- اخبار و گفتگوهای شبکه‌های اجتماعی (شنود اجتماعی)
- تماس‌های تلفنی با خطوط اورژانس و مراکز پاسخگویی
- گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی WHO، CDC اروپا، و غیره
- رسانه‌های سنتی (خبرگزاری‌ها، روزنامه‌ها، تلویزیون)
- بازخوردهای مستقیم از مردم (ایمیل، پیامک، اپلیکیشن‌های سلامت)

مرحله ۲: پردازش و تأیید. اطلاعات خام و پراکنده باید تبدیل به پیام‌های دقیق، معتبر و قابل فهم شود. این مرحله شامل:

- دسته‌بندی اطلاعات بر اساس فوریت و اهمیت

-ارجاع به کارشناسان فنی برای تأیید علمی (اپیدمیولوژیست، ویروس‌شناس، متخصص بیماری‌های عفونی)
-حذف اطلاعات تکراری یا متناقض

-تطبیق با داده‌های منابع دیگر (جلوگیری از انتشار آمار متناقض)

-تبدیل داده‌های خام به پیام‌های قابل فهم برای عموم (ترجمه آمار به مثال)

مرحله ۳: انتشار. آخرین مرحله، انتقال اطلاعات پردازش شده به مخاطبان هدف است. این مرحله شامل:

-انتخاب کانال مناسب برای هر مخاطب (تلویزیون برای عموم، سامانه‌های تخصصی برای پزشکان)

-زمان‌بندی انتشار برای حداکثر دسترسی (پرهیز از انتشار ناگهانی در نیمه شب)

-هماهنگی بین سازمانی (وزارت بهداشت، استانداری، صداوسیما، ارتش، و غیره) برای انتشار یک‌صدا

-تنوع در قالب (متن، تصویر، ویدئو، اینفوگرافیک) برای پوشش گروه‌های مختلف

۲-۶. جمع‌آوری داده‌های اطلاعاتی

جمع‌آوری اطلاعات در بحران، با چالش‌های متعددی روبه‌روست: تأخیر در گزارش‌دهی (به ویژه در مناطق دورافتاده)، کمبود نیروی انسانی برای ثبت داده‌ها، تناقض در روش‌های جمع‌آوری (هر بیمارستان آمار را به شکل متفاوتی محاسبه می‌کند)، و فشار سیاسی (ممکن است برخی مسئولان گزارش آمار واقعی را تأخیر یا سانسور کنند).

راهکارهای بهبود جمع‌آوری اطلاعات:

-استفاده از سامانه‌های یکپارچه و برخط: داشبوردهای لحظه‌ای که بیمارستان‌ها می‌توانند آمار را در آنها وارد کنند، اختلافات را کاهش می‌دهد.

-آموزش واحد جمع‌آوری داده: پرسنل درگیر در جمع‌آوری اطلاعات باید به طور منظم آموزش ببینند و پروتکل مشخصی را دنبال کنند.

-کنترل کیفیت: یک تیم اختصاصی، نمونه‌هایی از داده‌ها را بازبینی و صحت آنها را راستی‌آزمایی کند.

-شفافیت در روش جمع‌آوری: منتشر کنید که آمار مبتلایان صرفاً موارد آزمایش مثبت است (نه کل مبتلایان تخمینی)، تا مردم تفسیر درستی از اعداد داشته باشند.

۳-۶. اعتبارسنجی اطلاعات

اعتبارسنجی فرآیند بررسی صحت و سقم اطلاعات پیش از انتشار است. در بحران، به دلیل سرعت بالای جریان اطلاعات، ممکن است فشار برای انتشار سریع، فرآیند اعتبارسنجی را مختل کند. با این حال، انتشار اطلاعات نادرست (حتی سهوی) می‌تواند اعتبار سازمان را برای همیشه از بین ببرد.

پرسش‌های کلیدی در اعتبارسنجی اطلاعات:

۱. منبع اطلاعات کیست؟ آیا منبع دست اول است؟ آیا منبع قابل اعتماد است (سابقه درستی‌گویی دارد)؟
 ۲. آیا اطلاعات با داده‌های سایر منابع مستقل همخوانی دارد؟ قبل از انتشار، از حداقل دو منبع مستقل (مثلاً دو بیمارستان مختلف) تأیید بگیرید.
 ۳. مکانیسم بیولوژیکی/فیزیکی پشت این اطلاعات چیست؟ آیا ادعا از نظر علمی معقول است؟ (مثلاً «نوشیدن آب گرم ویروس را می‌کشد» از نظر فیزیکی محال است).
 ۴. آیا اطلاعات در شرایط مشابه قبلاً هم دیده شده است؟ (تکرارپذیری).
 ۵. چه کسی از انتشار این اطلاعات سود می‌برد؟ (احتمال اطلاعات جعلی هدفمند را بسنجید).
- ساختار تیم اعتبارسنجی: بهتر است تیم اعتبارسنجی متشکل از حداقل سه نفر با تخصص‌های مکمل باشد: یک متخصص فنی موضوع (برای ارزیابی محتوای علمی)، یک متخصص ارتباطات (برای ارزیابی قابلیت انتشار و احتمال سوءبرداشت) و یک مشاور حقوقی (برای ارزیابی جنبه‌های قانونی و حریم خصوصی).

۴-۶. مدیریت اطلاعات نادرست (Misinformation)

اطلاعات نادرست به اطلاعاتی گفته می‌شود که نادرست است اما فرد منتشرکننده، قصد بدخواهانه‌ای ندارد؛ او خودش به درستی آن باور دارد و ناآگاهانه آن را بازنشر می‌دهد. برای مثال، فردی که فکر می‌کند «خوردن سیر

از کرونا پیشگیری می‌کند» و این مطلب را برای دوستانش می‌فرستد. مدیریت اطلاعات نادرست نیازمند آموزش و تصحیح بدون سرزنش است.

مراحل مدیریت اطلاعات نادرست:

۱. شناسایی زودهنگام (از طریق شنود اجتماعی). هرچه زودتر یک اطلاعات نادرست را شناسایی کنید، مهار آن آسان‌تر است. سیستم‌های خودکار (شامل هوش مصنوعی) و پایش انسانی شبکه‌های اجتماعی ضروری است.

۲. تشخیص نیت (بدخواهانه یا ناآگاهانه). اطلاعات نادرست ساده را از اطلاعات جعلی عمدی جدا کنید (بخش بعد). رویکرد با اولی آموزشی و حمایتی است، با دومی قاطعانه‌تر و هشداردهنده.

۳. پاسخ با همدلی و بدون سرزنش. از عباراتی مانند «خوب است که به سلامت خود اهمیت می‌دهید، اما این اطلاعات اشتباه است» استفاده کنید، نه «چه حرف بی‌اساسی!». سرزنش، فرد را دفاعی و لجوج می‌کند.

۴. ارائه جایگزین صحیح و جذاب. صرفاً گفتن «این غلط است» کافی نیست. باید یک «داستان جایگزین» جذاب و قانع‌کننده ارائه دهید که نیاز روانی پشت شایعه را پاسخ دهد.

۵. استفاده از منابع معتبر و مورد اعتماد. برای تصحیح اطلاعات نادرست در یک گروه خاص (مثلاً مادران، ورزشکاران، روستاییان) از افرادی استفاده کنید که آن گروه به آنها اعتماد دارد (همان پیام‌رسان‌های غیرمنتظره).

۵-۶. مقابله با اخبار جعلی (Disinformation)

اخبار جعلی عمدی به اطلاعاتی گفته می‌شود که با قصد و نیت قبلی برای فریب، تخریب یا ایجاد تفرقه طراحی و منتشر می‌شود. در بحران‌های سلامت، ممکن است گروه‌های سیاسی، رقبای تجاری (تولیدکنندگان داروهای جایگزین جعلی)، دولت‌های خارجی یا حتی افراد سودجو عامدانه شایعات دروغین (مثلاً «واکسن باعث ناباروری می‌شود») را طراحی و منتشر کنند. تفاوت اصلی با اطلاعات نادرست در نیت است.

ویژگی‌های اخبار جعلی عمدی:

- منبع ناشناس یا پنهان (اغلب صفحات جعلی با هویت نامشخص)
- محتوای شدیداً تحریک‌آمیز و احساسی (خشم، ترس، انزجار)
- هدف‌گیری شکننده‌های روانی و اجتماعی (بی‌اعتمادی سیاسی، اختلافات قومی، دو قطبی‌های فرهنگی)
- الگوی انتشار سازمان‌یافته و هماهنگ (بمباران همزمان چندین کانال)
- عدم پذیرش اصلاح و عقب‌نشینی حتی در برابر ادله قاطع

راهبردهای مقابله با اخبار جعلی عمدی:

۱. خنثی‌سازی سریع با رد مؤثر (بخش ۶-۷). هرچه دیرتر واکنش نشان دهید، شایعه بیشتر پخش می‌شود.
۲. افشای منبع و روش‌های جعل. در برخی موارد، می‌توان با افشای اینکه کدام صفحه جعلی یا چه گروهی با چه انگیزه‌ای این محتوا را منتشر کرده است، اعتبار آن را خنثی کرد.
۳. گزارش به پلتفرم‌های رسانه اجتماعی. اینستاگرام، تلگرام و ایکس سیاست‌های مشخصی برای حذف محتوای جعلی عمدی در حوزه سلامت دارند (به ویژه در بحران‌ها). محتوا را گزارش دهید.
۴. شکایت حقوقی در موارد شدید (مطابق قانون). در بسیاری از کشورها، انتشار عمدی اخبار جعلی در مورد سلامت عمومی جرم است. در ایران نیز قوانین مرتبط با نشر اکاذیب و اخلال در امنیت روانی جامعه می‌تواند مستند شکایت باشد.
۵. پیش‌دستی (Prebunking). بخش بعد بهترین راه مقابله با اطلاعات جعلی عمدی، پیش‌دستی و واکسیناسیون روانی است: پیش از انتشار شایعه، آن را پیش‌بینی کنید و با استدلال منطقی خنثی کنید.

۶-۶. استراتژی پیش‌بینی و خنثی‌سازی

استراتژی (که گاهی «واکسیناسیون روانی» یا «پیش‌رد» نیز نامیده می‌شود) مبتنی بر این ایده است که اگر افراد از قبل در معرض نسخه ضعیف‌شده یک شایعه (با توضیح تکنیک‌های فریب) قرار گیرند، بعداً در برابر نسخه قوی

و واقعی آن شایعه مقاوم‌تر می‌شوند. این مفهوم ریشه در نظریه «تلقیح» در روان‌شناسی اجتماعی دارد و در زمینه مقابله با اینفودمیک بسیار مؤثر بوده است.

چگونه یک کمپین Prebunking طراحی کنیم:

۱. پیش‌بینی رایج‌ترین شایعات (با استفاده از تجربیات گذشته و شنود اجتماعی). برای مثال، پیش از شروع واکسیناسیون عمومی، فهرستی از شایعات محتمل تهیه کنید: «واکسن عوارض کشنده دارد»، «واکسن باعث ناباروری می‌شود»، «واکسن حاوی تراشه ردیابی است».

۲. تکنیک‌های فریب را به مردم آموزش دهید (نه صرفاً حقایق). به مردم بیاموزید که اطلاعات جعلی از چه روش‌هایی استفاده می‌کند: استناد به افراد غیرمتخصص، ارائه آمار تحریف شده، استفاده از تصاویر جعلی، ایجاد پیوندهای نامربوط علی‌رغم اینترنت و مانند آن.

۳. یک فیلم کوتاه، اینفوگرافیک یا پست ساده با عنوان «مراقب باشید: شایعات هفته» تهیه کنید. در آن، سه شایعه رایج را فهرست کرده و دلیل رد هر کدام را با زبانی ساده بیان کنید.

۴. از humor و روایت‌های بامزه اما محترمانه استفاده کنید (با احتیاط). برخی پژوهش‌ها نشان داده است که ویدئوهای طنزآمیز کوتاه (نه تمسخرآمیز) می‌تواند اثربخشی Prebunking را افزایش دهد، زیرا توجه مخاطب را جلب می‌کند.

۵. در زمان مناسب منتشر کنید: پیش از شروع موج شایعه. برای مثال، قبل از شروع واکسیناسیون عمومی، نه بعد از شروع شایعه درباره آن. زمان‌بندی، کلید اثربخشی است.

مثال از عمل WHO در کووید-۱۹: سازمان جهانی بهداشت کمپین «ماجرای بیان اطلاعات» را راه‌اندازی کرد که با همکاری شبکه‌های اجتماعی، محتوای جعلی را گزارش می‌زد و برجسب «اطلاعات تأیید نشده» به آنها می‌زد. این کمپین همچنین به کاربران آموزش می‌داد که چگونه منبع خبر را بررسی کنند.

۶-۷. استراتژی رد شایعه (Debunking)

رد شایعه فرآیندی است که در آن، پس از انتشار شایعه (و نه پیش از آن)، با ارائه شواهد و استدلال، آن را رد می‌کنید. بر خلاف Prebunking که پیشگیرانه است، Debunking واکنشی است. با این حال، اگر Debunking به درستی انجام نشود، نه تنها شایعه را از بین نمی‌برد، بلکه ممکن است آن را در حافظه مردم تثبیت کند.

اثر بازگشت به عقب: پدیده‌ای روان‌شناختی که در آن، تلاش برای رد یک باور غلط، نه تنها آن را از بین نمی‌برد، بلکه باور فرد به آن را تقویت می‌کند. این پدیده زمانی رخ می‌دهد که رد شایعه، تهدیدی برای هویت فرد یا گروه او تلقی شود. برای جلوگیری از اثر بازگشت، باید رد شایعه را با همدلی و احترام انجام دهید و هرگز طرف مقابل را تحقیر نکنید.

روش استاندارد رد مؤثر - سه مرحله:

مرحله ۱: هشدار. به مخاطب هشدار دهید که اطلاعاتی که قرار است بشنود، نادرست است و چرا ممکن است برای او خطرناک باشد. از عبارت «هشدار» یا «توجه» استفاده کنید.

مرحله ۲: جایگزین. جایگزین صحیح و مبتنی بر شواهد را ارائه دهید. این جایگزین باید به همان اندازه کوتاه و جذاب (یا جذاب‌تر) از شایعه اصلی باشد.

مرحله ۳: توضیح. توضیح دهید که چرا شایعه نادرست است و چه مکانیسمی پشت آن بوده است. این مرحله به مخاطب کمک می‌کند تا خودش در آینده شایعات مشابه را تشخیص دهد.

مثال عملی (رد شایعه «واکسن کرونا باعث ناباروری می‌شود»):

- هشدار: «توجه: شایعه منتشر شده در برخی شبکه‌های اجتماعی مبنی بر اینکه "واکسن کرونا باعث ناباروری می‌شود" کاملاً نادرست و بی‌اساس است. این شایعه می‌تواند باعث شود افراد از واکسیناسیون خودداری کنند و جان خود و دیگران را به خطر بیندازند.»

-جایگزین: «واقعیت علمی این است که هیچ واکسن کرونایی (از هیچ نوعی) تأثیری بر باروری زنان یا مردان ندارد. مطالعات گسترده روی صدها هزار نفر نشان داده است که میزان بارداری در افراد واکسینه شده هیچ تفاوتی با افراد واکسینه نشده ندارد. حتی برخی مطالعات نشان داده‌اند که ابتلا به کووید-۱۹ خود می‌تواند به طور موقت باروری را کاهش دهد، بنابراین واکسیناسیون با جلوگیری از ابتلا از باروری محافظت می‌کند.»

-توضیح: «این شایعه از کجا آمد؟ یک گزارش جعلی که در فضای مجازی پخش شد، ادعا کرد که پروتئین اسپایک ویروس با پروتئین جفت مشترک است. این ادعا بر اساس قرائت اشتباه از یک پایگاه داده علمی بود. پژوهش‌های متعاقب نشان دادند که این دو پروتئین هیچ شباهت معناداری با هم ندارند و هیچ مکانیسم بیولوژیکی برای تأثیر واکسن بر باروری وجود ندارد.»

نکات اضافی برای Debunking مؤثر:

-شایعه را تکرار نکنید بدون اینکه بلافاصله «نادرست است» را به آن بچسبانید. تکرار صرف شایعه (حتی با نیت رد) می‌تواند آن را در حافظه تثبیت کند.

-از یک منبع معتبر و شناخته شده (سازمان علمی بین‌المللی یا ملی) نقل قول کنید.

-از تصاویر (نمودارها، داده‌های علمی) برای تقویت استدلال خود استفاده کنید.

-هرگز دشنام ندهید و دیگران را تحقیر نکنید. همدلی را حفظ کنید.

-پاسخ خود را در همان کانالی که شایعه منتشر شده (اینستاگرام، تلگرام، واتساپ، وبسایت) منتشر کنید.

۸-۶. سواد سلامت و سواد رسانه‌ای

آینده مدیریت اینفودمیک، صرفاً در واکنش سریع سازمان‌های بهداشتی به شایعات نیست، بلکه در توانمندسازی خود مردم برای تشخیص اطلاعات درست از نادرست است. دو مفهوم کلیدی در اینجا مطرح می‌شود: سواد سلامت و سواد رسانه‌ای.

سواد سلامت : توانایی افراد در دریافت، پردازش، درک و استفاده از اطلاعات پایه سلامت برای تصمیم‌گیری‌های مناسب. فردی با سواد سلامت بالا می‌تواند برچسب دارو را بخواند و بفهمد، علائم یک بیماری را در خود تشخیص دهد و بفهمد چه زمانی باید به پزشک مراجعه کند و توصیه‌های بهداشت عمومی را درک کرده و به کار بندد.

سواد رسانه‌ای : توانایی دسترسی، تحلیل، ارزیابی و تولید محتوای رسانه‌ای. فرد با سواد رسانه‌ای:

-منبع خبر را بررسی می‌کند (کیه؟ چه سابقه‌ای دارد؟)

-تکنیک‌های فریب را می‌شناسد (تصویرسازی جعلی، نقل قول از افراد نامعتبر، تحریف آماری)

-باورهای خود را بر اساس شواهد به روز می‌کند و از تعصب شناختی پرهیز می‌کند

-عمدتاً از کانال‌های معتبر (دولتی، دانشگاهی، روزنامه‌نگاری حرفه‌ای) اطلاعات می‌گیرد

-اخبار جعلی را بازنشر نمی‌دهد و در صورت شک، تأیید می‌کند

راهبردهای عملی برای افزایش سواد سلامت و سواد رسانه‌ای در جامعه:

۱. گنجاندن در برنامه درسی مدارس: محتوای «مهارت‌های مقابله با اینفودمیک» به کتاب‌های درسی اضافه شود.

۲. آموزش از طریق رسانه ملی: تولید برنامه‌های کوتاه آموزشی در قالب انیمیشن، فیلم و مسابقه با موضوع شناسایی اخبار جعلی سلامت.

۳. کمپین‌های عمومی با مشارکت سلبریتی‌ها: افراد مشهور و اینفلوئنسرها، مخاطبان خود را به «تأیید دو منبع قبل از بازنشر» تشویق کنند.

۴. مکانیسم تأیید سریع (سامانه ۱۶۲ یا اپلیکیشن): مردم بتوانند یک خبر سلامت مشکوک را به یک شماره ساده پیامک کنند و ظرف چند دقیقه پاسخ «صحیح / نادرست / نیاز به بررسی» دریافت کنند.

۵. توانمندسازی بهورزان و مراقبان سلامت: این قشر در خط مقدم تماس با روستاییان و حاشیه‌نشینان، با آموزش‌های ساده به مردم بیاموزند که منابع معتبر اطلاعات سلامت کدامند.

سرمایه‌گذاری در سواد سلامت و رسانه‌ای، بهترین بیمه در برابر طوفان‌های اطلاعاتی آینده است. سازمان جهانی بهداشت نیز در اسناد راهبردی خود، «توانمندسازی عموم» را یکی از چهار رکن اصلی مدیریت اینفودمیک معرفی کرده است (سه رکن دیگر: شنود اجتماعی، تحلیل بینش‌ها، واکنش سریع).

فصل هفتم: رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی

۱-۷. رسانه‌های سنتی (تلویزیون، رادیو، خبرگزاری‌ها)

با وجود رشد چشمگیر رسانه‌های اجتماعی و دیجیتال، رسانه‌های سنتی هنوز هم در بحران‌های سلامت نقش بی‌بدیلی ایفا می‌کنند، به ویژه در میان گروه‌های سنی بالاتر، مناطق محروم و جوامعی که دسترسی به اینترنت ندارند.

تلویزیون:

-مزیت‌ها: دسترسی به تقریباً تمام اقشار جامعه، اعتبار و مشروعیت بالا (مردم به تلویزیون رسمی اعتماد دارند)، امکان انتقال احساسات از طریق چهره، صدا و تصویر زنده، پوشش زنده کنفرانس‌های خبری.

-محدودیت‌ها: زمان بسته و محدود (خبرهای کوتاه)، هزینه بالای تولید، یکطرفه بودن (عدم تعامل با مخاطب)، دشواری تصحیح خطا به سرعت.

-توصیه: از تلویزیون برای اطلاعیه‌های بسیار مهم و کوتاه (وضعیت اضطراری، اعلام منع تردد، هشدارهای فوری) و پخش زنده کنفرانس‌های خبری استفاده کنید. پیام‌های طولانی و تخصصی را به رسانه‌های دیگر واگذار کنید.

رادیو:

-مزیت‌ها: دسترسی در خودرو، محل کار، مناطق محروم با قطع برق، نیازی به سواد خواندن و نوشتن ندارد، هزینه تولید پایین، قابلیت پوشش زنده و اضطراری بالا.

-محدودیت‌ها: بدون تصویر (برای آموزش علائم بیماری مثل بثورات پوستی، نحوه استفاده از ماسک N95 یا کمک‌های اولیه مشکل است)، عدم ماندگاری پیام (برخلاف متن مکتوب).

-توصیه: رادیوی محلی (مناطق روستایی، عشایری) و رادیوی ماشین (برای مسافران و کارکنان شاغل) بهترین کانال برای سالمندان، روستاییان و رانندگان است. از رادیو برای هشدارهای فوری و پیام‌های صوتی ساده و تکراری استفاده کنید.

خبرگزاری‌ها و روزنامه‌ها (چاپی و آنلاین):

-مزیت‌ها: عمق و جزئیات بیشتر، قابلیت مراجعه مجدد و بایگانی، منبع اصلی روزنامه‌نگاران و نخبگان، اعتبار بیشتر برای داده‌های رسمی (آمار جداول).

-محدودیت‌ها: روزنامه‌های چاپی با تأخیر (چاپ روز بعد)، مخاطب محدود (نخبگان و علاقه‌مندان مطالعه عمیق).
-توصیه: بیانیه‌های مفصل (بیش از ۵۰۰ کلمه)، داده‌های جدولی، آمار تفکیکی و سوالات متداول (FAQs) را صرفاً از طریق وبسایت سازمان و برای خبرگزاری‌ها منتشر کنید. از روزنامه‌های چاپی برای جمع‌بندی هفتگی و تحلیل بلندمدت استفاده کنید.

۲-۷. رسانه‌های دیجیتال

رسانه‌های دیجیتال در بحران‌های اخیر (به ویژه کووید-۱۹) به میدان اصلی نبرد اطلاعات تبدیل شده‌اند. سرعت، تعامل و دسترسی گسترده، آنها را قدرتمند و در عین حال آسیب‌پذیر کرده است.

نقاط قوت رسانه‌های دیجیتال برای ارتباطات بحران:

- سرعت انتشار (چند ثانیه تا دسترسی به میلیون‌ها نفر)
- تعامل دوطرفه (مردم می‌توانند سوال بپرسند، بازخورد دهند و شایعات را گزارش کنند)
- هدف‌گیری دقیق گروه‌های جمعیتی (ارسال پیام متفاوت به جوانان، زنان باردار، افراد دارای بیماری مزمن)
- هزینه کم نسبت به پخش تلویزیونی
- قابلیت اندازه‌گیری دقیق (بازدیدها، لایک‌ها، اشتراک‌گذاری‌ها)

نقاط ضعف و خطرات رسانه‌های دیجیتال برای ارتباطات بحران:

- گسترش سریع شایعات و اطلاعات نادرست (فوق‌العاده سریع‌تر از تصحیح)
- الگوریتم‌هایی که محتوای تفرقه‌انگیز و تحریک‌آمیز را تقویت می‌کنند (زیرا تعامل بیشتری ایجاد می‌کند)
- نیاز به تولید محتوای مستمر و تازه (بسیار وقت‌گیر و طاقت‌فرسا برای تیم کوچک)
- خطر «سیل اطلاعاتی» (اطلاعات بیش از حد، مردم را خسته و آشفته می‌کند)
- امکان جعل هویت و صفحات تقلبی (افرادی با نام سازمان جعلی اطلاعات منتشر می‌کنند)

راهبرد جامع برای رسانه‌های دیجیتال در بحران:

-فعالیت ۷/۲۴ داشته باشید: بحران تعطیل بردار نیست. تیم رسانه‌های اجتماعی باید در شیفت‌های منظم (حتی در تعطیلات) فعال باشد.

-کانال‌های رسمی را به مردم معرفی کنید: از رسانه‌های سنتی (تلویزیون، رادیو) برای معرفی «تنها کانال رسمی» سازمان استفاده کنید تا صفحات جعلی نتوانند جعل هویت کنند.

-گواهی و تأیید بگیرید: از پلتفرم‌ها گواهی تأیید (تیک آبی) برای حساب رسمی خود دریافت کنید تا مردم بتوانند جعلی را از واقعی تشخیص دهند.

-پاسخ سریع به شایعات: «پنجره طلایی» پاسخ به شایعه در رسانه‌های اجتماعی ۲ تا ۴ ساعت است. پس از آن، شایعه چنان پخش می‌شود که تصحیح آن بسیار دشوار است.

-از انسان‌ها و چهره‌ها استفاده کنید: پست‌های صرفاً متنی و فاقد تصویر انسان، تعامل بسیار کمی می‌گیرند. از عکس سخنگو، ویدئوی کادر درمان، یا تصاویر مرتبط استفاده کنید.

-از تولید محتوای تکراری خسته‌کننده پرهیز کنید، اما پیام اصلی را تکرار کنید. فرمت محتوا را عوض کنید (اینفوگرافیک، ویدئو، پادکست، استوری).

۷-۳. شبکه‌های اجتماعی

انتخاب پلتفرم مناسب بر اساس مخاطب، یکی از کلیدهای موفقیت در ارتباطات بحران است. هر پلتفرم نقاط قوت و ضعف، فرهنگ کاربری و الگوریتم خاص خود را دارد.

توصیه کلی: در بحران، یک پیام واحد را به طور همزمان در همه پلتفرم‌های فعال سازمان (با اندکی سازگاری در قالب) منتشر کنید. اما شدت و فرکانس انتشار در هر پلتفرم را متناسب با مخاطب آن تنظیم کنید. مثلاً اطلاعیه اضطراری را در تلگرام و واتساپ به صورت فوری و با جزئیات بیشتر، و در اینستاگرام به صورت استوری و پست کوتاه منتشر کنید.

۷-۴. تولید محتوای بحران

تولید محتوا در بحران با تولید محتوای عادی تفاوت اساسی دارد. زمان و منابع محدود است، مخاطبان استرس دارند و تیم تولید ممکن است خود تحت فشار باشد. رعایت اصول زیر ضروری است:

۱. بانک قالب آماده داشته باشید: پیش از بحران، قالب‌های گرافیکی (تمپلیت) برای اینفوگرافیک‌ها، استوری‌ها، پست‌های متنی، ویدئوهای کوتاه و حتی موشن گرافیک‌های استاندارد را طراحی و آماده کنید. در بحران، فقط متن و تصاویر را در قالب از پیش آمده جایگزین کنید.

۲. اعتبارسنجی پیش از انتشار (حتی اگر تأخیر ایجاد کند). در عصر اینفودمیک، انتشار یک مطلب نادرست عواقب بسیار بدتری از یک ساعت تأخیر دارد. حداقل دو نفر مستقل (یک کارشناس فنی و یک کارشناس ارتباطات) هر محتوایی پیش از انتشار تأیید کنند.

۳. استفاده از تصاویر و ویدئوهای واقعی (نه آرشیوی نامربوط). مردم خیلی زود تشخیص می‌دهند که تصویر استفاده شده آرشیوی (مثلاً از یک بحران دیگر) یا نامربوط است. از تصاویر واقعی از خط مقدم (با حفظ حریم خصوصی بیماران) استفاده کنید.

۴. اینفوگرافیک‌های ساده و غیرشلوغ: هر اینفوگرافیک حداکثر ۳ تا ۵ پیام کلیدی داشته باشد. رنگ‌بندی ساده و خوانا (پس‌زمینه روشن، متن تیره). فونت استاندارد و خوانا (از فونت‌های تزئینی و ناخوانا پرهیز کنید). برند سازمان (لوگو) در گوشه پایین مشخص باشد.

۵. ویدئوهای کوتاه (حداکثر ۶۰ ثانیه): ویدئوهای طولانی (بیش از ۲ دقیقه) در بحران دیده نمی‌شوند و تعامل ندارند. کوتاه‌ترین ویدئو (۳۰ ثانیه) بهترین گزینه است. در ۱۰ ثانیه اول، اصل پیام را بگویید (بسیاری از کاربران تا ثانیه ۱۰ صبر نمی‌کنند). همیشه زیرنویس فارسی اضافه کنید (بسیاری از کاربران در محیط سروصدا و بدون صدا ویدئو می‌بینند).

۶. استفاده از هشتگ‌های واحد: برای هر بحران، یک هشتگ رسمی و واحد انتخاب کنید (مثلاً کرونا_را_شکست_میدهیم، ماندن_در_خانه). در تمام پلتفرم‌ها از همین هشتگ استفاده کنید. هشتگ را کوتاه، به یادماندنی و بدون ابهام انتخاب کنید.

۷. به‌روزرسانی منظم (ساعت مشخص): مردم باید بدانند دقیقاً کی باید منتظر اطلاعات جدید باشند. مثلاً «اطلاعیه صبح در ساعت ۱۰، عصر در ساعت ۱۶». رعایت این برنامه (حتی اگر مطلب جدیدی نباشد) اعتماد ایجاد می‌کند.

۵-۷. مدیریت کامنت‌ها و تعامل با کاربران

در رسانه‌های اجتماعی، سکوت و نادیده گرفتن کاربران (به ویژه آنهایی که سوال یا نگرانی دارند) می‌تواند به اندازه انتشار اطلاعات نادرست مخرب باشد. بحران، زمان «پخش یکطرفه» نیست؛ زمان «گفتگو و پاسخگویی» است.

اصول طلایی مدیریت کامنت در بحران:

۱. پاسخ سریع به سوالات رایج: یک تیم اختصاصی (۲ تا ۳ نفر) را مسئول پاسخگویی به کامنت‌ها و پیام‌های خصوصی کنید. هر سوال نباید بیش از ۲ ساعت بی‌پاسخ بماند. در اوج بحران، حتی هر ۳۰ دقیقه بازبینی شود.

۲. پاسخ‌های آماده برای سوالات تکراری (ماژولار): یک بانک پاسخ از پیش آماده (که توسط کارشناس فنی تأیید شده) برای رایج‌ترین سوالات تهیه کنید. پاسخگو این جملات را کپی و در صورت نیاز کمی شخصی‌سازی کند. این کار سرعت را افزایش می‌دهد و از خستگی تیم جلوگیری می‌کند.

۳. هرگز با کاربر خشمگین جر و بحث نکنید: کاربران در بحران طبیعی است که عصبانی، ناامید یا ترسیده باشند. هرگز وارد بحث شخصی یا لجبازی نشوید. پاسخ استاندارد: «از نگرانی شما متشکریم. اطلاعات صحیح در [لینک] موجود است. اگر سوال دیگری دارید، در خدمتیم.» و سپس گفتگو را به کانال خصوصی (پیام مستقیم) هدایت کنید تا بحث عمومی داغ‌تر نشود.

۴. کامنت‌های حاوی اطلاعات نادرست را با همدلی اما قاطعانه اصلاح کنید. از پاسخ آماده «رد مؤثر» (فصل ششم) استفاده کنید. هرگز کامنت حاوی شایعه را حذف نکنید بدون اینکه اصلاحیه زیر آن بگذارید (حذف ساده، شایعه را تقویت می‌کند و به عنوان «سانسور» تعبیر می‌شود).

۵. از کامنت‌های مثبت و همدلانه قدردانی کنید. یک «متشکر از همراهی شما» ساده، روحیه جمعی را تقویت می‌کند و به دیگران نشان می‌دهد که مشارکت مثبت دیده می‌شود.

۶-۷. پاسخگویی به کاربران در فضای مجازی

فراتر از کامنت‌ها، کاربران ممکن است از طریق پیام مستقیم، ایمیل، تماس تلفنی یا پیامک سوالات خود را مطرح کنند. پاسخگویی به همه این کانال‌ها نیازمند یک «سیستم تیکتینگ» ساده (حتی با اکسل) است تا اطمینان حاصل شود که هیچ سوالی بی‌پاسخ نمی‌ماند.

مراحل طراحی سیستم پاسخگویی به کاربران:

۱. ایجاد یک خط مشی اولویت‌بندی: سوالات فوری (علائم خطر، نحوه مراجعه به اورژانس) اولویت ۱ - پاسخ در ۱۵ دقیقه؛ سوالات معمولی (اطلاعات عمومی، آمار) اولویت ۲ - پاسخ در ۲ ساعت؛ سوالات تکراری (که پاسخ آنها در FAQ است) اولویت ۳ - ارسال لینک به FAQ.

۲. یک خط تلفن اختصاصی (۱۶۲ یا مشابه): برای کسانی که به اینترنت دسترسی ندارند یا سواد خواندن و نوشتن کافی ندارند. این خط باید ۲۴ ساعته با اپراتورهای آموزش‌دیده فعال باشد.

۳. کانال‌های ارتباطی در دسترس عموم (همه در یک مکان): تمام گزینه‌های ارتباطی (شماره تماس، ایمیل، پیج اینستاگرام، کانال تلگرام) را به طور برجسته در وبسایت و بیو پروفایل‌ها نمایش دهید.

۴. بازخورد به کاربر: حتی اگر پاسخ سوال را فوراً نمی‌دانید، بگویید «در حال بررسی هستیم، ظرف ۲۴ ساعت پاسخ می‌دهیم» و حتماً پاسخ دهید. بی‌پاسخ ماندن، بدتر از پاسخ نادرست است.

۷-۷. اشتباهات رایج در استفاده از رسانه‌ها

با مرور بحران‌های گذشته، می‌توان فهرستی از اشتباهات رایج در استفاده از رسانه‌ها (به ویژه در حوزه سلامت) استخراج کرد. اجتناب از این اشتباهات به اندازه رعایت اصول مثبت اهمیت دارد.

فصل هشتم: سخنگویی و کنفرانس خبری

۱-۸. ویژگی‌های سخنگوی حرفه‌ای بحران

سخنگوی بحران، چهره سازمان در سخت‌ترین شرایط است. انتخاب یک فرد نامناسب برای این نقش یا عدم آموزش کافی، می‌تواند تمام زحمات مدیریت بحران را نابود کند.

۱۰ ویژگی ضروری سخنگوی مؤثر بحران :

۱. تسلط علمی-فنی کافی (اما توانایی ساده‌سازی). هم دانش کافی برای پاسخ به سوالات تخصصی را دارد و هم می‌تواند آن دانش را به زبان عامه مردم ترجمه کند.

۲. آرامش و کنترل هیجانی (در برابر سوالات خصمانه). هرگز عصبانی، مضطرب یا دفاعی نمی‌شود. آرامش او به مخاطبان نیز منتقل می‌شود.

۳. صداقت و شجاعت در گفتن «نمی‌دانم». به جای حدس زدن (و اشتباه کردن)، جرات می‌کند بگوید «اطلاعات کافی ندارم؛ بررسی می‌کنم و اطلاع خواهم داد».

۴. همدلی و انسانیت (ابراز احساسات متناسب). می‌تواند غم خود را برای قربانیان ابراز کند و از کادر درمان تشکر کند. خشک و سرد و ماشین‌وار صحبت نمی‌کند.

۵. تسلط بر اصول CERC (اول باشید، درست باشید، و غیره). با شش اصل طلایی آشنایی کامل دارد و آنها را در عمل پیاده می‌کند.

۶. زبان بدن مثبت و باز: نگاه مستقیم به دوربین (هنگام سخنرانی) یا خبرنگار (در پرسش و پاسخ)، دست‌های باز و غیرمقاطع، حالت بدنی متعادل (نه خیلی منقبض، نه خیلی شل).

۷. پاسخ‌های کوتاه و هدفمند (معمولاً ۱ تا ۲ دقیقه). از پاسخ‌های طولانی و خسته‌کننده پرهیز می‌کند و پیام کلیدی خود را در ابتدا و انتهای پاسخ تکرار می‌کند.

۸. مدیریت زمان مصاحبه (پایبندی به زمان تعیین شده). به خبرنگار احترام می‌گذارد، اما اجازه نمی‌دهد مصاحبه از وقت تعیین شده بگذرد.

۹. توانایی پل زدن به پیام‌های کلیدی. از سوالات انحرافی یا خصمانه عبور می‌کند و به پیام اصلی بازمی‌گردد بدون اینکه بی‌ادبی کند.

۱۰. قابلیت دسترسی ۷/۲۴ (همراه با پشتیبان). سازمان باید بتواند در هر ساعت شبانه‌روز با سخنگو تماس بگیرد. یک سخنگوی پشتیبان برای مواقع بیماری یا سفر سخنگوی اصلی وجود دارد.

۸-۲. مدیریت مصاحبه رسانه‌ای

مصاحبه با رسانه‌ها (تلویزیون، رادیو، خبرگزاری‌های آنلاین، پادکست) یکی از رایج‌ترین اشکال ارتباط سخنگو با مردم است. بر خلاف کنفرانس خبری (که رسمی‌تر و برنامه‌ریزی‌شده‌تر است)، مصاحبه معمولاً در زمان کمتر و با کنترل کمتر برگزار می‌شود.

قبل از مصاحبه (آمادگی):

- سه پیام کلیدی خود را بنویسید و حفظ کنید. مهم نیست خبرنگار چه سوالی بپرسد، پاسخ شما باید حاوی این سه پیام باشد.

- سناریوهای سوال سخت را تمرین کنید. یک همکار نقش خبرنگار خصمانه را بازی کند و سوالات چالشی بپرسد. -زمینه مصاحبه را بدانید: برای کدام برنامه/رسانه؟ خبرنگار کیست؟ زنده است یا ضبط می‌شود؟ چقدر زمان دارید؟ این اطلاعات به شما کمک می‌کند سطح و لحن خود را تنظیم کنید.

-لباس مناسب بپوشید: لباس رسمی اما نه لوکس؛ رنگ‌های خنثی (آبی سرمه‌ای، خاکستری) بهتر از رنگ‌های شلوغ و تند است. از لباس‌های طرح‌دار (خط‌دار، چهارخانه) پرهیز کنید (در دوربین دچار موج می‌شوند).
- پاسخ به سوالات غیرمنتظره را تمرین کنید: «فعلاً نمی‌توانم در این مورد پاسخ دهم»، «اطلاعات کافی ندارم»، «اجازه دهید بررسی کنم و بعداً پاسخ دهم».

در طول مصاحبه (اجرا):

- به چشمان خبرنگار نگاه کنید، نه به دوربین. در مصاحبه‌های رودررو (میز)، با خبرنگار صحبت کنید. تنها زمانی به دوربین نگاه کنید که پیام مستقیم به مردم دارید.

- از زبان بدن مثبت استفاده کنید: صاف بنشینید، دست‌ها را روی میز (نه زیر میز یا در جیب)، سر را کمی به جلو خم کنید (علامت توجه)، از تکان دادن مکرر سر یا دست پرهیز کنید.

- پاسخ را با پیام کلیدی شروع و ختم کنید: مثال: «سوال خوبی است. آنچه برای مردم اهمیت دارد این است که ... (پیام اصلی). در پایان تأکید می‌کنم که ... (همان پیام اصلی با عبارت دیگر)».

- از پاسخ‌های خیلی کوتاه (بله/خیر) پرهیز کنید: حتی اگر پاسخ به سوال بله/خیر است، یک جمله توضیحی اضافه کنید تا پیام کلیدی خود را جا دهید.

- اگر خبرنگار حرف شما را قطع کرد، مؤدبانه ادامه دهید. «اجازه دهید جمله‌ام را تمام کنم. در ادامه»....

پس از مصاحبه (ارزیابی):

- فیلم مصاحبه را با همکاران بازبینی کنید. نقاط قوت و ضعف را استخراج کنید.

- به خبرنگار بازخورد ندهید (مگر اینکه اشتباه فاحشی در نقل قول وجود داشته باشد). اگر اشتباه کرد، با سردبیر تماس بگیرید و درخواست اصلاحیه کنید.

- از تجربه برای مصاحبه بعدی یاد بگیرید.

۳-۸. زبان بدن در ارتباطات بحران

در ارتباطات بحران، زبان بدن به اندازه کلمات اهمیت دارد. مردم نه تنها به آنچه می‌گویید، بلکه به نحوه گفتن آن نیز توجه می‌کنند. زبان بدن مثبت اعتماد ایجاد می‌کند؛ زبان بدن منفی (حتی با کلمات درست) اعتماد را تخریب می‌کند.

نکات مثبت زبان بدن برای سخنگو:

- حالت چهره متناسب با موقعیت: در هنگام اعلام خبر بد، صورت عبوس و جدی (اما نه خشمگین). در هنگام اعلام خبر خوب یا تشکر، لبخند خفیف و صمیمانه.

- نگاه مستقیم (اما نه خیره‌شونده): با خبرنگار یا مخاطبان (در کنفرانس) ارتباط چشمی برقرار کنید. نگاه به زمین یا سقف نشانه عدم اعتماد به نفس یا پنهان‌کاری است.

-دست‌های باز و قابل مشاهده: دست‌ها را روی میز یا در کنار بدن قرار دهید. دست‌های قلاب‌شده روی سینه (حالت دفاعی) یا در جیب (حالت بی تفاوتی) پیام منفی می‌فرستد.

-حرکت سر به نشانه تأکید (نه افراطی): سر را به آرامی تکان دهید (تصدیق) هنگام شنیدن سوال خبرنگار.
-بدن صاف و متوازن (نه خیلی خشک و نه خیلی ریلکس): قوز نکنید. پشت خود را صاف نگه دارید. اعتماد به نفس را منتقل می‌کند.

اشتباهات رایج زبان بدن در بحران:

-اجتناب از تماس چشمی (نگاه به بیرون پنجره، کف زمین): «من چیزی برای پنهان کردن دارم» را نشان می‌دهد.
-دست‌ها و بازوهای متقاطع روی سینه: حالت دفاعی، بسته، و عدم تمایل به شنیدن.
-لمس مکرر صورت، بینی یا دهان: در شرایط بحران بهداشت (بیماری واگیر) بسیار بد است و همچنین نشانه اضطراب است.

-حرکات عصبی پا یا ضربه زدن به میز: تمرکز مخاطب را بر هم می‌زند و اضطراب را منتقل می‌کند.
-نگاه کردن به ساعت یا تلفن همراه در حین مصاحبه: نشانه بی‌احترامی و بی‌حوصلگی.

یک سخنگو باید آموزش‌های مقابل دوربین (با ضبط و بازبینی) ببیند تا از این اشتباهات آگاه شود.

۴-۸. پاسخ به پرسش‌های چالشی و خصمانه

در هر بحران مهمی، خبرنگاران سوالات چالشی، کنایه‌آمیز و حتی خصمانه می‌پرسند. آمادگی برای این سوالات و پاسخ مؤثر بدون از دست دادن آرامش، یکی از مهارت‌های کلیدی سخنگو است.

تکنیک پل زدن: پل زدن پاسخی که در آن ابتدا سوال خبرنگار را تصدیق می‌کنید (حتی اگر خصمانه باشد)، سپس از یک «پل» برای عبور به پیام کلیدی خود استفاده می‌کنید.

عبارات پل زدن مؤثر:

-«سوال خوبی مطرح کردید، اما آنچه در حال حاضر برای مردم از همه مهمتر است، این است که...»

-«ممکن است در مورد اعداد اختلاف نظر باشد، اما چیزی که همه ما در آن توافق داریم، نیاز به... است.»

-«من به جای پاسخ مستقیم به این سوال (که نیاز به بررسی بیشتر دارد)، می‌خواهم روی نکته کلیدی تمرکز کنم: ...»

-«اجازه دهید به سوال شما از زاویه‌ای دیگر نگاه کنم: آنچه مردم واقعاً باید بدانند این است که ...»
-«درک می‌کنم که چرا چنین سوالی مطرح می‌شود. بیایید نگاهی به واقعیت‌های علمی بیندازیم...»

مدیریت سوالات خصمانه (با حفظ آرامش):

-گوش دهید تا پایان سوال، قطعش نکنید. بی‌ادبی خبرنگار به شما اجازه بی‌ادبی نمی‌دهد.
-نفس عمیق بکشید (۲ ثانیه) قبل از پاسخ. این مکث کوتاه به شما فرصت می‌دهد تا واکنش هیجانی اولیه را کنترل کنید.
-تکنیک «براز همدلی + بازگشت به واقعیت»: «می‌توانم ناامیدی شما را درک کنم. برداشت شما این است که ...، اما واقعیت علمی این است که ...»
-از عبارت «متأسفم که این احساس را دارید» (به جای «شما اشتباه می‌کنید») استفاده کنید. دومی تهاجمی است، اولی همدلانه اما قاطعانه.
-در صورت لزوم، سوال را دوباره تعریف کنید. «اگر درست متوجه شده باشم، دغدغه شما نگرانی از ... است. بگذارید توضیح دهم که ...»

اگر پاسخ سوال را نمی‌دانید (به هیچ وجه حدس نزنید):

«سوال بسیار تخصصی و خوبی است. من در حال حاضر اطلاعات کافی برای پاسخ قاطع ندارم. تیم تحقیقاتی ما مشغول بررسی است. به محض اینکه به نتیجه رسیدیم، آن را رسانه‌ای خواهیم کرد. اگر اجازه دهید، به سوال اصلی شما درباره ... برگردم.»

هرگز نگویید:

-«سوال شما بی‌ربط است.»

-«این سوال قبلاً پاسخ داده شده.»

-«من به این سوال پاسخ نمی‌دهم.»

-«سکوت کردن و قیافه گرفتن»

۵-۸. برگزاری کنفرانس خبری

کنفرانس خبری یکی از رسمی‌ترین و در عین حال مؤثرترین ابزارهای ارتباطی در بحران است. برگزاری موفق آن نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و رعایت اصول زیر است.

قبل از کنفرانس (آماده سازی):

- مکان مناسب انتخاب کنید: ساده و بدون تجمل، ترجیحاً با پس‌زمینه‌ای که مرکز کنترل بحران (پشت صحنه فعال) را نشان دهد، نه سالن کنفرانس‌های تشریفاتی. نور کافی و صدای مناسب.

- تیم سخنگو (معمولاً ۲ تا ۳ نفر): مسئول ارشد سازمان (وزیر، رئیس دانشگاه) + سخنگو + کارشناس فنی. فقط یک نفر به عنوان سخنگوی اصلی جلوی دوربین صحبت کند؛ بقیه پشت سکوی پاسخگویی (اگر سوال فنی شد، کارشناس پاسخ دهد).

- مدت زمان: حداکثر ۲۰ دقیقه برای اعلامیه اولیه، سپس ۳۰ دقیقه پرسش و پاسخ.

- بیانیه مکتوب آماده کنید: یک نسخه کوتاه (حداکثر ۲ صفحه) به خبرنگاران بدهید تا دقیقاً بدانند چه مطالبی گفته خواهد شد.

- قوانین پرسش و پاسخ را در ابتدا اعلام کنید: «ما به ترتیب سوالات را پاسخ می‌دهیم. هر خبرنگار یک سوال بپرسد. خواهش می‌کنیم خود را معرفی کنید.»

در طول کنفرانس (اجرا):

- با همدلی و تشکر شروع کنید. «اول از همه، تسلیت می‌گوییم به خانواده‌های آسیب‌دیده.» «از کادر درمان خداحوت می‌گوییم.»

- چارچوب «می‌دانیم/نمی‌دانیم/در حال یافتن» را به کار گیرید.

- از آمار و ارقام فقط زمانی استفاده کنید که ساده و قابل فهم باشند. آنها را به صورت اسلاید (پاورپوینت ساده) نشان دهید.

- پاسخ‌ها را کوتاه نگه دارید (حداکثر ۲ دقیقه). اگر سوال نیاز به پاسخ طولانی دارد، خلاصه کنید و پیشنهاد مصاحبه اختصاصی بعد از کنفرانس بدهید.

- تعهد به به‌روزرسانی: «ما فردا همین ساعت دوباره با شما خواهیم بود، حتی اگر اطلاعات جدیدی نداشته باشیم.»

-پایان قوی: با یک جمله امیدوارکننده (اما واقع‌بینانه) و تشکر دوباره به پایان برسانید.

بعد از کنفرانس (پیگیری):

-متن کامل (رونوشت) بیانیه را در وبسایت منتشر کنید.

-فیلم کامل کنفرانس را (بدون سانسور) آرشیو کنید.

-پاسخ‌سوالاتی که وقت نشد، از طریق سایت و شبکه‌های اجتماعی منتشر کنید.

-بازخورد خبرنگاران و تحلیل رسانه‌ها را جمع‌آوری کنید.

۶-۸. ارتباط مؤثر با خبرنگاران

خبرنگاران در بحران می‌توانند متحدان قدرتمند یا مخالفان خطرناکی باشند. نحوه برخورد سازمان با آنها تعیین‌کننده این رابطه است.

اصول طلایی ارتباط با خبرنگاران در بحران:

۱. دسترسی آسان و عادلانه به اطلاعات: همه رسانه‌ها (صداوسیما، خبرگزاری‌های رسمی، رسانه‌های محلی، رسانه‌های مستقل) به یک اندازه به اطلاعات دسترسی داشته باشند. تبعیض بین خبرگزاری‌ها باعث دشمنی می‌شود.

۲. پاسخ به موقع به درخواست‌های آنها: حتی اگر پاسخ فوری نمی‌دهید، بگویید «تا ۲ ساعت دیگر پاسخ می‌دهم». بی‌پاسخ گذاشتن درخواست خبرنگار، به معنی تحقیر اوست.

۳. صداقت حتی در برابر سوالات ناخوشایند: اگر خبرنگار سوالی پرسید که پاسخ آن برای سازمان شرم‌آور است، حقیقت را بگویید اما در چارچوب «اقدامات جبرانی در حال انجام». دروغ گفتن به خبرنگار، زخمی است که هرگز التیام نمی‌یابد.

۴. هرگز به خبرنگار وعده ندهید که نمی‌توانید اجرا کنید. «فردا آمار دقیق می‌دهم» در حالی که مطمئن نیستید، وعده خطرناکی است.

۵. رابطه پیش از بحران را حفظ کنید. پیش از بحران، با خبرنگاران حوزه سلامت ارتباط مثبت برقرار کنید، به آنها دسترسی بدهید و اعتمادسازی کنید. در وقت بحران، این سرمایه به کار می‌آید.

۶. رسیدگی به شکایات و اصلاحیه‌ها: اگر رسانه‌ای خبر نادرستی منتشر کرد، فوری (حداکثر ۲۴ ساعت) با سردبیر تماس بگیرید، مدارک خود را ارائه دهید و درخواست اصلاحیه یا توضیح دهید. اگر اصلاح نکرد، از طریق کانال‌های خودتان تکذیب کنید، اما بدون درگیری لفظی.

فصل نهم: ارتباطات بیمارستانی

۹-۱. ارتباط با بیماران در شرایط بحران

بیمارستان در بحران سلامت، علاوه بر مرکز درمانی، یک مرکز اطلاعاتی و ارتباطی حیاتی نیز محسوب می‌شود. بیماران و خانواده‌های آنها که در بیمارستان بستری هستند، در مضطرب‌ترین و شکننده‌ترین حالت روحی خود به سر می‌برند. ارتباط مؤثر با آنها می‌تواند تفاوت بین پذیرش درمان و مقاومت، بین اعتماد و بی‌اعتمادی و بین آرامش و وحشت ایجاد کند.

اصول ارتباط با بیمار در بحران:

۱. ارتباط شفاف و صادقانه درباره وضعیت درمان. به بیمار بگویید دقیقاً چه تشخیصی داده شده، چه درمانی دریافت می‌کند، عوارض احتمالی چیست و چه مدت باید در بیمارستان بماند. اجتناب از ابهام، اضطراب را کاهش می‌دهد.

۲. پاسخ به سوالات (حتی تکراری) با حوصله. در بحران، بیماران ممکن است سوالات خود را بارها تکرار کنند. این نشانه استرس است، نه فراموشی یا بی‌ادبی. با حوصله پاسخ دهید.

۳. مدیریت جداسازی و قرنطینه (در بیماری‌های واگیر). اگر بیمار باید در قرنطینه یا ایزوله بماند، به او توضیح دهید چرا این کار ضروری است («برای محافظت از شما و دیگران») و چه اقداماتی برای کاهش احساس تنهایی او انجام می‌شود (تماس ویدئویی با خانواده، سرگرمی‌های در دسترس).

۴. استفاده از زبان ساده برای بیماران کم‌سواد. از اصطلاحات پزشکی پیچیده پرهیز کنید. اگر ناگزیر به استفاده هستید، معنی آن را توضیح دهید. به جای «اکسیژناسیون غشای خارج از بدن»، بگویید «اکسیژن رسانی به خون با دستگاه».

۵. در نظر گرفتن نیازهای خاص (سالمندان، کودکان، معلولین، ناشنویان، نابینایان). برای سالمنندان با صدای بلندتر و آهسته‌تر صحبت کنید. برای کودکان با زبان بازیگوشانه و غیرترسناک. برای ناشنویان از مترجم زبان اشاره یا کتبی استفاده کنید. برای نابینایان از توضیحات شفاهی کامل.

۶. ارائه اقدامات عملی به بیمار (کنترل آنچه می‌تواند کنترل کند). به بیمار بگویید «شما می‌توانید با ماسک زدن، دست زدن و تماس ندادن با دیگران به بهبودی خود و دیگران کمک کنید.» احساس عاملیت، اضطراب را کاهش می‌دهد.

۲-۹. ارتباط با خانواده بیماران

خانواده بیماران، اغلب مضطرب‌ترین، خشمگین‌ترین و نیازمندترین مخاطبان در بحران هستند. یک تماس یا ملاقات ضعیف با خانواده می‌تواند عواقب طولانی‌مدت (از جمله شکایت حقوقی و تخریب اعتبار بیمارستان) به همراه داشته باشد.

اصول طلایی ارتباط با خانواده بیماران:

۱. اطلاع‌رسانی سریع و مستقیم (بدون واسطه). به محض بستری شدن بیمار یا تغییر در وضعیت او (بدتر شدن، بهبودی، انتقال به بخش دیگر)، با خانواده تماس بگیرید. انتظار برای تماس خانواده با بیمارستان، باعث خشم و نگرانی مضاعف می‌شود.

۲. یک نقطه تماس واحد تعیین کنید (مثلاً یک پرستار رابط). خانواده باید بدانند برای پیگیری وضعیت بیمار به کدام شخص مشخص مراجعه کنند. تغییر مکرر فرد پاسخگو، باعث سردرگمی و خستگی می‌شود.

۳. صادق بودن در مورد وضعیت بد (بدون امید کاذب). اگر وضعیت بیمار وخیم است، شفاف بگویید. وعده بهبودی که محقق نشود، خشم مضاعف ایجاد می‌کند. به جای آن، بگویید «کار تیم درمان تمام تلاش خود را می‌کند. ما هر لحظه وضعیت را پیش می‌کنیم. اگر تغییری رخ دهد، فوراً به شما اطلاع می‌دهیم.»

۴. مدیریت ملاقات‌ها در بحران واگیر (محدودیت‌ها). اگر ملاقات ممنوع یا محدود است، دلیل آن را با زبان همدلانه و منطقی توضیح دهید: «می‌دانیم که چقدر سخت است که نبینید عزیزتان. اما برای محافظت از خود شما و سایر بیماران، متأسفانه ملاقات فعلاً ممنوع است. اما می‌توانید هر روز با او تماس ویدئویی داشته باشید.» تسهیل تماس ویدئویی را فراهم کنید.

۵. ارائه حمایت روانی به خانواده‌های داغدار. اگر بیماری فوت کرد، صادقانه و همدلانه خبر را اعلام کنید. تسلیت بگویید. اطلاعات مربوط به فرآیند تحویل جسد و تشریفات را با دقت و احترام ارائه دهید. یک مددکار اجتماعی یا روانشناس را به خانواده معرفی کنید.

۳-۹. ارتباطات داخلی با کارکنان

کادر درمان (پزشکان، پرستاران، خدمه، کارکنان اداری) مهم‌ترین سرمایه بیمارستان در بحران هستند. با این حال، اغلب در بحران، ارتباطات داخلی (به کارکنان) قربانی اولویت‌دهی به ارتباطات خارجی (با مردم و رسانه) می‌شود. این یک اشتباه بزرگ است؛ کارکنانی که به موقع اطلاعات دقیق دریافت نمی‌کنند، خود منبع شایعه، سردرگمی و کاهش بهره‌وری می‌شوند.

تجربه کووید-۱۹ نشان داد که بیمارستان‌هایی که برای کارکنان خود کانال اختصاصی (مثل کانال تلگرام داخلی) داشتند و سوالات آنها را بی‌درنگ پاسخ می‌دادند، فرسودگی شغلی و خطاهای درمانی کمتری داشتند.

اصول ارتباطات داخلی در بحران:

۱. جلسات توجیهی کوتاه روزانه (۵ تا ۱۰ دقیقه) در ابتدای هر شیفت. آخرین وضعیت بحران، پروتکل‌های جدید، هشدارها و پاسخ به سوالات رایج را بیان کنید. این جلسات باید بسیار کوتاه و مستقیم باشد.

۲. کانال ارتباطی اختصاصی برای کارکنان (اپلیکیشن، کانال تلگرامی، ایمیل گروهی). جایی که کارکنان بتوانند سوالات خود را بپرسند و پاسخ رسمی دریافت کنند. این کانال را به طور جدی مدیریت کنید (حداقل ۲ بار در روز پاسخگوی).

۳. شفافیت در مورد کمبودها و محدودیت‌ها (تخت، دارو، تجهیزات). پنهان کردن کمبودها از کارکنان باعث سرخوردگی و اتهام‌زنی می‌شود. به جای آن، بگویید «کمبود فلان دارو داریم. تدابیر جایگزین این است...» و از کارکنان برای مدیریت با منابع محدود تشکر کنید.

۴. قدردانی مستمر و صمیمانه از کارکنان. هر روز، حتی با یک پیام ساده، از زحمات کارکنان تشکر کنید. قدردانی عمومی (در کنفرانس خبری، پست اینستاگرام) و خصوصی (پیام اختصاصی) هر دو مؤثر است.

۵. ارائه حمایت روانی و فرصت استراحت. بحران‌های طولانی (مثل کووید-۱۹) فرسودگی شدید ایجاد می‌کنند. برنامه چرخش شیفت و استراحت اجباری را فراهم کنید. یک خط تلفن حمایت روانی رایگان برای کارکنان ایجاد کنید.

۶. بازخوردگیری از کارکنان (صندوق پیشنهادات، نظرسنجی سریع). از کارکنان بپرسید «چه چیزی کار شما را آسان‌تر می‌کند؟» و بر اساس بازخورد عمل کنید. کارکنانی که صدایشان شنیده می‌شود، وفادارتر و باانگیزه‌تر می‌مانند.

۴-۹. اطلاع‌رسانی در محیط بیمارستان

محیط فیزیکی بیمارستان (سالن انتظار، راهروها، بخش‌ها، تریاژ، پارکینگ) خود یک رسانه ارتباطی است که اغلب نادیده گرفته می‌شود. طراحی مناسب اطلاع‌رسانی محیطی می‌تواند سردرگمی و استرس را کاهش دهد.

ابزارهای اطلاع‌رسانی محیطی مؤثر:

۱. پوسترها و بنرهای بزرگ در ورودی‌ها و بخش‌های پرتردد. حداکثر ۳ پیام کلیدی (مثلاً «ماسک بزنید»، «فاصله را رعایت کنید»، «در صورت علائم به تریاژ مراجعه کنید»). از تصاویر واضح و فونت درشت استفاده کنید.

۲. مانیتورهای نمایش اطلاعات در سالن انتظار. آمار کوتاه، زمان انتظار تقریبی، ویدئوهای آموزشی ۳۰ ثانیه‌ای و پیام‌های تشکر از صبر بیماران را نمایش دهید.

۳. تابلوهای راهنما (جهت‌یابی) واضح و به‌روز. در بحران، بخش‌های جدید (تریاز اختصاصی کرونا، بخش ایزوله) به وجود می‌آید. حتماً تابلوهای راهنمای موقت به‌روز نصب کنید.

۴. اطلاعیه‌های صوتی کوتاه (با بلندگو) در فواصل منظم. «بیماران محترم، لطفاً فاصله اجتماعی را رعایت کنید. در صورت نیاز به راهنمایی، به باجه اطلاعات مراجعه کنید.» اطلاعیه‌های طولانی و پشت سر هم، آزاردهنده است.

۵. بروشورهای ایستاده و قابل برداشتن (در ورودی و تریاز). حاوی اطلاعات کلیدی (علائم، اقدامات، سوالات متداول). مناسب برای بیماران که زمان انتظار طولانی دارند.

۹-۵. مدیریت ناراضییتی و شکایات

در بحران، تعداد شکایات (از زمان انتظار طولانی تا کیفیت خدمات و حتی خطاهای درمانی) به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. سیستم مدیریت شکایات بیمارستان باید برای این حجم آماده باشد.

مراحل مدیریت ناراضییتی در بحران:

۱. دریافت شکایت با همدلی (نه دفاع). اولین جمله پاسخگو نباید «شما اشتباه می‌کنید» باشد. بگویید «از اینکه با ما در میان گذاشتید متشکریم. مشکل شما را درک می‌کنم. اجازه دهید بررسی کنم.»

۲. دسته‌بندی شکایات (فوری، غیرفوری، تکراری). شکایات فوری (تهدید جانی، خطای پزشکی آشکار) باید ظرف ۱ ساعت پاسخ داده شود. شکایات تکراری (در مورد کمبود امکانات) با یک پاسخ استاندارد و همدلانه.

۳. اختصاص یک تیم پاسخگویی به شکایات (حداقل ۲ نفر در بحران). این تیم باید آموزش دیده باشد و اختیار تصمیم‌گیری سریع (تا حد مشخص) داشته باشد.

۴. شفافیت در مورد علت مشکل (اگر مشکل سیستمیک است). «متأسفیم که زمان انتظار طولانی است. دلیل آن افزایش ۳ برابری مراجعین و کمبود نیرو است. ما در حال جذب نیروی اضافه هستیم.»

۵. پیگیری و بستن چرخه شکایت (به شاکی اطلاع دهید نتیجه چه شد). شاکی نباید در سردرگمی بماند که «آیا شکایتم دیده شد یا نه؟» حتی اگر نتیجه به نفع او نبود، اطلاع دهید.

۶. یادگیری از شکایات برای بهبود فرآیندها. شکایات (حتی آنهایی که بی‌اساس به نظر می‌رسند) می‌توانند نشانه‌هایی از شکاف‌های اطلاعاتی یا فرآیندی باشند. هر شکایت مستند و در جلسات بازبینی تحلیل شود.

۶-۹. حمایت روانی از کارکنان

فشار روانی بر کارکنان در بحران‌های سلامت (به ویژه همه‌گیری‌ها و حوادث با تلفات انبوه) بسیار زیاد است. فرسودگی شغلی، اضطراب، افسردگی و حتی اختلال استرس پس از سانحه از پیامدهای شایع است. حمایت روانی از کارکنان نه یک اقدام تشریفاتی، بلکه یک ضرورت عملیاتی است.

برنامه حمایت روانی از کارکنان (بیمارستان):

۱. خط تلفن رایگان و محرمانه مشاوره روانی (۲۴ ساعته). کارکنان بتوانند بدون ترس از انگ اجتماعی یا عواقب شغلی، با روانشناس صحبت کنند.

۲. جلسات گروهی حمایت روانی (دبریفینگ) پس از رویدادهای استرس‌زا. تسهیل شده توسط روانشناس. کارکنان می‌توانند احساسات خود را به اشتراک بگذارند و از تجربیات یکدیگر یاد بگیرند.

۳. آموزش مهارت‌های مقابله با استرس (به صورت خودآموز و گروهی). تکنیک‌های تنفس، ذهن‌آگاهی، مدیریت زمان و مرزگذاری بین کار و زندگی شخصی.

۴. استراحت اجباری و چرخش شیفت. در بحران، کارکنان تمایل به کار بیش از حد دارند. مدیران باید به‌طور اجباری برای استراحت آنها برنامه بگذارند. یک کارمند خسته، خطا کار و مستعد فرسودگی است.

۵. قدردانی عمومی و خصوصی مستمر. تشکر (به صورت شفاهی، کتبی، هدیه نمادین) باعث افزایش تاب‌آوری کارکنان می‌شود.

۶. محیط استراحت مناسب. یک اتاق ساکت با امکانات اولیه (تخت، نوشیدنی گرم، میان‌وعده) در محل کار برای استراحت کوتاه مدت (۱۵-۲۰ دقیقه).

فصل دهم: مشارکت اجتماعی و ارتباط با جامعه

۱-۱۰. اصول RCCE

RCCE (ارتباطات ریسک و مشارکت اجتماعی) چارچوب سازمان جهانی بهداشت است که تأکید می‌کند جوامع و مردم محلی، نه گیرندگان منفعل اطلاعات، بلکه شرکای فعال در مدیریت بحران هستند. در فصل دوم به مبانی نظری RCCE پرداخته شد. در این فصل به اصول عملی و اجرایی آن می‌پردازیم.

اصول ۱۰ گانه RCCE (بر اساس مستندات WHO):

۱. گوش دادن به جامعه (شنود فعال). پیش از طراحی هر پیام و مداخله، باید نگرانی‌ها، باورها و موانع موجود در جامعه را درک کنید. این کار از طریق جلسات حضوری، نظرسنجی‌های سریع، رصد رسانه‌های اجتماعی و گفتگو با رهبران محلی انجام می‌شود.

۲. برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد محلی. سناریوهای بحران و پیام‌ها باید بر اساس داده‌های محلی (آمار، مردم‌شناختی، فرهنگی) طراحی شوند، نه کپی‌برداری صرف از کشورهای دیگر.

۳. شفافیت و اعتماد. در رأس قرار گیرد. اعتماد سنگ بنای همه تعاملات RCCE است.

۴. سادگی و اقدام‌پذیری پیام‌ها. پیام‌ها باید کوتاه، شفاف و قابل انجام توسط مردم باشند.

۵. دسترسی عادلانه. اطلاعات باید به زبان‌ها و قالب‌های مختلف (نوشتاری، صوتی، تصویری) در دسترس همه گروه‌های جامعه (از جمله کم‌سوادان، ناشنویان، نابینایان، آوارگان) باشد.

۶. هماهنگی و مشارکت. هیچ سازمانی به تنهایی قادر به RCCE مؤثر نیست. شراکت با سازمان‌های مردم‌نهاد، نهادهای مذهبی، مدارس، رسانه‌های محلی و بخش خصوصی ضروری است.

۷. آموزش و ظرفیت‌سازی. اعضای جامعه را برای مشارکت در پاسخ به بحران (به عنوان داوطلب سلامت، همیار واکسیناسیون، گزارش‌گر شایعات) توانمند کنید.

۸. نظارت و ارزیابی مستمر. RCCE یک فرآیند ایستا نیست. اثربخشی اقدامات را به طور مستمر پایش کنید و بر اساس بازخورد جامعه اصلاح کنید.

۹. انعطاف‌پذیری و سازگاری. نیازها و نگرانی‌های جامعه با گذشت زمان تغییر می‌کند. برنامه RCCE باید متناسب با مراحل بحران تکامل یابد.

۱۰. عدالت و عدم تبعیض. توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین (فقرا، اقلیت‌ها، مهاجران، افراد دارای معلولیت) داشته باشید.

RCCE در همه‌گیری کووید-۱۹ توسط ایران مورد استفاده قرار گرفت. نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و داوطلبان سلامت (بهورزان) نقش کلیدی در اجرای RCCE ایفا کردند. با این حال، پژوهش‌های پسا کرونا نشان داد که هنوز نیاز به تقویت ظرفیت‌های RCCE در ایران (به ویژه در زمینه شنود اجتماعی، هماهنگی بین بخشی و توجه به جوامع آسیب‌پذیر) وجود دارد.

۱۰-۲. مشارکت اجتماعی در بحران

مشارکت اجتماعی به طور مشخص یعنی فعال کردن جامعه به عنوان یک شریک فعال، نه یک گیرنده منفعل. در بحران سلامت، مشارکت اجتماعی می‌تواند به اشکال مختلف انجام شود:

اشکال مشارکت اجتماعی در بحران:

۱. شوراهای مشورتی جامعه. متشکل از ۱۰ تا ۱۵ نماینده از اقشار مختلف (زنان، مردان، جوانان، سالمندان، اقلیت‌های مذهبی، کسبه، کشاورزان، کارگران). این شورا به طور منظم (هفته‌ای یا ماهانه) تشکیل می‌شود و

بازخورد خود را در مورد پیام‌ها و برنامه‌ها ارائه می‌کند. پیش از انتشار گسترده یک پیام، آن را در این شورا پیش‌آزمون کنید.

۲. گروه‌های کانونی. برای بررسی عمیق‌تر یک موضوع خاص (مثلاً چرا مادران روستایی از واکسن خاصی امتناع می‌کنند؟). گروه‌های کانونی با ۸ تا ۱۲ نفر از جامعه هدف، توسط تسهیلگر آموزش‌دیده برگزار می‌شود.

۳. داوطلبان سلامت و همیاران محلی. افراد داوطلب از درون جامعه، تحت آموزش کوتاه، می‌توانند پیام‌های بهداشتی را به خانه‌ها ببرند، شایعات را گزارش کنند و بازخورد جمع‌آوری کنند. این مدل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران (به‌روران) بسیار موفق بوده است.

۴. سامانه‌های گزارشگری مردمی (خط تلفن، اپلیکیشن، وب‌فرم). مردم بتوانند به سادگی شایعه، کمبود دارو، یا تجربه خود را گزارش دهند. سیستم باید تضمین دهد که به هر گزارش رسیدگی می‌شود.

۵. همکاری با سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO) های محلی. این سازمان‌ها اعتماد مردم را جلب کرده‌اند و می‌توانند نقش پل ارتباطی بین نظام سلامت و جامعه را ایفا کنند.

۶. جلسات عمومی (حضوری یا آنلاین) برای پاسخگویی مستقیم. در مراحل کلیدی بحران، یک جلسه عمومی با حضور مسئولان و مردم برگزار کنید. مردم سوالات خود را مستقیماً مطرح کنند و پاسخ بشنوند. این کار اعتماد را به شدت افزایش می‌دهد.

۳-۱۰. همکاری با رهبران محلی

رهبران محلی (بزرگان قبایل، ائمه جماعات، مدیران مدارس، رؤسای صنف‌ها، کدخدایان روستا) نفوذ اجتماعی بسیار بالایی در جوامع خود دارند. در بحران، پیام یک رهبر محلی می‌تواند ده‌ها برابر مؤثرتر از پیام یک مقام دولتی ناشناس باشد.

چگونه با رهبران محلی همکاری کنیم:

۱. آنها را در جریان کامل اطلاعات قرار دهید (پیش از عموم). پیش از انتشار عمومی یک توصیه مهم (مثلاً تعطیلی مدارس، محدودیت‌های سفر)، با رهبران محلی جلسه خصوصی برگزار کنید، دلیل علمی آن را توضیح دهید و به سوالات آنها پاسخ دهید. وقتی آنها متقاعد شوند، پیام را به جامعه خود منتقل می‌کنند.

۲. از آنها به عنوان پیام‌رسان (نه صرفاً تأییدکننده) استفاده کنید. از امام جمعه محلی بخواهید در خطبه‌های نماز جمعه نکات بهداشتی را بگوید. از مدیر مدرسه بخواهید در جلسه اولیا پیام بدهد.

۳. به آنها ابزارهای ساده بدهید (بروشور، فیلم کوتاه، متن آماده برای سخنرانی). آنها متخصص سلامت نیستند، پس محتوای آماده در اختیارشان بگذارید تا با خیال راحت از آن استفاده کنند.

۴. از آنها بازخورد بگیرید. رهبران محلی بهترین منبع اطلاع از نگرانی‌ها، شایعات و موانع موجود در جامعه هستند. یک خط ارتباطی مستقیم با آنها برقرار کنید.

مثال از ابولا در آفریقا: سازمان‌های بهداشت جهانی در ابتدا با بی‌اعتمادی کامل مردم روبرو بودند. وقتی به جای سخنرانی از بالا، با رهبران قبایل جلسه گذاشتند و از آنها خواستند که مراسم تدفین اصلاح‌شده را خودشان طراحی کنند، همکاری به شدت افزایش یافت.

۴-۱۰. هماهنگی با سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO)

سازمان‌های مردم‌نهاد که در حوزه سلامت، امداد و حمایت از آسیب‌دیدگان فعالیت می‌کنند، می‌توانند بازوهای قدرتمند نظام سلامت در بحران باشند. آنها به گروه‌هایی دسترسی دارند که ممکن است نظام دولتی به آنها دسترسی نداشته باشد (مانند معتادان، کارگران مهاجر، حاشیه‌نشینان).

چگونه با NGOها در بحران همکاری کنیم:

۱. پیش از بحران، فهرستی از NGO های فعال تهیه و روابط خود را برقرار کنید. در وقت بحران، اولین جلسه هماهنگی را با آنها برگزار کنید.

۲. نیازها و ظرفیت‌های آنها را بشناسید. از هر NGO بپرسید: در بحران چه کاری می‌توانند انجام دهند؟ چه جمعیتی را پوشش می‌دهند؟ چه منابعی دارند؟

۳. اطلاعات یکسان و هماهنگ در اختیار آنها بگذارید. NGO ها نباید اطلاعات متناقض با وزارت بهداشت منتشر کنند. یک جلسه توجیهی مشترک با تمام NGO ها برگزار کنید و پیام‌های کلیدی را یکسان توضیح دهید.

۴. نقش‌ها و مسئولیت‌ها را شفاف کنید. چه کسی آموزش می‌دهد؟ چه کسی توزیع می‌کند؟ چه کسی بازخورد جمع‌آوری می‌کند؟ بدون تقسیم کار شفاف، همکاری به موازی‌کاری و اختلاف می‌انجامد.

۵. از NGO ها به عنوان پل ارتباطی با گروه‌های خاص استفاده کنید. NGO های زنان می‌توانند به مادران دسترسی داشته باشند. NGO های جوانان می‌توانند در شبکه‌های اجتماعی شایعات را پایش کنند. NGO های معلولین می‌توانند نیازهای خاص افراد دارای معلولیت را به شما منتقل کنند.

۶. از کار NGO ها قدردانی کنید و در گزارش‌های رسمی از آنها نام ببرید. این کار انگیزه آنها را برای همکاری در بحران‌های آینده حفظ می‌کند.

۵-۱۰. توانمندسازی داوطلبان سلامت

داوطلبان سلامت سرمایه‌های اجتماعی ارزشمندی هستند که می‌توانند در بحران، نیروی کمکی نظام سلامت باشند. در ایران، بهورزان (در روستاها) و داوطلبان سلامت جمعیت هلال احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد، نمونه‌های موفق هستند.

مراحل توانمندسازی داوطلبان در بحران:

۱. آموزش سریع (حداکثر ۲ ساعت) با محتوای بسیار کاربردی و مختصر. محتوای آموزشی شامل: شناخت علائم بحران، نحوه انتقال پیام‌های کلیدی (بدون اغراق)، نحوه گزارش شایعات و نحوه محافظت از خود.

۲. تهیه بسته آموزشی ساده (بروشور تصویری، کارت ویزیت با خط تلفن). داوطلب بتواند آن را در جیب خود نگه دارد و در مواقع لزوم به دیگران نشان دهد.

۳. سیستم نظارت و پشتیبانی از داوطلبان (سرپرست یا رابط). یک فرد رابط از نظام سلامت، به طور منظم (هفته‌ای) با داوطلبان تماس بگیرد و سوالات آنها را پاسخ دهد.

۴. ایجاد کانال ارتباطی امن و سریع بین داوطلبان و مسئولان (گروه واتساپ، تلگرام). داوطلبان بتوانند شایعات محلی یا کمبودها را فوراً گزارش دهند و پاسخ دریافت کنند.

۵. قدردانی عمومی (در رسانه‌ها) و خصوصی از زحمات داوطلبان. انگیزه آنها را برای ادامه فعالیت حفظ کنید.

۶-۱۰. ارتباطات فرهنگی

ارتباطات فرهنگی به این معناست که پیام‌ها و مداخلات ارتباطی باید باورها، ارزش‌ها، هنجارها، زبان و سبک زندگی جامعه هدف هماهنگ باشند. پیام سلامت که با فرهنگ جامعه در تضاد باشد، پذیرفته نمی‌شود.

اصول ارتباطات فرهنگی در بحران:

۱. از کلیشه‌سازی و انگ‌زنی پرهیز کنید. هیچ گروه قومی، مذهبی یا صنفی را به عنوان «منشأ بحران» معرفی نکنید. از عباراتی مانند «بیماری فلان قوم» به شدت پرهیز کنید.

۲. زبان و لهجه محلی را به کار گیرید (یا مترجم محلی استخدام کنید). اگر جامعه هدف به زبانی غیر از فارسی صحبت می‌کند (کردی، ترکی، عربی، بلوچی)، پیام‌ها را ترجمه کنید و ترجیحاً از گویشوران محلی برای انتقال استفاده کنید.

۳. آیین‌ها و رسوم محلی را محترم بشمارید (تا جایی که با پروتکل‌های سلامت در تضاد نباشد). به جای ممنوعیت کامل مراسم تدفین سنتی (که در بحران ابولا باعث خشم و بی‌اعتمادی شد)، پروتکل «ایمن از نظر فرهنگی» طراحی کنید (مثلاً بدن را ببینند و نماز بخوانند اما تماس مستقیم نداشته باشند).

۴. از نمادها و استعاره‌های آشنا برای مردم استفاده کنید. در فرهنگ ایرانی، استفاده از استعاره «جنگ با ویروس» (مدافعان سلامت، سنگرها) در ابتدای کرونا مؤثر بود؛ اما بعداً که بحران طولانی شد، نیاز به تغییر استعاره به «همکاری و همدلی» پیدا شد.

۵. زنان و دختران را در طراحی پیام‌ها مشارکت دهید. در جوامع سنتی، زنان اغلب تصمیم‌گیرندگان سلامت خانواده هستند. پیام‌های سلامت باید توسط خود آن‌ها (و نه صرفاً مردان) تأیید شود.

فصل یازدهم: ارتباطات در انواع بحران‌های سلامت

۱-۱۱. بیماری‌های واگیر

بیماری‌های واگیر (مانند وبا، سل، آنفلوآنزا، کرونا و...) با چالش‌های ارتباطی خاصی همراه هستند: ترس از سرایت، نیاز به اقدامات جمعی (قرنطینه، ماسک، واکسیناسیون)، انگ‌زنی اجتماعی و تغییر سریع پروتکل‌ها.

راهبردهای ارتباطی اختصاصی برای بحران بیماری‌های واگیر:

-آموزش راه‌های انتقال و پیشگیری (ساده و تکراری). مردم باید دقیقاً بدانند بیماری چگونه پخش می‌شود و چگونه از خود محافظت کنند. تکرار این پیام‌ها ضروری است.

-تبیین «چرایی» اقدامات جمعی (قرنطینه، فاصله اجتماعی، تعطیلی اماکن). اگر مردم فلسفه این اقدامات را نفهمند، همکاری نمی‌کنند و مقاومت نشان می‌دهند. بگویید «قرنطینه برای قطع زنجیره انتقال و نجات جان افراد پرخطر است».

-مقابله فعال با انگ‌زنی. هرگز بیماری را به یک گروه قومی، مذهبی، شغلی یا جنسی خاص نسبت ندهید. بگویید «این بیماری به نژاد، مذهب یا ملیت خاصی تعلق ندارد. هر کسی در معرض خطر است.»

-شفافیت در مورد واکسن و عوارض آن (در صورت وجود). واکسن‌هراسی یک معضل جدی است. شفافیت کامل در مورد عوارض نادر (و توضیح اینکه چرا فواید آن بیشتر است) ضروری است.

-ارتباط با گروه‌های خاص (کودکان، سالمندان، زنان باردار، بیماران مزمن). این گروه‌ها نیازها و نگرانی‌های متفاوتی دارند. پیام‌های جداگانه و متناسب با نیاز آنها طراحی کنید.

۱۱-۲. همه‌گیری‌ها

همه‌گیری نوع خاصی از بحران بیماری واگیر است که در مقیاس جهانی گسترش می‌یابد و برای ماه‌ها (گاهی سال‌ها) ادامه می‌یابد. چالش اصلی در همه‌گیری، خستگی اطلاعاتی و فرسودگی روانی مردم و کادر درمان در طول زمان است.

راهبردهای ارتباطی اختصاصی برای همه‌گیری‌ها:

- برنامه منظم و قابل پیش‌بینی (مثلاً کنفرانس خبری روزانه در ساعت مشخص). در همه‌گیری طولانی، مردم نیاز به روال عادی دارند. حتی اگر خبر خاصی نیست، یک به‌روزرسانی کوتاه داشته باشید.

- تغییر استعاره‌ها و قالب‌ها در طول زمان. در ماه اول، استعاره «جنگ با ویروس» مؤثر است؛ در ماه ششم، استعاره «همکاری و صبوری» مؤثرتر است. قالب محتوا را هر از چند گاهی عوض کنید (اینفوگرافیک، فیلم، پادکست، مصاحبه).

- پاسخ به شایعات مقاوم در برابر زمان. در همه‌گیری طولانی، شایعات تغییر می‌کنند، تکامل می‌یابند و بازمی‌گردند. یک فرآیند منظم «شنود اجتماعی و پاسخ» ایجاد کنید.

- حمایت از سلامت روان جامعه. در همه‌گیری، افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی شایع است. پیام‌های حمایت‌رسانی، راهکارهای مقابله با استرس و معرفی خطوط مشاوره رایگان را بگنجانید.

- تشکر و قدردانی مستمر از کادر درمان و مردم. خستگی جمعی با تشکر و ابراز همدلی کاهش می‌یابد. هر روز یا هفته، یک پیام تشکر ساده منتشر کنید.

۱۱-۳. بلایای طبیعی

بلایای طبیعی با پیامدهای سلامت (سیل، زلزله، طوفان، سونامی، خشکسالی و...) چالش‌های ارتباطی خاص خود را دارند: تخریب زیرساخت‌های ارتباطی (قطع برق، اینترنت، خطوط تلفن)، جابجایی جمعیت (آوارگان)، بروز بیماری‌های پس از سانحه (اسهال، تنفسی، عفونت‌های پوستی) و نیاز به هماهنگی بین بخشی گسترده.

راهبردهای ارتباطی اختصاصی برای بلایای طبیعی:

- استفاده از رسانه‌های کم‌نیاز به زیرساخت (رادیو باطری‌دار، پیامک، بلندگوهای سیار، پیام‌های صوتی). در مناطق فاقد برق و اینترنت، رادیوی محلی و بلندگوهای سیار مؤثرترین ابزار هستند.
- اطلاع‌رسانی فوری درباره مکان‌های اسکان اضطراری، مراکز درمانی سیار و نحوه دریافت کمک. اولویت اول: مردم باید بدانند کجا بروند و از چه منابعی کمک بگیرند.
- آموزش پیشگیری از بیماری‌های پس از سانحه (اسهال، مسمومیت، تنفسی). پس از مهار فاز حاد، به آموزش بهداشت فردی و جمعی (آب سالم، دفع بهداشتی زباله و فاضلاب) بپردازید.
- پایش شایعات مربوط به «امداد بی‌عدالتی» و «فاسد شدن مواد غذایی اهدایی».
- بازگشایی تدریجی کانال‌های ارتباطی (به مرور که زیرساخت‌ها ترمیم می‌شوند). از رادیو به تلویزیون و اینترنت مهاجرت کنید.

۴-۱۱. آلودگی‌های شیمیایی و محیطی

آلودگی‌های شیمیایی (نشت مواد شیمیایی، آلودگی آب و خاک، آلودگی هوا) اغلب با ترس از خطرات نامرئی و بلندمدت (سرطان، ناهنجاری‌های جنینی) همراه هستند. مدیریت ارتباطات ریسک در این بحران‌ها از مدیریت پاسخ فوری مهم‌تر است.

راهبردهای ارتباطی اختصاصی برای آلودگی‌های شیمیایی:

- ارائه اطلاعات شفاف در مورد ماهیت ماده شیمیایی، میزان سمیت و اقدامات فوری. به هیچ عنوان اطلاعات را کم‌اهمیت جلوه ندهید. بگویند دقیقاً چه موادی و در چه غلظتی منتشر شده است.
- به رسمیت شناختن نگرانی‌های بلندمدت (نه صرفاً پاسخ فوری). بگویند «ما اثرات بلندمدت را نیز پیگیری می‌کنیم. یک تیم مستقل برای پایش سلامت افراد در معرض خطر تشکیل شده است.»
- مقابله با انگ‌زنی. افرادی که در معرض آلودگی قرار گرفته‌اند نباید «برچسب» بخورند («آلوده»، «ناقل»). از واژه‌های خنثی استفاده کنید.
- مشارکت دادن مردم در پایش محیط زیست. وقتی مردم احساس کنند خودشان می‌توانند آب را آزمایش کنند یا آلودگی هوا را رصد کنند، اعتمادشان افزایش می‌یابد و شکایتشان کاهش می‌یابد.

-شفافیت در مورد فرآیند پاک‌سازی و جبران خسارت. مردم باید بدانند چه مدت طول می‌کشد تا محیط به حالت عادی برگردد و چه حمایت‌هایی (مالی، درمانی) از آنها خواهد شد.

۵-۱۱. تهدیدات زیستی و بیوتروریسم

تهدیدات زیستی (عمدی) مانند انتشار هدفمند سیاه‌زخم، طاعون یا سموم میکروبی، به دلیل عمدی بودن و هدف‌گیری جمعیت، ترس و خشم بسیار بالایی ایجاد می‌کند. ارتباطات در این بحران باید بسیار ظریف و حساب‌شده باشد.

راهبردهای ارتباطی اختصاصی برای تهدیدات زیستی:

-اطمینان‌بخشی فوری و قاطع (در کنار هشدار). به مردم بگویید «عوامل مسئول شناسایی، مهار و مجازات خواهند شد. تیم‌های متخصص در حال مهار هستند.»

-پرهیز از انتشار جزئیات فنی که می‌تواند «آموزش» برای حملات بعدی باشد. جزئیات روش تولید، منبع و نحوه انتشار عامل زیستی را (به جز موارد ضروری برای هشدار) منتشر نکنید.

-شفافیت در مورد علائم و درمان (بدون دامن زدن به وحشت). علائمی که مردم باید به آنها توجه کنند را دقیق بگویید، اما تأکید کنید که «موارد بسیار نادر است و تیم‌های درمانی آماده هستند».

-هماهنگی با نهادهای امنیتی و نظامی. پیام‌ها باید بین وزارت بهداشت و وزارت کشور / اطلاعات هماهنگ باشد. تناقض بین پیام‌ها در این نوع بحران بسیار مخرب است.

-پیش‌بینی احتمال «وحشت جمعی» و برنامه پاسخ به آن. در تهدیدات زیستی، وحشت جمعی (هجوم به مراکز درمانی، فرار از شهر) محتمل است. پیشاپیش راهکارهای مدیریت آن (کانال‌های ارتباطی اضطراری، نیروی انتظامی، تریاژ) را تدارک ببینید.

۶-۱۱. حوادث پرتوی و هسته‌ای

حوادث هسته‌ای (نشت راکتور، پراکندگی مواد رادیواکتیو) به دلیل نامرئی بودن خطر (نمی‌توان پرتوها را دید، چشید یا بوید)، ترس از سرطان و جهش ژنتیکی و وابستگی به دانش تخصصی بالا، جزو سخت‌ترین بحران‌ها برای ارتباطات محسوب می‌شوند.

راهبردهای ارتباطی اختصاصی برای حوادث پرتوی:

-آموزش ساده و غیرفنی در مورد «دوز» و «زمان». مردم باید بدانند که پرتوها با فاصله و زمان کاهش می‌یابند. به جای اعداد علمی، از زبان ساده استفاده کنید.

-ارائه راهنمایی‌های عملی (پناه‌گیری، مصرف قرص ید، تخلیه). این اقدامات باید بسیار ساده، گام به گام و به صورت تصویری آموزش داده شود.

-شفافیت کامل در مورد داده‌های پایش پرتوی (از ایستگاه‌های مستقل). اگر داده‌های پایش را پنهان کنید، مردم به شدت خشمگین می‌شوند و به اعداد «دولتی» بی‌اعتماد می‌مانند. ترجیحاً داده‌ها را از منبع مستقل (مثل آژانس بین‌المللی انرژی اتمی) نیز منتشر کنید.

-پاسخ به نگرانی‌های بلندمدت (پیامدهای سرطان، بارداری، مواد غذایی). تیم‌های علمی مستقل را مأمور پایش طولانی‌مدت سلامت و محیط زیست کنید و نتایج را شفاف منتشر کنید.

-پرهیز از اعداد و واحدهای پیچیده. به جای آن از تعابیر قابل فهم استفاده کنید: «مقدار پرتویی که شما در این منطقه در یک روز دریافت می‌کنید، معادل یک عکس رادیوگرافی قفسه سینه است.»

فصل دوازدهم: اخلاق و حقوق در ارتباطات بحران

۱-۱۲. اخلاق حرفه‌ای در اطلاع‌رسانی بحران

در بحران، فشار برای «کوتاه آمدن» از اصول اخلاقی شدید است. مقامات ممکن است تقاضای پنهان‌کاری (برای جلوگیری از هراس) یا دستکاری آمار (برای نشان دادن کنترل اوضاع) داشته باشند. با این حال، پایبندی به اصول اخلاقی، سرمایه اصلی سازمان در بلندمدت است. اخلاق در ارتباطات بحران را می‌توان بر چهار اصل بنا نهاد:

اصل ۱: راستگویی. هرگز عمداً دروغ نگویید. هرگز آمار را دستکاری نکنید. اگر اشتباه کردید، فوری و صادقانه آن را اصلاح کنید. دروغ در بحران، هرچقدر کوتاه و مصلحت‌اندیشانه، دیر یا زود آشکار می‌شود و اعتبار سازمان را برای همیشه نابود می‌کند.

اصل ۲: شفافیت. فرآیندهای تصمیم‌گیری، منابع مالی، محدودیت‌ها و تعارضات منافع را شفاف اعلام کنید. هرچه سازمان شفاف‌تر باشد، اعتماد بیشتری جلب می‌کند. پنهان‌کاری، حتی از روی نیت خوب، نتیجه معکوس دارد.

اصل ۳: احترام به کرامت انسانی. هرگز مردم را تحقیر، سرزنش یا انگ‌زنی نکنید. بیماران و آسیب‌دیدگان شایسته همدلی و احترام هستند. حریم خصوصی آنان را رعایت کنید. از تصاویر و داستان‌های تحقیرآمیز پرهیز کنید.

اصل ۴: انصاف و عدالت. اطلاعات به طور مساوی به همه گروه‌ها (فقیر و غنی، شهری و روستایی، باسواد و بی‌سواد) برسد. خدمات و پیام‌ها نباید به نفع یک گروه خاص و به ضرر گروه دیگر باشد. تبعیض (مثلاً اطلاع‌رسانی فقط به زبان فارسی برای مناطق کرد یا بلوچ زبان) نقض اخلاق است.

۲-۱۲. شفافیت و راستگویی

شفافیت به معنای «آماده بودن برای پاسخگویی در مورد اعمال و تصمیمات» است. راستگویی به معنای «هماهنگی میان گفتار و واقعیت». این دو ارزش قلند اخلاق ارتباطات بحران هستند.

چالش‌های عملی شفافیت در بحران:

چالش ۱: آیا باید آمار دقیق (اما ترسناک) مبتلایان و مرگ‌ومیر را منتشر کرد یا به خاطر جلوگیری از هراس، آمار را تعدیل کرد؟ پاسخ اخلاقی: آمار دقیق را با توضیح منتشر کنید. به مردم بگویید «آمار مبتلایان به دلیل افزایش تست‌ها بالا رفته است. این یک خبر خوب است، چون نشان می‌دهد بیماران شناسایی می‌شوند و ایزوله می‌گردند. بدون تست، آمار پایین اما خطر واقعی بالاست.» آمار تعدیل‌شده دیر یا زود فاش می‌شود و اعتماد را نابود می‌کند.

چالش ۲: آیا باید پیش‌بینی بدترین سناریو (مثلاً ۵۰ درصد جمعیت مبتلا می‌شوند) را اعلام کرد یا نه؟ پاسخ اخلاقی: «بدترین سناریو» را همراه با سناریوهای محتمل دیگر اعلام کنید. به مردم بگویید «اگر هیچ اقدامی نکنیم، تا دو ماه آینده تا ۵۰ درصد ممکن است مبتلا شوند. اما اگر پروتکل‌ها را رعایت کنیم، این عدد به ۲۰ درصد کاهش می‌یابد.» بدترین سناریوی بدون راهکار، وحشت‌انگیز است. بدترین سناریو با راهکارهای پیشگیری، انگیزه‌بخش است.

۳-۱۲. حریم خصوصی بیماران

حفظ حریم خصوصی بیماران یک الزام قانونی و اخلاقی است که در بحران نیز (با استثنائاتی) پابرجاست. انتشار اطلاعاتی که بیمار را قابل شناسایی کند (نام، آدرس دقیق، عکس، ویژگی‌های منحصر به فرد) بدون رضایت او، غیراخلاقی و غیرقانونی است.

تعادل حریم خصوصی و منافع عمومی در بحران:

وضعیت	حریم خصوصی	منافع عمومی برای اطلاع	راه حل اخلاقی
بیمار مبتلا به یک بیماری واگیر	بالا	مردم نیاز دارند بدانند کانون بیماری کجاست تا احتیاط کنند.	انتشار اطلاعات کانون به صورت منطقه‌بندی (مثلاً «محلّه فلان، خیابان بهار، بین کوچه ۳ و ۵») بدون ذکر نام و آدرس دقیق.
بیمار مبتلا به بیماری نادر با اتهامات اجتماعی (مثل ایدز)	بسیار بالا	در بسیاری از موارد، منافع عمومی ایجاب نمی‌کند نام فرد فاش شود.	در موارد تماس‌های جنسی، فقط به افراد در معرض خطر (و نه عموم) اطلاع داده شود.
عکس و فیلم از صحنه درمان	بالا	ثبت مستند بحران، آموزش عمومی	رضایت کتبی بیمار (یا ولی او) گرفته شود. صورت و ویژگی‌های شناسایی کننده تار (پیکسل) شود.

اصول طلایی حفظ حریم خصوصی در بحران:

- هرگز نام کامل بیمار را منتشر نکنید.
- هرگز عکس بیمار را بدون رضایت (و بدون تار کردن صورت) منتشر نکنید.
- از انتشار جزئیات بسیار خصوصی (وضعیت روانی، بیماری‌های همراه انگ‌دار) بدون ضرورت بالینی پرهیز کنید.
- اگر منافع عمومی اقتضا می‌کند (مثلاً شناسایی کانون بیماری)، کمترین اطلاعات لازم را منتشر کنید.

۴-۱۲. دسترسی به اطلاعات

حق دسترسی به اطلاعات یک حق قانونی شهروندان است که در بحران نیز از بین نمی‌رود. بر اساس قوانین بسیاری از کشورها (از جمله ایران)، مردم حق دارند به اطلاعات غیرطبقه‌بندی شده دسترسی داشته باشند، مگر آنکه انتشار آن به امنیت ملی یا حریم خصوصی افراد لطمه بزند.

دسترسی به اطلاعات در بحران: چه اطلاعاتی باید حتماً منتشر شود؟

-آمار روزانه (مبتلایان، بستری‌ها، مرگ‌ها، بهبودیافتگان) - به صورت شفاف و با توضیح روش محاسبه.

- آخرین پروتکل‌ها و توصیه‌های درمانی و پیشگیرانه.
- مکان‌های ارائه خدمت (مراکز نمونه‌گیری، واکسیناسیون، درمان).
- محدودیت‌ها (تعطیلی اماکن، ممنوعیت سفر) و مستندات علمی پشت آن‌ها.
- گزارش هزینه‌ها و تخصیص منابع (شفافیت مالی در بحران).

اطلاعاتی که ممکن است به درستی پنهان بماند (با توجیه امنیت ملی یا حریم خصوصی):

- جزئیات عملیاتی نیروهای مسلح درگیر (در تهدیدات زیستی).
- هویت بیماران (مگر با رضایت آنها).
- روش‌های تولید دارو/واکسن که اسرار تجاری است.

چالش: در برخی موارد، دولت‌ها با توسل به «امنیت ملی» اطلاعاتی را پنهان می‌کنند که صرفاً برای حفظ وجهه است (نه امنیت واقعی). این کار غیراخلاقی است و دیر یا زود افشا می‌شود.

۵-۱۲. مقابله با انگ اجتماعی

انگ اجتماعی فرآیندی است که در آن، یک گروه از مردم (بیماران، کادر درمان، گروه قومی خاص) به عنوان «منشأ»، «مقصر» یا «آلوده» بحران برجسب‌گذاری می‌شوند و مورد تبعیض قرار می‌گیرند. انگ اجتماعی در بحران‌های سلامت (به ویژه بیماری‌های واگیر و انگ‌دار مانند ایدز، ابولا، سل، لپروزی، و در برخی جوامع کرونا) بسیار رایج و مخرب است.

پیامدهای انگ اجتماعی در بحران:

- بیماران از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند (از ترس انگ افشا).
- کادر درمان مورد آزار و طرد قرار می‌گیرند (همسایه‌ها از آنها دوری می‌کنند، خانواده‌ها از آن‌ها خجالت می‌کشند).
- گروه‌های قومی بی‌گناه (مثلاً چینی‌ها در ابتدای کرونا) مورد تبعیض و خشونت قرار می‌گیرند.
- همبستگی اجتماعی (که برای مهار بحران حیاتی است) فرو می‌ریزد.

راهبردهای مقابله با انگ اجتماعی (برای مدیران ارتباطات):

۱. هرگز بیماری را به یک گروه (قومی، مذهبی، جنسی، شغلی) نسبت ندهید. از گفتن «بیماری فلان قوم» یا «بیماری فلان حرفه» پرهیز کنید. بگویید «هر کسی ممکن است مبتلا شود.»
 ۲. تصاویر و داستان‌های مثبت و غیرانگ‌آمیز از بیماران و کادر درمان منتشر کنید. بیماران را در حال زندگی عادی، کادر درمان را در حال خدمت ایثارگرانه، بدون تصاویر تحقیرآمیز و نمادهای ترس.
 ۳. از واژه‌شناسی دقیق و غیرانگ‌آمیز استفاده کنید (به جای «مبتلایان به ایدز» بگویید «افراد مبتلا به HIV»، به جای «قربانیان جذام» بگویید «افراد تحت درمان جذام»). واژه‌ها هویت می‌سازند.
 ۴. با گروه‌های آسیب‌دیده از انگ (خود بیماران، سازمان‌های مردمی آنها) همکاری کنید. از آنها بخواهید در طراحی پیام‌ها مشارکت کنند. صدای خود آنها تأثیرگذارتر از صدای دولت است.
- مثال از بحران آبله میمونی در سال ۲۰۲۲: با گسترش بیماری در میان مردان همجنس‌گرا و دوجنس‌گرا، خطر انگ‌زنی بسیار بالا بود. WHO و CDC خیلی زود آموزش دادند که «این بیماری محدود به یک گروه جنسی نیست؛ هر کسی با تماس نزدیک می‌تواند مبتلا شود.» به جای «بیماری همجنس‌گرایان» از «بیماری قابل انتقال از طریق تماس پوستی» استفاده کردند و با گروه‌های همجنس‌گرا برای طراحی پیام‌های غیرانگ‌آمیز همکاری کردند. نتیجه: علی‌رغم شیوع، انگ اجتماعی قابل توجهی رخ نداد.

منابع فارسی

- طالقانی، م. ، و قاسمی، و. (۱۴۰۰). «ارتباطات بحران در همه‌گیری کووید-۱۹ در ایران: نقاط قوت و ضعف». فصلنامه مدیریت سلامت، ۲۴(۳)، ۴۵-۶۲.
- مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۹). «راهنمای ارتباطات ریسک و مشارکت اجتماعی در همه‌گیری کرونا». تهران: انتشارات وزارت بهداشت.
- عباسی، ح. (۱۳۹۸). «مدیریت سیل ۱۳۹۸ ایران: درس‌آموخته‌ها از منظر سلامت عمومی». پژوهش در بهداشت محیط، ۷(۲)، ۱۱۲-۱۲۸.
- رضایی، ف. ، و کریمی، س. (۱۴۰۱). «سواد سلامت و رسانه‌ای در ایران: وضعیت موجود و راهکارها». مجله آموزش و سلامت جامعه، ۹(۴)، ۲۲-۳۶.

منابع انگلیسی

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Crisis and Emergency Risk Communication (CERC) Manual. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services .
- Reynolds, B. , & Seeger, M. W. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*, 10(1), 43-55 .
- Sandman, P. M. (2020). *Risk Communication: A Handbook for Communicating Environmental, Safety, and Health Risks*. Wiley .
- World Health Organization (WHO). (2024). Risk communication and community engagement (RCCE) competency framework. Geneva: WHO Press .
- World Health Organization (WHO). (2021). *Managing infodemics during health emergencies: A guide for countries*. Geneva: WHO .
- Frandsen, F. , & Johansen, W. (2023). *Crisis Communication*. Berlin: De Gruyter .
- Covello, V. T. (2011). Risk communication, risk perception, and trust. In *Handbook of Risk and Crisis Communication* (pp. 91-116). Routledge .
- Sandman, P. M. (2012). Risk = Hazard + Outrage. In *The Encyclopedia of Environmental Health* (Vol. 5, pp. 1-10). Elsevier .
- Bazrafshan, A. , et al. (2023). Health risk communication and infodemic management in Iran: development and validation of a conceptual framework. *BMJ Open*, 13(7), e072326 .
- Taghizadeh, F. , & Karimi, M. (2023). Risk communication and community engagement as an emerging pillar of health emergency management in Iran. *Frontiers in Public Health*, 11, 1097932 .