

به نام خدا

دستورالعمل برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی

RISK COMMUNICATION AND COMMUNITY ENGAGEMENT

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

IEC.BEHDASHT.GOV.IR

Contents

۳	پیش گفتار
۵	مقدمه
۶	تأثیر عوامل رفتاری-اجتماعی در شکل گیری، ماندگاری و کنترل همه گیری ها
۶	موضوعات کلیدی در RCCE:
۷	نگاهی به ابعاد تأثیر گذار رفتاری- اجتماعی بر بیماری کووید ۱۹
۷	دانش در خصوص کووید-۱۹
۷	اطلاعات و ارتباطات
۸	پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی
۸	فاصله اجتماعی
۹	دریافت مراقبت های بهداشتی
۹	مقبولیت واکسن
۹	تأثیرات سلامتی ثانویه کووید- ۱۹
۱۰	حیطه های تمرکز برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی
۱۱	هدف کلی
۱۱	اهداف استراتژیک:
۱۶	نگاهی به چالش های پیش رو
۱۶	عدم قطعیت
۱۶	خستگی ناشی از طولانی شدن همه گیری
۱۶	اعتماد
۱۷	مشارکت اجتماعی
۱۷	هماهنگی
۱۷	انگ و تبعیض

۱۷	اطلاعات غلط
۱۸	فشار اقتصادی
۱۹	مشارکت گروه های آسیب پذیر
۲۲	ساختار اجرای برنامه
۲۷	چار چوب تغییر رفتار
۲۹	شاخص های RCCE

پیش گفتار

بعد از طاعون ترسناک ترین نامی که در بیماری های عفونی شنیده شده است «ابولا» است و بعد از پاندمی کووید-۱۹ مهمترین واقعه بهداشتی واگیر در ابتدای قرن ۲۱ محسوب می شود. هر چند در بیماری ایدز به عنوان یک استثنا، از استراتژی های ارتقای سلامت استفاده شده است اما تا قبل از همه گیری ابولا، مسوولان مدیریت بیماری های واگیر در جهان در برنامه های خود از رویکردهای ارتقای سلامت بهره نمی گرفتند و از سوی دیگر در دیدگاه های تخصصی ارتقای سلامت نیز تمرکز اصلی بر روی بیماری های غیرواگیر بود. همه گیری بزرگ ابولا در غرب آفریقا برگ جدیدی در کتاب های مدیریت بحران های زیستی اضافه نمود و آن نقش پررنگ و کلیدی برنامه مشارکت اجتماعی در کنترل همه گیری ها بود. تا قبل از این بحران معمولاً با اقدامات بهداشت محیطی و واکسیناسیون امکان کنترل شرایط اضطراری و همه گیری میسر می گردید اما درس آموخته های بی شمار ابولا و ایدز به همگان ثابت نمود که در مدیریت پاندمی ها و بحران های زیستی، موضوع «مشارکت اجتماعی» موضوعی لاینفک از برنامه های بهداشت است و ظرفیتی حیاتی برای یک کشور محسوب می شود. پس از پاندمی سارس در سال ۲۰۰۳ و تدوین مقررات بین المللی IHR مقرر گردید کشورهای جهان ظرفیت های کلیدی برای آمادگی و پاسخ به بحران های بهداشتی ایجاد نمایند و اساس این ظرفیت سازی ها همکاری های بین بخشی و برنامه های دارای پشتوانه قانونی و اعتبارات متناسب بود. هر چند یکی از ظرفیت های کلیدی مقررات بین المللی بهداشت، ظرفیت ارتباطات خطر (Risk Communication) بود اما در آن سند بین المللی نیز به طور واضح از برنامه های مشارکت اجتماعی نام برده نشده بود. پس از ابولا بالاجبار و بالتجربه نقش مشارکت اجتماعی و مشارکت مردمی به عنوان ابزاری برای تسهیل مسیر دستیابی به اهداف سایر برنامه های تخصصی و تقویت کننده برنامه ارتباطات خطر، توسط کارشناسان جهانی مشاهده شد و ارتباطات خطر که ابزاری برای توانمندسازی جامعه و تقویت برنامه مشارکت اجتماعی محسوب می شد بطور لاینفکی به برنامه مشارکت اجتماعی متصل شد، به گونه ای که از آنها در بسیاری اسناد جهان به عنوان یک برنامه دوقلو مهم بهداشتی نام برده می شود.

اشاره مختصر به همه گیری ابولا و آنچه در غرب آفریقا در مبارزه با این بیماری به شدت مرگبار و خوفناک رخ داد می تواند به روشن شدن جایگاه «مشارکت اجتماعی» و نقش حیاتی آن در برنامه های کنترلی بهداشت و جلوگیری از فروپاشی کامل کشورهای درگیر کمک کند. مرور تجربه های تیم های بهداشتی در مدیریت ابولا بهترین مثال برای چگونگی ادغام ارتباطات خطر در بحران به مشارکت اجتماعی است.

در آغاز همه گیری ابولا که بسیاری از مردم غرب آفریقا این همه گیری را انکار می کردند و در مورد ماهیت مرگبار آن و راه های انتقال آن اطلاعاتی نداشتند و وضعیت به شدت بحرانی بود، برنامه های ارتباطات خطر در بحران آغاز شد (Crisis communication).

در آن زمان تجربه های قبلی از ابولا تنها داشته های مسوولان بهداشت بود، بیماری ای با ۹۰٪ کشندگی. پیام های ارسالی در قبال بی تفاوتی جامعه چنین بود: ابولا می کشد! درمان ندارد! از راه گوشت شکار و خفاش منتقل می شود. ابزار و کانال های انتشار پیام در فاز اول این پاسخ، رسانه های جمعی بودند مانند رادیو و تلویزیون و پوسترها. نتیجه تلاش ها نیز چیزی جز انکار بیشتر مردم و عدم اعتقاد به حضور ابولا مرگبار نبود. مردم اعتقاد داشتند که در خانه می

مانیم و دیگر نه ابولایی خواهد بود و نه درمانی لازم است و نه مرگی رخ خواهد داد چون ابولا بیماری مناطق روستایی و دوردست است و حتی ترجیح می دادند اگر می میرند در خانه خود بمیرند. درک خطر به شدت پایین بود و فرهنگ منطقه اجازه نمی داد جز به طرح توطئه سپیدپوستان و شایعه سازی به موضوع دیگری باور داشته باشند.

در فاز دوم، کمپین ها شکل گرفت. هر چند تقاضا برای دانستن بیش از پاسخ های رسانه ای بود. هدف افزایش آگاهی و بسیج اجتماعی بود و به تدریج ابولا در شهرهای بزرگ گسترش می یافت. رفتارهای پرخطری مانند تدفین غیربهداشتی و عدم رعایت پروتکل های بهداشتی منجر به شعله ور شدن بیشتر بیماری شده بود و اجساد در خیابان ها رها می شدند. پیام های کمپین ها تغییر کرده بود و در مورد علائم و نشانه های بیماری می نوشتند و هدف افزایش آگاهی بود. "ابولا یک واقعیت است!". معرفی خطوط تلفن برای ارتباط با مردم و پاسخگویی فعال شد. علاوه بر رسانه های جمعی، از ماشین های بلندگو دار و انواع رسانه های چاپی و دیوار نویسی و طراحی بر روی ماشین ها و نیروهای داوطلب مردمی برای اطلاع رسانی و افزایش ارتباط و بسیج اجتماعی بهره گرفته می شد. نتیجه همچنان عدم اعتماد به پیام ها و تیم های پاسخ دهنده و هر کس که با آنها همکاری می کرد، بود.

با شکست نسبی اغلب راه های کلاسیک اطلاع رسانی و بسیج اجتماعی، متخصصان بهداشت راهکار آخر را پیش پای مسوولان کشورهای درگیر گذاشتند: "استفاده از خود جامعه به عنوان راه حل"، "بازسازی اعتماد از دست رفته".

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

به این تربیت تیم های بهداشتی با تقویت برنامه های ارتباطات خطر و افزایش درک خطر جامعه به کمک برنامه های مشارکت اجتماعی به اهداف خود در نجات جامعه دست پیدا نمودند و افزایش اعتماد و بروز رفتارهای بهداشتی به کنترل همه گیری مرگبار منجر گردید. رویکردهای جامعه شناختی در مرگبار ترین همه گیری قرن شاهکار کرد و مهمترین درس آموخته ابولا برای پاندمی کووید-۱۹ به یادگار ماند.

برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی

در مقابله با کووید-۱۹ و واکسیناسیون عمومی

مقدمه

کووید-۱۹ بیش از یک بحران سلامتی است و یک بحران اطلاعاتی، اقتصادی و اجتماعی نیز محسوب می شود. پاندمی و پاسخ به آن عمیق ترین رکود جهانی در حدود یک قرن گذشته را به دنبال داشته و تخمین زده می شود ۷۰ تا ۱۰۰ میلیون نفر بیشتر به فقر شدید برسند. کووید-۱۹ برخی از قوی ترین سیستم های بهداشت و درمان را دچار اختلال کرده است و فشار شدیدی را بر کارکنان بهداشت و درمان وارد نموده است.

این پیامدها بر ارائه خدمات بهداشتی ضروری تأثیر می گذارد. ۹۰ درصد کشورها اختلال در خدمات بهداشتی را تجربه کرده اند و کشورهای کم درآمد و متوسط بیشترین مشکلات را گزارش نموده اند.

تأثیرات گسترده پاندمی در همه بخش های جامعه احساس می شود. به عنوان مثال، تحصیلات کودکان و جوانان به شدت دچار اختلال شده است.

قدرتمندترین سلاح برای توقف گسترش ویروس، رفتارهای مردم و تمایل آنها برای پیروی از اقدامات سلامت همگانی و اجتماعی است. حتی با توزیع واکسن و درمان های ایمن و موثر، رعایت دستورالعمل های بهداشتی همچنان حیاتی خواهد بود. لذا نیاز شدید برای افزایش نقش ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی در شکستن زنجیره انتقال و کاهش تأثیر پاندمی وجود دارد.

تجزیه و تحلیل داده های رفتاری اجتماعی بیانگر آن است که گرچه مردم در مورد کووید-۱۹ و اقدامات پیشگیرانه اطلاعات لازم را دارند ولی ساده انگاری و کاهش درک خطر در حال افزایش است. به طور کلی، خودکارآمدی مردم در خصوص آنچه می توانند برای کنترل ویروس انجام دهند، کاهش یافته است. با طولانی شدن پاندمی، با افزایش خستگی ناشی از همه گیری مواجه هستیم. خستگی روزافزون، استرس ناشی از عدم اطمینان، کاهش درک خطر و کاهش اعتماد به عملکرد دولت، تأثیرات منفی بر جامعه گذاشته است که منجر به کاهش انگیزه افراد برای پیروی از دستورالعمل های بهداشتی می شود. این چالش ها محدود به کووید-۱۹ نیست و در خصوص واکسن نیز با چالش هایی نظیر عدم پذیرش مردم روبرو هستیم. آنچه مسلم است، این است که رویکردهای هماهنگ، انطباقی، نوآورانه، محلی و مشارکتی برای چگونگی تعامل با جوامع در مورد کووید-۱۹ و واکسیناسیون برای کنترل ویروس و کاهش تأثیرات آن بسیار مهم است.

بدون مشارکت جامعه، این خطر وجود دارد که اطلاعات غلط، سردرگمی و بی اعتمادی بتواند اقدامات و خدمات بهداشتی را تضعیف کند. ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی در موفقیت پاسخ به موارد اضطراری بهداشتی ضروری است. در پاسخ به پاندمی کووید-۱۹، «برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی» (RCCE) موثر و هماهنگ با سایر برنامه ها نه تنها باعث توانمندسازی مردم می شود بلکه با افزایش اعتماد عمومی می تواند به شکستن زنجیره های انتقال و کاهش اثرات همه گیری کمک کند.

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

آنچه در برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی اهمیت دارد، دانستن این موضوع است که «رفتارهای افراد هم می تواند باعث ایجاد همه گیری شود و هم می تواند از بروز همه گیری جلوگیری کند. با این حال، رفتار انسان پیچیده است.» «برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی» (RCCE) از داده های رفتاری - اجتماعی برای شناسایی راه های کاهش خطر استفاده می کند. این بدان معنی است که درک خطر و نگرش فرد، موانع و عوامل موثر بر توانمندی و انگیزه فردی برای ایجاد و حفظ رفتارهای بهداشتی، اهمیت دارد.

موضوعات کلیدی در RCCE:

- عدم قطعیت در دوره پاندمی
- واکنش ها و اخبار مرتبط با آن
- فرسودگی ناشی از تداوم پاندمی
- حفظ و افزایش اعتماد
- مشارکت اجتماعی و ایجاد مطالبه گری در رفتارهای بهداشتی
- مدیریت اطلاعات و شایعات
- کاهش انگ ناشی از کووید-۱۹
- فشار اقتصادی ناشی از محدودیت های اجباری

نگاهی به ابعاد تاثیر گذار رفتاری - اجتماعی بر بیماری کووید ۱۹

دانش در خصوص کووید-۱۹

- امروزه بسیاری از افراد مورد بررسی می توانند علائم و نشانه های کووید-۱۹ را به درستی توصیف کنند.
- سطح درک خطر جنبه های خاص بیماری بین گروه های مختلف متغیر است و تحت تاثیر ترکیبی از عوامل اجتماعی- رفتاری مانند سن، رشته تحصیلی و محیطی که در آن زندگی می کنند(به عنوان مثال شهری یا روستایی) است.
- با وجود دانش کافی در مورد کووید-۱۹ مطالعات نشان می دهد که موضوع درک خطر متفاوت از دانش بوده و ممکن است گروه هایی از جامعه علیرغم دانش کافی، از درک خطر مناسب برخوردار نباشند.

اطلاعات و ارتباطات

- هر روزه شواهد علمی جدیدی در مورد بیماری کووید ۱۹ به دست می آید که در برخی موارد منجر به اصلاح و یا تغییر دستورالعمل های بهداشتی می گردد. این بر میزان اعتماد مردم به اطلاعات دریافتی و به افرادی که این اطلاعات را ارایه می دهند تاثیر می گذارد.
- استفاده از منابع و کانال های اطلاعاتی مطمئن برای برقراری ارتباط به موقع جهت ارایه اطلاعات دقیق و مبتنی بر شواهد، بسیار مهم است.
- میزان اعتماد مردم به اطلاعات علمی و واقعی که توسط منابع رسمی منتشر می شود بالا است. معمولاً بالاترین سطح اعتماد مردم به اطلاعات منتشر شده توسط محققین، پزشکان و متخصصان بهداشت است.
- شخصیت های اجتماعی، به ویژه چهره های مذهبی و سرشناسان می توانند نقشی حیاتی در تشویق مردم به رعایت دستورالعمل های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ داشته باشند.
- اطلاعات باید از طریق کانالهای مناسب ارائه شود.
- در حالی که دسترسی به منابع اطلاعات آنلاین در حال افزایش است ، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد اعتماد به آنها به طور کلی کم است.

پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی

- شواهد حاکی از آن است که خوداظهاری در خصوص پایبندی به بهداشت فردی مانند شستشوی دست، استفاده از ماسک و رعایت فاصله اجتماعی به طور کلی زیاد است که احتمالاً تحت تأثیر روند بیماری در منطقه و تدابیری که برای پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی اعمال می شود قرار دارد.
- مردم با اقدامات محدود کننده فعالیت های اقتصادی احتمالاً کمتر موافقت خواهند کرد. داده های اخیر نشان می دهد که عدم امنیت غذایی و از دست دادن درآمد می تواند بر رعایت دستورالعمل های بهداشتی تأثیر بگذارد.
- پایبندی به تدابیری که اجتماعات را محدود می کند اغلب ضعیف است. این موضوع تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی-اجتماعی قرار دارد و نیاز به مشارکت اجتماعی دارد.
- سطح پایین آگاهی در مورد کووید-۱۹، پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی را کاهش می دهد.
- پایبندی به دستورالعمل های بهداشتی و اقدامات اجتماعی تحت تأثیر خصوصیات فردی و فرا هنجارها قرار دارد.

ادراک خطر

- برای مردم در سراسر جهان کووید-۱۹ یک بیماری جدی است، با این حال اغلب احساس می کنند این بیماری بیشتر تهدیدی برای دیگران از جمله دوستان، خانواده، جامعه و کشورشان است تا خودشان.
- میزان باور مردم به توانمندی خود در کنترل کووید-۱۹ معمولاً پایین است و احساس می کنند کمتر می توانند در تصمیم گیری های اجتماعی مشارکت کنند که این امر رعایت دستورالعمل های بهداشتی را کاهش می دهد.

فاصله اجتماعی

- شواهد نشان می دهد رعایت فاصله فیزیکی زیاد است، اگرچه در مقایسه با سایر اقدامات مانند شستن دست یا استفاده از ماسک، کمتر است.
- رعایت فاصله فیزیکی احتمالاً تحت تأثیر عوامل ساختاری از جمله زمینه های اجتماعی و محیطی از جمله جابه-جایی، مهاجرت و دسترسی افراد به فضای کافی خواهد بود.
- رعایت فاصله اجتماعی به نظر می رسد متأثر از ویژگی های فردی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و جنسیت است.
- هنجارهای درک شده می توانند به یک عامل مهم برای حفظ فاصله فیزیکی تبدیل شود.

- استفاده از ماسک در سراسر جهان در پاسخ به همه گیری افزایش یافته است، اما نگرش و درک خطر، باورها و ادراک و میزان رعایت با گذشت زمان تغییر می کند.

خود جداسازی (ایزولاسیون)

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

دریافت مراقبت های بهداشتی

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

مقبولیت واکسن

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

تأثیرات سلامتی ثانویه کووید-۱۹

- در دوره پاندمی افراد دارای بیماری زمینه ای به دلایل مختلفی ممکن است از دریافت خدمات سلامت محروم شوند.
- مشکلات دسترسی به خدمات بهداشتی غیر مرتبط با کووید-۱۹ تحت تأثیر محدودیت های ساختاری و مالی و ترس از آلوده شدن به کووید-۱۹ در مراکز بهداشت است.

حیطه های تمرکز برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی

- آگاهی از سوالات و نگرانی های افراد و پاسخ و فرصت برای گفتگو
- ارزیابی محرک های رفتاری و اجتماعی و اتخاذ رویکردهایی برای توانمندسازی مردم و ترویج رفتارهای سالم
- تبدیل دانش و اطلاعات مبتنی بر شواهد به پیام های قابل اجرا و قابل فهم برای مخاطب
- افزایش فرصت برای جوامع برای مشارکت در طراحی و انجام مداخلات بهداشتی، (بر اساس نتایج برنامه نیازسنجی سلامت)
- تقویت ارزیابی خطر و اصلاح فرایند تصمیم گیری با استفاده از شواهد به دست آمده از رصد شبکه های اجتماعی، انجام مطالعات نگرش سنجی و درک خطر جامعه، گفتگو با جوامع و پژوهش های در حوزه علوم اجتماعی
- جلب حمایت برای قرار دادن اولویت ها و نیازهای جامعه در فرایند تصمیم گیری
- تشویق برای دریافت خدمات ارایه شده در نظام سلامت، (مانند انجام آزمایش، دریافت واکسن و درمان به هنگام) و همچنین دستورالعمل های بهداشتی (استفاده از ماسک، رعایت فاصله اجتماعی و...)
- پاسخگویی سیاست گزاران و مسئولین کنترل و مدیریت کووید-۱۹

هدف کلی

افزایش اعتماد و انسجام اجتماعی جهت کاهش پیامدهای منفی دوران پاندمی مبتنی بر رویکردهای مردم محور و جامعه محور برای دستیابی به این هدف، چهار هدف استراتژیک بیان شده است.

اهداف استراتژیک:

هدف ۱ جامعه محور باشد

تسهیل پاسخ های جامعه محور از طریق بهبود کیفیت و ثبات رویکردهای RCCE جامعه باید نیازهای خود را ارزیابی کند و در تجزیه و تحلیل اطلاعات، برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی پاسخ های محلی به کووید-۱۹ مشارکت کند.

فعالیت های نشانگر:

- رعایت حداقل استاندارد های ارتباطات خطر در همه گیری
- تدوین استراتژی در مورد موضوعات اولویت دار
- همکاری هدفمند برای مدیریت اینفودمی
- پایش و ارزشیابی فعالیت های RCCE

برای دستیابی به این هدف باید:

- راهنمای فنی و ابزارهای لازم، مستندسازی شده و تجربیات موفق به اشتراک گذاشته شود.
- استراتژی هایی برای جلوگیری و رفع انگ و تبعیض، غلبه بر خستگی ناشی از همه گیری، حفظ و افزایش اعتماد تدوین شود.
- جهت کاهش تأثیرات اینفودمی، برنامه های مدیریت اینفودمی، سواد رسانه ای و سواد سلامت تقویت شود.
- دسترسی به فضای مجازی گسترش یابد و کانال های معتبر و متناسب با گروه های هدف معرفی شود، در عین حال گروه های آسیب پذیر که توانایی استفاده از فضای مجازی را ندارند، فراموش نشوند.
- برای فعال کردن رویکردهای جامعه محور جهت انجام آزمایشات تشخیصی غربالگری، درمان و واکسن ها بر فرآیندها و سیستم های تقویت کننده حس مالکیت جامعه، سرمایه گذاری شود.

- مهارت های ارتباط بین فردی و جلب مشارکت در تیم سلامت (نیروی کار رسمی و غیر رسمی) و سایر ذینفعان تقویت شود و ابزارهای لازم فراهم گردد.
- محتوا و رسانه های مرتبط با RCCE در قالب ها و زبان های مختلف (متناسب با گروه هدف) و قابل دسترس فراهم گردد.
- جهت تداوم توانمندسازی و مشارکت اجتماعی برای حمایت جوامع در مقابل کووید-۱۹ نیاز های سیستم شناسانی و مرتفع گردد.
- برنامه پایش و ارزشیابی فعالیت های RCCE طراحی و اجرا گردد.

هدف ۲ داده محور باشد

تولید، تحلیل و استفاده از شواهد مرتبط با بافت جامعه و ظرفیت ها ، ادراک خطر و رفتارها
فعالیت های نشانگر:

- شناسایی نواقص اطلاعاتی موجود و رفع آنها
- تقویت پایش رسانه ، شنیدن صدای جامعه ، سیستم های بازخورد جامعه
- استفاده از داده ها برای حمایت از اولویت های جامعه

برای دستیابی به این هدف باید:

- در تدوین برنامه های پژوهشی (جمع آوری و تجزیه و تحلیل شواهد) به منظور تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، تصمیم گیرندگان نیز مشارکت داده شوند.
- شواهد و مجهولات موجود در زمینه داده ها و ابزار مورد نیاز برای انجام تجزیه و تحلیل، شناسایی و مورد استفاده قرار گیرد.
- برنامه های پژوهشی جهت رفع مجهولات تدوین شود و مسیر گردش داده ها و اطلاعات تعیین گردد.
- جهت سنجش پیامدهای مداخلات انجام شده، استانداردهای پایه شاخص های RCCE تعیین گردد و چارچوب های پایش ایجاد شود.
- مثلث داده های حاصل از مطالعات مرتبط با برنامه RCCE در کنار داده های اپیدمیولوژیک و داده های خدمات ارائه شده سلامت ایجاد شود و مورد استفاده تصمیم گیران قرار گیرد.
- سیستم های رصد شبکه های اجتماعی و پایش رسانه ها جهت اطلاع از میزان درک خطر، نگرانی ها و نگرش جامعه تقویت گردد.
- برنامه جمع آوری سوالات پرتکرار به تفکیک اطلاعات جمعیتی، موقعیت مکانی، زبان، جنسیت، سن و... تدوین شود و بر اساس محتوای موجود پاسخ ارائه شود.

- داشبوردی برای به تصویر کشیدن متغیرهای اجتماعی و اطلاعات به دست آمده از تحقیقات به منظور ادغام با داده های بخش های ارائه خدمت و اپیدمیولوژیک ایجاد شود.
- ابزارها، رویکردها و ظرفیت های موجود جهت حمایت از برنامه های پژوهشی تدوین شده و براساس بافت جامعه، بومی سازی گردد.
- سیستم مناسب جهت مدیریت دانش و مستند سازی اقدامات، درس آموخته ها و تجارب موفق ایجاد گردد.

هدف ۳ ظرفیت و راه حل های محلی تقویت شود

تقویت ظرفیت و راه حل های محلی برای کنترل همه گیری و کاهش تأثیرات آن

برای دستیابی به مشارکت اجتماعی مناسب باید برنامه RCCE با استفاده از ظرفیت متخصصین محلی اجرا شود. نهادهای محلی معتمد مردم به دلیل آنکه با فرهنگ، زبان و تاریخچه منطقه آشنا هستند بهترین ابزار برای پیاده سازی برنامه های مبتنی بر مشارکت اجتماعی هستند.

فعالیت های نشانگر:

- شناسایی مهارت های کلیدی و ظرفیت های ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی
- تسهیل نیازسنجی ظرفیت های مشارکتی
- تدوین و اجرای استراتژی های ظرفیت سازی

برای دستیابی به این هدف باید:

- مهارت ها و شایستگی های مورد نیاز برای رویکردهای RCCE در زمینه ها و شرایط مختلف شناسایی شود. این مهارت ها بر اساس حداقل استانداردهای توافق شده RCCE و شامل رویکردهای مشارکتی، تسهیل، هماهنگی و جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها می باشد.
- حمایت فنی از سایر ذینفعان در نیازسنجی (شناسایی اولویت های RCCE) جهت ایجاد ظرفیت های جدید مشارکتی انجام شود.
- ظرفیت های موجود و مورد انتظار جهت اجرای برنامه RCCE و سایر برنامه های فنی (به عنوان مثال رهگیری) تعیین شود.
- جهت ارتقای کیفیت رویکردهای RCCE، استراتژی های دستیابی به اولویت های مشخص شده تعیین، اجرا و پایش گردد.
- ظرفیت رسانه ها و سازمان های ارتباطی ملی و محلی برای برقراری ارتباط دقیق در مورد کووید-۱۹ و مقابله با اطلاعات غلط تقویت گردد.

- آموزش همسان در سطوح مختلف (به عنوان مثال بین نهادهای دولتی، سازمان های مردم نهاد، سفیر سلامت، رابط سلامت محله، بسیج) برای شناسایی راه حل های محلی و اشتراک تجربیات موفق اجرا شود.
- منابع آموزشی متناسب با شرایط (زبان، روش ارائه و امکانات) برای کسب مهارت های اصلی RCCE فراهم شود.
- شرایط مناسب (در سطح ملی و استانی) جهت تسهیل دستیابی به منابع علمی به محض نیاز ایجاد شود.

هدف ۴ مبتنی بر همکاری باشد

تقویت رویکرد هماهنگ در برنامه RCCE برای افزایش کیفیت، یکپارچگی، بهینه سازی و ادغام آن با برنامه های سلامت واحد (one health)

برای پاسخ موثر بهداشتی جامعه محور به بحران کووید-۱۹، باید تلاش های گروه های اجتماعی مردمی، بخش خصوصی، سازمان های مردم نهاد، نهادهای دولتی، بسیج در قالب یک برنامه ملی واحد تحت نظارت معاونت بهداشت برنامه ریزی و اجرا شود.

فعالیت های نشانگر:

- شناسایی زیرساخت ها و عضوگیری صحیح
- تسهیل ارزیابی مشترک، برنامه ریزی، پایش و حمایت
- ادغام RCCE در برنامه های کشوری پاسخ به پاندمی

برای دستیابی به این هدف باید:

- گروه های مشارکتی تمام ذینفعان به عنوان مکانیسم کلیدی برای هماهنگی RCCE تشکیل شود.
- رئیس، اعضا و ساختارهای مشارکتی مناسب برای اقدامات بهداشتی تعیین شود. در این ساختار مشارکتی باید سازمان های مردمی تولید کننده و انتشار دهنده رسانه ها عضو باشند.
- شناسایی دقیق و تهیه لیست موسسات و سازمانهای ذینفع خدمت رسان به مردم به ویژه گروه های آسیب پذیر انجام گیرد.
- جهت اقدام مشترک در زمینه های ارزیابی، برنامه ریزی و جلب حمایت، برای افزایش اثربخشی RCCE تسهیلات لازم فراهم شود.
- سازوکارهایی برای حضور مردم در طراحی و انجام خدمات بهداشتی تعیین شود.
- از تجربیات گذشته و ساختارهای موجود کشور در پاسخ به موضوعات ملی با رویکرد مشارکت اجتماعی استفاده شود.
- به منظور جلوگیری از دوباره کاری، باتکلیفی وظایف و به حداکثر رساندن اشتراک منابع، استانداردها، شاخص ها، مستندات و مهارت های تخصصی باید اصول مشارکتی برنامه RCCE را در طراحی، اجرا و پایش تمام اقدامات بهداشتی مبارزه با کووید-۱۹ مد نظر قرار گیرد.

- برای کاهش اثرات منفی اقتصادی- اجتماعی- سیاسی ناشی از کووید-۱۹ و کمک به افزایش تاب آوری جامعه باید برنامه های بهداشتی با مشارکت همه ذینفعان طراحی و اجرا شود.

نگاهی به چالش‌های پیش رو

تجربیات مربوط به همه‌گیری‌های گذشته و همچنین آنچه که ما تاکنون در پاسخ به کووید-۱۹ آموخته‌ایم، می‌تواند برخی از چالش‌ها و فرصت‌هایی را که احتمالاً با آن روبرو می‌شویم را پیش‌بینی کند. فرصت‌ها و چالش‌ها در استان‌ها و شهرهای مختلف، متفاوت خواهد بود. بنابراین رویکردهای هماهنگ، ابتکاری، محلی و مشارکتی کنترل همه‌گیری بسیار مهم خواهد بود.

عدم قطعیت

منظور از عدم قطعیت دانسته‌ها و نادانسته‌های ما راجع به بیماری است، مانند زمانی که یک واریانت یا جهش جدید کرونا اعلام می‌شود. عدم قطعیت همچنان یکی از مولفه‌های تعیین‌کننده است که می‌تواند منجر به ترس، وحشت و از بین رفتن اعتماد شود و برقراری ارتباط موثر و سریع با جامعه در این شرایط، یک اصل اجتناب‌ناپذیر است اما مشارکت شفاف، منسجم و هماهنگ می‌تواند به کاهش تأثیرات منفی عدم قطعیت کمک کند.

خستگی ناشی از طولانی شدن همه‌گیری

با طولانی شدن پاندمی، خستگی ناشی از آن افزایش می‌یابد. برای شناسایی ابعاد خستگی ناشی از طولانی شدن همه‌گیری، به اطلاعات بیشتر و درک بهتر از رفتار افراد نیاز است. به عنوان مثال، در اثر خستگی ناشی از پاندمی (pandemic fatigue) ممکن است تعداد افراد رعایت‌کننده روش‌های پیشگیری کم شود. همچنین تمایل آنها برای دریافت پیام‌های بهداشتی و درک خطر آنها در مورد کووید-۱۹ کم شود و رفتارهای پرخطر مانند حضور در دورهمی‌ها و تجمعات را بروز دهند. شناسایی روش‌های خلاقانه و جذاب برای ایجاد انگیزه در مردم از طریق مشارکت اجتماعی، نهاد‌های مردم‌نهاد، مسئولین جامعه و افراد تأثیرگذار یکی از راهکارهایی است که می‌تواند انگیزه و پایداری را افزایش دهد.

اعتماد

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

مشارکت اجتماعی

ارایه اطلاعات متناقض باعث سردرگمی مردم می شود که می تواند میزان رعایت دستورالعمل های بهداشتی را کاهش دهد. درگیر کردن مردم به منظور پاسخگویی به سوالات و نگرانی های آنها با اطلاعات علمی به عنوان مثال استفاده از ظرفیت سفیران خانواده، دانشجو، دانش آموز و طلاب می تواند این تأثیر را به حداقل برساند. اطلاعات باید در دسترس، به زبان قابل فهم، از طریق کانال های موجود و منابع مورد اعتماد ارائه شود.

هماهنگی

اتخاذ رویکردهای هماهنگ جهت افزایش استقبال برای انجام آزمایش، درمان، واکسن و همچنین تداوم رعایت دستورالعمل های بهداشتی از جمله (استفاده از ماسک، رعایت فاصله فیزیکی، برقراری تهویه مناسب، شستن دست و غیره) به منظور پایان دادن به همه گیری بسیار مهم است. برنامه RCCE برای افزایش استقبال از واکسن، عرضه گسترده آن، مدیریت شایعات و اطلاعات غلط و مبارزه با جنبش های ضد واکسن اهمیت ویژه دارد. همچنین به منظور افزایش عدالت در ارایه خدمات بهداشتی و واکسن، استراتژی های RCCE برای حمایت از مردم و مشارکت جامعه در طراحی برنامه ها، به همراه پایش و بازخورد نیز دارای اهمیت است.

انگ و تبعیض

کاهش انگ ناشی از کووید-۱۹ و تبعیض، برای حمایت از آسیب پذیرترین افراد، از جمله کارکنان بهداشتی، بسیار مهم است. انگ (stigma) باعث می شود افراد علائم خود را پنهان کنند، از انجام آزمایش امتناع کنند یا درمان را به تأخیر بیندازند که این منجر به افزایش شیوع بیماری و مرگ و میر می شود. دولت، مردم، رسانه ها، افراد تأثیرگذار و نهاد های اجتماعی نقش مهمی در جلوگیری و متوقف کردن این انگ دارند.

اطلاعات غلط

اقدامات همسو و هماهنگ برای مقابله با اطلاعات غلط جهت کنترل همه گیری، ضروری است. اطلاعات غلط می تواند به سلامت جسمی و روحی افراد آسیب برساند، انگ را افزایش دهد، دستاوردهای ارزشمند سلامت را تهدید کند و منجر به کاهش رعایت دستورالعمل های بهداشتی شود. اطلاعات غلط می تواند اثربخشی اقدامات صورت گرفته را کاهش دهد و توانایی دولت در مدیریت همه گیری را به خطر اندازد.

فشار اقتصادی

افزایش فشار اقتصادی مردم را مجبور به انجام مخاطرات بیشتر می کند. مردم ممکن است مجبور شوند بین رعایت از دستورالعمل های بهداشتی و کسب درآمد کافی برای زنده ماندن، یکی را انتخاب کنند. RCCE می تواند فرصت هایی را برای کسانی که از نظر اقتصادی آسیب پذیر هستند ایجاد کند تا بتوانند علاوه بر رعایت دستورالعمل ها، تاثیرات اقتصادی و اجتماعی ناشی از همه گیری را کاهش دهند.

مشارکت گروه های آسیب پذیر

اقدامات RCCE برای دسترسی به افرادی که بیشتر در معرض آسیب هستند باید اولویت بندی شود. دو نوع آسیب پذیری باید در نظر گرفته شود:

- افراد آسیب پذیر از نظر پزشکی: افرادی که در معرض خطر ابتلا به فرم شدید کووید-۱۹ هستند
- افراد آسیب پذیر از نظر اجتماعی-اقتصادی: افرادی که به دلیل وضعیت جسمی، اجتماعی و اقتصادی خود قادر به دسترسی به خدمات و دریافت اطلاعات نیستند.

گروه های آسیب پذیر در جدول زیر لیست شده اند:

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

گروه های آسیب پذیر	خلاصه ای از چگونگی تأثیر زمینه بر آسیب پذیری
کارکنان بهداشت و درمان	پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان، مراقبین سلامت، داوطلبین سلامت و سایر افرادی که به کنترل همه گیری کووید-۱۹ کمک می کنند به دلیل تماس نزدیک با بیماران کووید-۱۹ در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری هستند.
سالمندان	شدت بیماری و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ در افراد مسن (افراد بالای ۶۰ سال) نسبت به سایر گروه های سنی بیشتر است. همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی و اطلاعات مناسب برای آنها دشوارتر است. آنها ممکن است در مراقبت از خود مشکل داشته و به خانواده یا پرستار نیاز داشته باشند. سالمندان ممکن است ماهیت بیماری را درک نکنند. همچنین رعایت فاصله فیزیکی در مراکز نگهداری سالمندان دشوار به نظر می رسد.
افرادی دارای بیماری زمینه ای	بیماری های زمینه ای (بیماری های قلبی عروقی، دیابت، بیماری مزمن تنفسی و سرطان و نقص سیستم ایمنی) خطر ابتلا به فرم شدید کووید-۱۹ را افزایش می دهد. این افراد ممکن است به اطلاعات صحیح درباره اینکه چرا در معرض خطر بیشتری هستند دسترسی نداشته باشند.
کودکان و نوجوانان	کودکان و نوجوانان به ویژه در برابر تأثیرات اقتصادی-اجتماعی آسیب پذیرتر هستند. ممکن است به دلایل اجتماعی-اقتصادی به مراقبت های بهداشتی دسترسی نداشته باشند. تأثیرات روانی-اجتماعی همه گیری آنها را آزار می دهد. (مثل تعطیلی مدارس). همچنین ممکن است کودکان و نوجوانان به اطلاعات مناسب دسترسی نداشته باشند یا دلیل اقدامات توصیه شده را درک نکنند.
اقلیت های قومی و محلی	این افراد ممکن است به محیط بهداشتی و خدمات بهداشتی درمانی دسترسی نداشته باشند، همچنین ممکن است انگ و تبعیض را تجربه کنند و در دسترسی به اطلاعات به زبان بومی مشکل داشته باشند.
افراد مشمول خشونت خانگی	خشونت خانگی در هر نوع شرایط اضطراری از جمله پاندمی ها افزایش می یابد. در این زمان آرایه خدمات به این افراد از جمله خدمات ایمنی، امنیتی و قضایی مختل می شود.

افراد بی خانمان	این گروه از افراد ممکن است جدا از جامعه زندگی کنند و به خانواده و دوستان برای دریافت اطلاعات دسترسی نداشته باشند. اولویت آنها بیشتر زنده ماندن و به دست آوردن غذا است تا دسترسی به اطلاعات بهداشتی. همچنین نسبت به دریافت خدمات دولتی مشکوک اند یا می ترسند.
زندانی ها	افراد در زندان ها یا بازداشتگاه ها به آموزش یا جواب سوال های خود دسترسی ندارند. آنها از حق خود برای دسترسی به آموزش و خدمات بهداشتی آگاهی ندارند. آنها ممکن است به کارکنان و اطلاعات ارائه شده اعتماد نکنند. افرادی که در مناصب قدرت هستند ممکن است ارائه اطلاعات و خدمات بهداشتی به این جمعیت را در اولویت قرار ندهند.
افراد بی خانمان و شرایط اضطراری زندگی می کنند	اگر افراد در شرایط دشوار و بدون دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب زندگی کنند، احتمال ابتلا به همه گیری زیاد است. در اردوگاه های پناهندگان، دسترسی به سرپناه مناسب، غذا، آب تمیز، وسایل محافظتی، مراقبت های بهداشتی، حمایت از خانواده یا جامعه ممکن است ناکافی یا مختل شود. این موضوع می تواند منجر به ضعف سیستم ایمنی بدن و افزایش خطر شود. آنها ممکن است به دلیل انزوا یا موانع زبانی، به اطلاعات به موقع و دقیق دسترسی نداشته باشند و احساس عدم توانایی یا عدم تمایل به پیروی از توصیه های بهداشتی داشته باشند.
افراد بی خانمان که در فضاهای شلوغ زندگی می کنند	اگر افراد در شرایط دشوار و بدون دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب مانند خوابگاه ها یا محله های فقیرنشین زندگی کنند، خطر بالایی برای ابتلا به همه گیری وجود دارد. رعایت فاصله فیزیکی ممکن است در مواردی که ازدحام بیش از حد معمول است و جابجایی مکرر افراد بین خانه ها اتفاق می افتد دشوار باشد. افرادی که در سکونت گاه های غیر رسمی و زاغه نشین ها زندگی می کنند ممکن است بیشتر به برنامه ها بی اعتماد باشند، این امر باعث می شود شایعات و اطلاعات غلط در جوامع گسترش یابد.
افراد نیازمند دریافت خدمات بهداشت روان	این افراد ممکن است در درک و پیروی از اطلاعات در مورد وضعیت و اقدامات پیشگیرانه مشکل داشته باشند. استرس و عدم اطمینان در مورد همه گیری ممکن است باعث ایجاد یا بدتر شدن شرایط آنها شود. اختلال در ارایه خدمات بهداشت روان ممکن است دسترسی به این خدمات را برای افرادی که نیازمند دریافت خدمات بهداشت روان هستند کاهش دهد.
افراد معلول	حتی در شرایط عادی افراد معلول کمتر به خدمات بهداشتی، آموزشی و شغلی دسترسی پیدا می کنند و در جامعه مشارکت می کنند. آنها به احتمال زیاد در فقر زندگی می کنند، میزان بالاتری از خشونت، بی توجهی و سوء استفاده را تجربه می کنند. آنها ممکن است در فرایندی تصمیم گیری کنار گذاشته شوند و در دسترسی برابر به اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ با مشکل روبرو باشند.
افراد بی خانمان که در شرایط کاری نامطلوب کار می کنند	افراد بی خانمان که در شرایط محدود مانند کارگاه های کوچک یا فضای بسته و ... کار می کنند، ممکن است نتوانند از دستورالعمل های بهداشتی پیروی کنند و امکانات تهویه مطبوعی داشته باشند.
زنان باردار	ممکن است در زمان اوج همه گیری به دلیل افزایش بیش از حد مراجعه به مراکز ارایه خدمات بهداشتی درمانی مراقبت روتین از این افراد دچار اختلال شود و یا در صورت مراجعه به کووید-۱۹ مبتلا شوند به ویژه در مراکز درمانی با اقدامات ناکافی کنترل عفونت.
پناهندگان و مهاجران	وضعیت حقوقی، تبعیض و موانع ارتباط زبانی ممکن است در درک پناهندگان و مهاجران از اطلاعات ارایه شده از منابع رسمی اختلال ایجاد کند.
زنان و دختران	زنان اکثریت نیروی کار بهداشتی را تشکیل می دهند و مراقبان اصلی بیماران هستند. در بعضی از کشورهای جهان زنان و دختران بیشتر در اقتصاد غیررسمی کار می کنند که زمینه خشونت های جنسیتی را افزایش می دهند.

کارگران در اقتصاد غیررسمی	این کارگران از نظر اقتصادی آسیب پذیرتر هستند و به طور بالقوه در شرایط غیرقانونی کار می کنند و از توصیه های بهداشت عمومی پیروی نمی کنند و به اطلاعات رسمی بهداشت عمومی دسترسی کافی ندارند.
ساکنان فقیر نشین یا زاغه نشین	برای این گروه با سطح پایین تحصیلات، شرایط سخت زندگی، دسترسی ناکافی به آب سالم و دسترسی کمتر به فن آوری، ممکن است موانعی در دسترسی یا درک اطلاعات رسمی بهداشت عمومی باشد.

ساختار اجرای برنامه

در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد هدایت کننده:

کارگروه آموزش و روابط عمومی ستاد ملی مبارزه با کرونا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

همکاران برنامه:

- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- سازمان اورژانس کشور
- سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
- اداره کل سازمانهای مردم نهاد و خیرین سلامت
- اداره کل همکاریهای بین الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- اداره کل بهداشت و درمان ستاد کل نیروهای مسلح
- سازمان بسیج جامعه پزشکی کشور
- سازمان نظام پزشکی
- سازمان نظام پرستاری و مامایی
- سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
- رصدخانه اجتماعی کووید ۱۹
- انجمن های خیریه
- تشکل های دانشجویی
- معاونت بهداشت و درمان ارتش جمهوری اسلامی ایران
- معاونت بهداشت و درمان سپاه پاسداران انقلاب اسلامی
- معاونت بهداشت و درمان نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
- سازمان هلال احمر

- سازمان تأمین اجتماعی
- کمیته امداد امام خمینی (ره)
- مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت

شرح وظایف در سطح ستاد:

۱. تدوین استراتژی های آموزش، ارتباطات خطر، مشارکت اجتماعی و اطلاع رسانی
۲. ارزیابی خطر دوره ای و تحلیل وضعیت با مشارکت کمیته علمی
۳. رصد شبکه های اجتماعی جهت اطلاع از نگرش و نیازهای مردم و مسیر خبری
۴. مدیریت اینفودمی و پاسخگویی به شایعات
۵. انجام پژوهش ها در حوزه علوم رفتاری، نگرش سنجی، میزان درک خطر
۶. استانداردسازی محتوا و رسانه های آموزشی و ترویجی و بروزرسانی آنها
۷. تعیین گروه های آسیب پذیر جهت آموزش و توانمندسازی
۸. تسهیل پاسخ های جامعه محور از طریق بهبود کیفیت و ثبات رویکردهای مشارکت های اجتماعی
۹. فراهم سازی زیرساخت های آموزشی و ارتباط دوسویه
۱۰. ایجاد زیرساخت لازم برای مشارکت مردم در فرآیند نیازسنجی ، تصمیم گیری و طراحی و اجرای مداخلات
۱۱. اطلاع رسانی فعالیت ها از طریق صدا و سیما، رسانه ها، خبرگزاری ها و پایگاه اطلاع رسانی
۱۲. توانمندسازی کارکنان نظام سلامت و اصحاب رسانه
۱۳. جلب حمایت سرشناسان و معتمدین
۱۴. پایش و ارزشیابی برنامه

شرح وظایف در سطح دانشگاه/ دانشکده:

- تشکیل کارگروه ارتباطات خطر با عضویت گروه آموزش و ارتقای سلامت و مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی
 - تدوین برنامه عملیاتی ارتباط خطر و مشارکت اجتماعی
 - شناسایی و تهیه لیست فوکل پوینت های سازمان ها و شرکای همکار (دولتی، غیر دولتی و مردمی)
 - تعیین، آموزش و توانمندسازی سخنگوی رسمی دانشگاه/ دانشکده
 - بازبینی دوره ای برنامه عملیاتی و لیست فوکل پوینت ها، وظایف، سیاست ها و سایر تغییرات
 - تعیین راهکار و کانال های مشخص جهت ارتباط موثر با مردم به ویژه گروه های آسیب پذیر و بیماران
 - استانداردسازی محتوا و رسانه های آموزشی بومی سازی شده متناسب با گروه هدف
 - تقویت هماهنگی بین بخشی با بهره گیری از ظرفیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
 - تقویت مشارکت اجتماعی با حضور کلیه ذینفعان با بهره گیری از ظرفیت خانه مشارکت در سلامت
 - مشارکت با سازمان های نظام پزشکی و نظام پرستاری جهت استفاده از ظرفیت کارکنان سلامت برای آموزش
 - تهیه لیست و جلب حمایت سرشناسان و افراد تاثیرگذار
 - انتقال پیام و توانمندسازی از طریق فوکل پوینت ها به مخاطبین
 - تهیه الگو جهت سناریو احتمالی در آینده (چه کسی، چگونه پیام را منتقل کند؟)
 - پیش بینی عکس العمل احتمالی مردم در سناریوهای مختلف و تهیه پیام هایی در مورد اقدامات متناسب جهت کاهش خطر، افزایش امید و کاهش انگ
 - تهیه و انتشار پیام های کلیدی جهت مردم و ذینفعان بر اساس اطلاعات موجود در خصوص خطر و راه های پیشگیری از آن
 - تهیه آرشو از سوالات پرتکرار و ارائه ی پاسخ های مناسب
 - انتخاب کانال های ارتباطی جهت انتشار پیام و جلب مشارکت مردمی: نشست های مردمی، آموزش خانه به خانه، شبکه های اجتماعی، تبلیغات محیطی و...
 - تعیین کانال های جایگزین هنگام عدم دسترسی یا ایجاد اختلال در کانال های روتین
 - تعیین ساز و کار جهت سنجش میزان اثربخشی برنامه ارتباطات خطر و نگرش مردم
 - تشکیل تیم رصد رسانه ها و خط ارتباطی دائم
 - شناسایی و ارتباط مداوم با افراد ذی نفوذ در گروه های در معرض خطر جهت اطلاع از نیازها و دغدغه ی آنها
 - جلب مشارکت مردم و نمایندگان آنها جهت برقراری ارتباط مداوم در بیان نیازها و بازخورد جامعه از اقدامات
- پاسخ

- ارتباط با خبرگزاری ها و تهیه بانک اطلاعات تماس فوکل پوینت ها
- استفاده از کانال های ارتباطی مختلف به صورت همزمان
- رصد شایعات و پاسخ از طریق کانال های مختلف
- اجرای برنامه های رادیویی و تلویزیونی و برقراری تماس تلفنی با مسوولان و تداوم استفاده از خطوط تلفن تعیین شده در طول پاندمی
- پیگیری برای دریافت اطلاعات به روز و ارایه به هنگام آنها به رسانه ها و کانال های ارتباطی
- برقراری ارتباط موثر با رسانه های خبری جهت اطمینان از دریافت آخرین اطلاعات ستاد ملی

چارچوب تغییر رفتار

چارچوب تغییر رفتار و شاخص های اصلی RCCE در زیر ذکر شده است. شاخص های پیشنهادی، تعدادی از متغیرهای مهم اجتماعی-رفتاری را که برای کاهش میزان سرایت و رعایت دستورالعمل های بهداشتی ضروری شناخته شده اند را اندازه گیری می کنند. چارچوب تغییر رفتار با هدف ساده سازی و استاندارد سازی جمع آوری، تجزیه، تحلیل و استفاده از داده های اجتماعی مرتبط با پاندمیکووید-۱۹ است و به مدیران برنامه RCCE در درک تغییرات اجتماعی در سطح جمعیت کمک می کند.

هدف اصلی این چهارچوب بیان مجموعه ای از شاخص های کلان برای تفکر راهبردی، ردیابی عملیاتی، تصمیم گیری مبتنی بر شواهد به هنگام، تأثیر بر رفتار، افزایش توانمندی جامعه و انسجام اجتماعی است.

اهداف خاص این چارچوب عبارتند از:

- پایش تغییرات رفتار و شناسایی روندها و فرصت ها
 - کمک به اولویت بندی اقدامات پاسخ و اطلاع رسانی تصمیمات جدید
 - تسریع و حمایت از شفافیت و اشتراک اطلاعات، دانش و ادراک
 - آمادگی و برنامه ریزی جهت واکنش سریع
 - تهیه درس آموخته ها جهت بازبینی سیاستگزاری ها و بهبود راهکار
- چارچوب تغییر رفتار در شش بعد سازمان یافته است که بیشترین اهمیت را برای درک چگونگی تأثیر اطلاعات، ادراک، دانش، عملکرد، متغیرهای اجتماعی و ساختاری برای افزایش رعایت دستورالعمل های بهداشتی در نظر گرفته اند. درک میزان و تأثیر این محرک های فردی و اجتماعی برای فهم اینکه چرا مردم ممکن است به دستورالعمل های بهداشتی پایبند باشند یا نه، بسیار حیاتی است.

چارچوب تغییر رفتار

اطلاعات و ارتباطات	- تقاضای اطلاعات - رضایت از اطلاعات	- دسترسی به اطلاعات - ریسک infodemic	اعتماد به اطلاعات
دانش و آگاهی	ماهیت بیماری	روش های پیشگیری	پروتکل های بهداشتی
ادراک	- درک ایمن بودن مراکز بهداشت - درک خطر انگ زدن	- درک در معرض خطر بودن - درک تاثیر روش های پیشگیری	درک منصفانه بودن توصیه های بهداشتی
عملکرد	- انجام روش های پیشگیری - دسترسی به مراقبت های بهداشتی غیر مرتبط با کووید-۱۹	دریافت واکسن	دریافت خدمات بهداشتی
محیط اجتماعی	- انگ - تأثیر فردی کووید-۱۹	هنجارهای اجتماعی	مشارکت اجتماعی
عوامل ساختاری	- شستشوی دست - میزان باسواد بزرگسالان	دسترسی به مراقبت های بهداشتی	دسترسی به اینترنت

اطلاعات و ارتباطات

متغیر	شاخص	تعریف اصطلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
تقاضای اطلاعات	درصد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را دنبال می کنند.	افرادی که حداقل هفته ای یک بار با استفاده از کانالهای موجود، اطلاعات مربوط به جنبه های مختلف کووید-۱۹ را دنبال می کنند (کارکنان بهداشت، خانواده، دوستان، بزرگان محلی، روزنامه ها، رادیو، تلویزیون، رسانه های اجتماعی آنلاین و اپلیکیشن های پیام رسان)	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را دنبال می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
دسترسی به اطلاعات	درصد افرادی که به اطلاعات مناسب کووید-۱۹ دسترسی دارند	اطلاعات صحیح و واقعی به زبان بومی که به افراد در شناسایی راه کار بومی و اتخاذ اقدامات پیشگیرانه کمک کند.	تعداد افرادی که به اطلاعات مناسب کووید-۱۹ دسترسی دارند	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را دنبال می کنند.
رضایت از اطلاعات	درصد افرادی که از محتوای اطلاعاتی که در زمینه کووید-۱۹ دریافت می کنند راضی هستند	رضایت از محتوای اطلاعاتی دریافت شده بدون در نظر گرفتن قالب یا کانال یا منبع اطلاعات	تعداد افرادی که از محتوای اطلاعاتی که در زمینه کووید-۱۹ دریافت می کنند اظهار رضایت کردند.	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را دنبال می کنند.
اعتماد به اطلاعات	درصد افرادی که کانال های ارتباطی که اطلاعات درمورد کووید-۱۹ دریافت میکنند اعتماد دارند.	احساس فرد از قابل اطمینان بودن کانال ارتباطی که از طریق آن اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را دریافت می کنند. کانال ها ممکن است شامل	تعداد افرادی می گویند که کانال های ارتباطی که اطلاعات درمورد کووید-۱۹ دریافت میکنند اعتماد دارند.	تعداد افرادی که به طور هفتگی اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را دنبال می کنند.

		کارکنان بهداشت ، خانواده ، دوستان ، بزرگان محلی ، روزنامه ها ، رادیو ، تلویزیون ، منابع آنلاین از جمله رسانه های اجتماعی آنلاین و اپلیکیشن های پیام رسان باشند		
تعداد کل محتوا در مورد کووید-۱۹ در فضای مجازی طی ماه گذشته	تعداد محتوای غیر قابل اعتماد در فضای مجازی در مورد کووید-۱۹ طی ماه گذشته	منظور از محتوای غیر قابل اعتماد ، اخبار نادرست ، غیر قابل اطمینان یا ادعاهای بی اساس است. محتوا در سطح جغرافیایی یا جمعیتی اندازه گیری می شود .	نسبت محتوای غیر قابل اعتماد به تمام مطالب آنلاین در یک منطقه و جمعیت خاص	ریسک infodemic

دانش و آگاهی

متغیر	شاخص	تعریف اصطلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
ماهیت بیماری	درصد افرادی که علائم بیماری را به درستی می دانند	علائمی که در دستورالعمل های وزارت بهداشت، تعریف شده است	تعداد افرادی که علائم بیماری را به درستی می دانند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
	درصد افرادی که راه های انتقال بیماری را به درستی می دانند	راه های انتقال که در دستورالعمل های وزارت بهداشت، تعریف شده است	تعداد افرادی که راه های انتقال بیماری را به درستی می دانند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
روش پیشگیری های	درصد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر کووید-۱۹ محافظت کنند	دانش در مورد روش های پیشگیرانه مانند شستشوی دست ها، فاصله فیزیکی، استفاده از ماسک، برقراری تهویه مناسب، اجتناب از حضور در اماکن شلوغ	تعداد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر کووید-۱۹ محافظت کنند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
	درصد افرادی که می دانند چگونه از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری کنند	آگاهی در مورد اقدامات (محدود کردن تردد در اجتماع، عدم حضور در مناسبات پرتجمع، لغو سفرهای غیر ضروری و...) که برای جلوگیری از انتقال کووید-۱۹ در یک منطقه جغرافیایی خاص بسیار مهم است	تعداد افرادی که می دانند چگونه از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری کنند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
پروتکل بهداشتی های	درصد افرادی که می دانند در صورت تماس با فرد مبتلا به کووید-۱۹ چه اقداماتی باید انجام شود	اقدامات مانند رعایت قرنطینه، انجام تست و رهگیری تماس . این اقدامات بستگی به شرایط کلی، ظرفیت آزمایشگاه ها و امکانات موجود دارد	تعداد افرادی که می دانند در صورت تماس با فرد مبتلا به کووید-۱۹ چه اقداماتی باید انجام شود	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر

ادراک

متغیر	شاخص ها	تعریف اصطلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
درک در معرض خطر بودن	درصد افرادی که معتقدند در معرض خطر ابتلا به کووید-۱۹ هستند	تصور ذهنی فرد از احتمال ابتلا به کووید-۱۹	تعداد افرادی که معتقدند در معرض خطر ابتلا به کووید-۱۹ هستند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
درک تاثیر روش های پیشگیری	درصد افرادی که معتقدند رعایت روش های پیشگیرانه، از آنها در برابر کووید-۱۹ محافظت می کند	درک فرد مبنی بر اینکه با رعایت اقدامات توصیه شده از خود در برابر کووید-۱۹ محافظت می کند	تعداد افرادی که معتقدند رعایت روش های پیشگیرانه، از آنها در برابر کووید-۱۹ محافظت می کند	تعداد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر کووید-۱۹ محافظت کنند
	درصد افرادی که معتقدند با رعایت روش های پیشگیرانه، از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری می کنند	درک فرد مبنی بر اینکه با رعایت اقدامات توصیه شده از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری می کند	تعداد افرادی که معتقدند با رعایت روش های پیشگیرانه، از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری می کنند	تعداد افرادی که می دانند چگونه از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری کنند
درک ایمن بودن مراکز بهداشت	درصدی افرادی که معتقدند مراکز بهداشتی، درمانی برای ارائه خدمات، امن هستند.	تصور فرد از اینکه با مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی برای دریافت خدمات، خود و خانواده در معرض خطر آلودگی به ویروس کرونا قرار نمی گیرند.	تعداد افرادی که معتقدند مراکز بهداشتی برای ارائه خدمات، امن هستند.	افرادی که به مراکز بهداشتی، درمانی دسترسی دارند
درک خطر انگ زدن	درصد افرادی که تصور می کنند، ابتلا به کووید-۱۹ باعث انگ است.	تصور فرد از بدنام شدن توسط جامعه و خانواده و دوستان، زمانیکه با فرد مبتلا به کووید-۱۹ ارتباط دارد یا خود مبتلا به کووید است.	تعداد افرادی که تصور می کنند، ابتلا به کووید-۱۹ باعث انگ است.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
درک منصفانه بودن توصیه های بهداشتی	درصد افرادی که فکر می کنند توصیه های بهداشتی برای کووید-۱۹ منصفانه است	درک نابرابری موجب ناامیدی می شود که می تواند بر انسجام اجتماعی تأثیر منفی بگذارد و اعتماد به توصیه های بهداشتی را کاهش دهد	تعداد افرادی که فکر می کنند توصیه های بهداشتی برای کووید-۱۹ منصفانه است	مجموع افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر کووید-۱۹ محافظت کنند و چگونه از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری کنند

عملکرد

متغیر	شاخص	تعریف اصلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
انجام روش های پیشگیری	درصد افرادی که روش های پیشگیرانه برای محافظت از خود در مقابل کووید ۱۹ را انجام می دهند.	روش های پیشگیرانه طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت	تعداد افرادی که روشهای پیشگیرانه برای محافظت از خود در مقابل کووید ۱۹ را انجام داده اند	تعداد افرادی که می دانند چگونه از خود در برابر کووید-۱۹ محافظت کنند
	درصد افرادی که روش های پیشگیرانه برای جلوگیری از انتقال کووید-۱۹ در جامعه را انجام می دهند.	روش های پیشگیرانه طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت	تعداد افرادی که روش های پیشگیرانه برای جلوگیری از انتقال کووید-۱۹ در جامعه را انجام می دهند	تعداد افرادی که می دانند چگونه از انتقال کووید-۱۹ در جامعه خود جلوگیری کنند.
دریافت واکسن	درصد افراد واجد شرایط ، که به محض تامین واکسن برای تزریق آن اقدام میکنند.	اقدام به دریافت واکسن در گروه های هدف	تعداد افراد واجد شرایط ، که به محض تامین واکسن برای تزریق آن اقدام میکنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
دریافت خدمات بهداشتی	درصد افرادی که سریعاً به دنبال درمان پزشکی خواهند بود در صورتی که علائم بیماری کووید ۱۹ داشته باشند.	این می تواند شامل تماس تلفنی ویژه و اختصاصی، مشاوره کارکنان پزشکی، گرفتن آزمایش و یا جستجوی درمان باشد.	تعداد افرادی که سریعاً به دنبال درمان پزشکی خواهند بود در صورتی که علائم بیماری کووید ۱۹ داشته باشند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر که به امکانات بهداشتی دسترسی دارند .
	درصد افرادی که در صورت داشتن علائم کووید ۱۹ خود درمانی می کنند.	افراد به دنبال هیچ مشاوره یا خدمات درمانی رسمی نیستند.	تعداد افرادی که در صورت داشتن علائم کووید ۱۹ خود درمانی می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر که به امکانات بهداشتی دسترسی دارند.
دسترسی به مراقبت های بهداشتی غیر مرتبط با کووید-۱۹	درصد افرادی که در دسترسی به مراقبت های بهداشتی برای درمان بیماری غیر مرتبط با کووید-۱۹ مشکل دارند.	خدمات بهداشتی (سلامت جنسی و بهداشت باروری، ایمن سازی، درمان سرطان و غیره) به دلیل فشار ناشی از کووید-۱۹ بر سیستم سلامت ملی و محلی متوقف شده یا به تاخیر افتاده است.	تعداد افرادی که در دسترسی به مراقبت های بهداشتی برای درمان بیماری غیر مرتبط با کووید-۱۹ مشکل دارند.	مجموع پاسخ دهندگانی که نیاز به درمان بیماری خودشان و یا فرزندانشان دارند و معمولاً به امکانات بهداشتی دسترسی دارند.

محیط اجتماعی

متغیر	شاخص	تعریف اصلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
انگ	درصد افرادی که شاهد انگ زدن به مبتلایان کووید-۱۹ بوده اند	انگ بصورت سو استفاده کلامی، فیزیکی و احساسی یا عدم دسترسی به خدمات و زیرساخت (مسکن، شغل، آموزش)، عدم ورود به موقعیت های اجتماعی تعریف می شود، چرا که آن ها به کووید-۱۹ مبتلا هستند و یا مرتبط با آوردن این بیماری به جامعه هستند.	تعداد افرادی که شاهد انگ زدن به مبتلایان کووید-۱۹ بوده اند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
	درصد افرادی که باور دارند در صورت تماس با بیمار مبتلا به کووید-۱۹، دوستان یا خانواده شان آن ها را قرنطینه می کنند.	درک فرد از این که خود جداسازی یک هنجار اجتماعی است و از جامعه انتظار می رود که این موضوع را رعایت کند.	تعداد افرادی که باور دارند در صورت تماس با بیمار مبتلا به کووید-۱۹، دوستان یا خانواده شان آن ها را قرنطینه می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
هنجارهای اجتماعی	درصد افرادی که گزارش می دهند که مقامات از مردم محلی برای اطلاع رسانی اقدامات بهداشت عمومی استفاده می کنند.	مقامات (نهادهای ملی، محلی) بطور مستقیم با مردم محلی کار می کنند تا روندهای تصمیم گیری درباره اقدامات بهداشت عمومی را اطلاع رسانی کنند.	تعداد افرادی که گزارش می دهند که مقامات از مردم محلی برای اطلاع رسانی اقدامات بهداشت عمومی استفاده می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
	درصد افرادی که در تصمیم گیری درباره اقدامات اجتماعی مربوط به کووید-۱۹ مشارکت می کنند.	توانایی فرد برای شرکت در فرآیندهای تصمیم گیری گروهی موثر بر جامعه یعنی مشارکت در برنامه ریزی محلی و اجتماعی برای کووید-۱۹	تعداد افرادی که در تصمیم گیری درباره اقدامات اجتماعی مربوط به کووید-۱۹ مشارکت می کنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
مشارکت اجتماعی	درصد افرادی که می دانند چگونه با ارایه نظرات و شکایات خود، در فرآیند اتخاذ تصمیمات موثر بر سلامت مشارکت کنند.	دانش افراد درباره چگونگی ارایه نظرات و شکایات خود، جهت مشارکت در فرآیند اتخاذ تصمیمات موثر بر سلامت	تعداد افرادی که می دانند چگونه با ارایه نظرات و شکایات خود، در فرآیند اتخاذ تصمیمات موثر بر سلامتشان، مشارکت کنند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
	درصد افرادی که به مسوولین و سازمان های مدیریت کننده کووید-۱۹ اعتماد دارند	افزایش اعتماد ناشی از برنامه های مشارکت اجتماعی انجام شده توسط مسوولین دولتی و سایر سازمان های غیردولتی	تعداد افرادی که به مسوولین و سازمان های مدیریت کننده کووید-۱۹ اعتماد دارند	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر

تأثیر فردی کووید-۱۹	درصد افرادی که گزارش می‌دهند کووید-۱۹ تأثیر منفی اقتصادی بر زندگی آن‌ها داشته‌است.	نگرانی‌ها در مورد تأثیر منفی اقتصادی بر زندگی شامل از دست دادن درآمد، از دست دادن شغل، چالش‌های امنیت غذایی و قدرت خرید	تعداد افرادی که گزارش می‌دهند کووید-۱۹ تأثیر منفی اقتصادی بر زندگی آن‌ها داشته‌است.	مجموع پاسخ‌دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
	درصد افرادی که گزارش می‌دهند کووید-۱۹ تأثیر روانی اجتماعی منفی بر زندگی آن‌ها داشته‌است	تأثیرات روانی - اجتماعی منفی شامل احساس اضطراب یا ترس از آینده، احساس ناامیدی، افسردگی؛ بی‌خوابی	تعداد افرادی که گزارش می‌دهند کووید-۱۹ تأثیر روانی اجتماعی منفی بر زندگی آن‌ها داشته‌است	مجموع پاسخ‌دهندگان ۱۵ سال و بالاتر

عوامل ساختاری

متغیر	شاخص	تعریف اصلاحات کلیدی	صورت کسر	مخرج کسر
شستشوی دست	درصد افرادی که حداقل امکانات اولیه شستن دست با آب و صابون را دارند.	حداقل امکانات اولیه شستشوی دست شامل آب تمیز و صابون است. در بعضی از شرایط محلول های ضد عفونی کننده بر پایه الکل استفاده می شود.	تعداد افرادی که حداقل امکانات اولیه شستن دست با آب و صابون را دارند.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر
دسترسی به مراقبت های بهداشتی	نسبت پزشک و پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	شاخص کلیدی برای پایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است که خود نشانگر عدالت در تخصیص منابع انسانی است.	کل پزشکان و پرستاران کشور	کل جمعیت
	نسبت بهورز و مراقب سلامت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	شاخص کلیدی برای پایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است که خود نشانگر عدالت در تخصیص منابع انسانی است.	تعداد بهورز و مراقب سلامت	کل جمعیت
دسترسی به اینترنت	درصد افرادی که از اینترنت استفاده می کنند.	افرادی که در سه ماه گذشته از اینترنت استفاده کرده اند.	تعداد افرادی که از اینترنت استفاده می کنند.	تعداد افراد بین ۱۶ تا ۷۴ سال
میزان باسوادی بزرگسالان	درصد افراد ۱۵ سال و بالاتر که توانایی خواندن و نوشتن و درک یک مطلب ساده در مورد زندگی روزمره را دارد.	میزان سواد آموزی به عنوان درصدی از جمعیت یک گروه سنی معین تعریف می شود که می تواند بخواند و بنویسد.	تعداد افراد ۱۵ سال و بالاتر که توانایی خواندن و نوشتن و درک یک مطلب ساده در مورد زندگی روزمره را دارد.	مجموع پاسخ دهندگان ۱۵ سال و بالاتر