



معرفی اجزا و ساختار مستند حمایت طلبی

پاییز ۱۳۹۸

دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت



<http://nihr.tums.ac.ir>

موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



از این کتاب تنها ۳۰ نسخه چاپ شده است و نسخه الکترونیک آن بر روی وبسایت
موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در دسترس است.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی تهران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران
دبیر خانه دیده بانی سلامت

معرفی اجزا و ساختار مستند حمایت طلبی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران
دبیر خانه دیده بانی سلامت



دانشگاه علوم پزشکی تهران

مستند حمایت‌طلبی یک ابزار کاربردی مهم برای تأثیرگذاری بر فرایندهای سیاست‌گذاری می‌باشد که عموماً توسط افراد و سازمان‌های میانجی دانش مانند مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران تهیه می‌شود. در این مجلد ابتدا به‌طور خلاصه تعریف و اهمیت حمایت‌طلبی در سلامت عمومی و چگونگی انجام آن ذکر شده و سپس ساختار و اجزای مستند حمایت‌طلبی شرح داده شده‌است. برای استفاده از مطالب این گزارش لطفاً از آدرس استنادی زیر استفاده شود:

«معرفی اجزا و ساختار مستند حمایت‌طلبی. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، پاییز ۱۳۹۸»

"Introducing advocacy paper structure and components. National Institute for Health Research. Autumn 2019"

۱	مقدمه
۲	نقش حمایت طلبی در حل مشکلات مرتبط با سلامت عمومی
۶	مراحل انجام حمایت طلبی براساس نتایج تحقیقات
۷	۱. برنامه ریزی برای تحقیق
۱۰	۲. انجام تحقیق
۱۱	۳. انتشار تحقیق
۱۳	مستند حمایت طلبی و ساختار آن
۱۵	مقایسه مستند حمایت طلبی با سایر مستندات مشابه
۱۵	۱. گزارش‌های تحلیل وضعیت
۱۶	۲. خلاصه‌های سیاستی و گفتگوی سیاستی
۱۷	۳. گزاره برگ
۱۸	معرفی چند نمونه مستند حمایت طلبی
۲۱	منابع
	پیوست ۱: فرمت پیشنهادی مستند حمایت طلبی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
۲۳	

فهرست شکل‌ها

۵	شکل ۱. زنجیره انتشار نتایج تا حمایت طلبی آگاه از شواهد
۶	شکل ۲. چرخه تحقیق- حمایت طلبی

یکی از تفاوت‌های مهم افراد و سازمان‌های میانجی دانش مانند مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران با سایر مراکزی که به‌طور ویژه تحقیق و پژوهش انجام می‌دهند، موضوع «حمایت‌طلبی» است. حمایت‌طلبی در سلامت عمومی به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اطلاق می‌شود که از طریق تأثیرگذاری بر فرآیندهای سیاست‌گذاری، باعث حل یک مشکل مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت جامعه می‌شود. مراحل اصلی انجام حمایت‌طلبی شامل این موارد است:

(۱) شناسایی مشکل؛

(۲) شناسایی و تعیین مخاطبان اصلی و فرعی حمایت‌طلبی؛

(۳) رساندن پیام به مخاطب.

مخاطبان اصلی در حمایت‌طلبی، سیاست‌گذاران ارشد هستند و هدف از حمایت‌طلبی، افزایش آگاهی و تغییر نگرش به‌منظور تغییر رفتار آنان برای اجرایی شدن راهکار پیشنهادی و در نهایت حل مشکل می‌باشد. برای رساندن پیام، روش‌های مختلفی مانند لابی‌گری، استفاده از رسانه و... پیشنهاد شده است که لازم است با توجه به موضوع حمایت‌طلبی استفاده شوند.

یکی از مهم‌ترین مستندات که برای انتقال پیام حمایت‌طلبی کاربرد دارد "مستند حمایت‌طلبی" است. در واقع ساده‌ترین روش انجام حمایت‌طلبی این است که مستند حمایت‌طلبی به‌طور مستقیم در اختیار مخاطبان گذاشته شود. ساختار یک مستند حمایت‌طلبی معمولاً شامل این موارد است:

(۱) توصیف مشکل: مشکل دقیقاً چیست و چه ابعاد و تبعاتی دارد؟؛

(۲) علل و عوامل ایجاد این مشکل چیست؟؛

(۳) درخواست دقیق مستند حمایت طلبی برای حل این مشکل چیست؟؛

(۴) چگونه می توان این درخواست ها را اجرایی کرد؟ الزامات اجرای آنها چیست؟ این قسمت ممکن است به طور مستقیم در مستند حمایت طلبی نوشته نشود اما باید به صورت یک مستند پشتیبان تدوین و آماده باشد؛

(۵) معرفی تیم حمایت طلبی.

در این مجلد ابتدا به طور خلاصه تعریف و اهمیت حمایت طلبی در سلامت عمومی و چگونگی انجام حمایت طلبی براساس نتایج تحقیقات ذکر شده و سپس ساختار و اجزای مستند حمایت طلبی به عنوان یک ابزار کاربردی برای انجام حمایت طلبی شرح داده می شود.

حمایت‌طلبی^۱ در معنای عام شامل مجموعه فعالیت‌های فردی یا گروهی است که هدف آن تأثیر بر تصمیم‌گیری‌ها در نظام‌ها و نهادهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است. برای حمایت‌طلبی در سلامت عمومی^۲ نیز تعاریف مختلفی ذکر شده است [۱] اما عموماً حمایت‌طلبی در سلامت عمومی به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اطلاق می‌شود که «از طریق تأثیرگذاری بر فرآیندهای سیاست‌گذاری باعث حل یک مشکل مشخص مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت جامعه می‌شوند» [۲، ۳]. در این مجلد نیز منظور از حمایت‌طلبی، «حمایت‌طلبی در سلامت عمومی» می‌باشد. حمایت‌طلبی در سلامت عمومی اغلب به‌عنوان فرآیند کسب تعهد سیاسی برای یک هدف یا برنامه خاص تعریف می‌شود و برخی از آن به‌عنوان یک استراتژی سلامت جمعیت^۳ یاد می‌کنند [۴، ۵]. در واقع یک حمایت‌طلبی موفق در نهایت باید به چرخه سیاست‌گذاری، اجرای سیاست، ارزیابی نتایج و بازخورد منجر شود.

توجه به نقش حمایت‌طلبی در حل مشکلات مرتبط با سلامت عمومی در سال‌های اخیر افزایش یافته و مثال‌های مختلفی از مشکلات سلامت عمومی که از طریق حمایت‌طلبی حل شده وجود دارد [۱۱، ۶-۴]. همچنین مقالات علمی و منتشر شده در مجلات معتبر در مورد حمایت‌طلبی در سلامت عمومی در حال افزایش است. تعداد مقالات استخراج شده در جستجوی Web of Science با کلید واژه‌های “advocacy OR” AND “public health” “advocate” در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۷ میلادی سه برابر بیشتر از دهه قبل از آن بوده است [۱].

به دلیل ماهیت متفاوت مشکلات مرتبط با سلامت و راه‌حل‌های استفاده شده برای حل آنها، راهکارهای متفاوتی جهت حمایت‌طلبی برای حل مشکل به‌کار گرفته شده است. برخی از این راهکارها عبارتند از: ایجاد و حفظ ائتلاف‌های مؤثر، استفاده راهبردی از رسانه‌های خبری، و استفاده از داده‌ها و اطلاعات. با وجود تفاوت‌ها، راهکارهای استفاده شده در حمایت‌طلبی در اصول کلی زیر مشترک هستند:

(۱) **هدف اصلی در حمایت‌طلبی، تغییر عوامل کلان بالادست مانند قوانین، مقررات، سیاست‌ها می‌باشد [۱۱]؛** یک حمایت‌طلبی موفق در نهایت به یکی از این سه مورد منجر خواهد شد: الف) تدوین و ابلاغ یک سیاست مناسب جدید؛ ب) اصلاح یک سیاست نامناسب در حال اجرا؛ و یا ج) اطمینان از استقرار یک سیاست خوب و اجرایی.

(۲) **برای رسیدن به نتیجه نهایی زمان زیادی لازم است؛** در جریان حمایت‌طلبی از سیاست‌گذاران خواسته می‌شود برخلاف مفروضات قبلی و رویه فعلی و رایجی که دارند، کاری را انجام دهند که لازمه آن افزایش آگاهی و تغییر نگرش است؛ به‌همین دلیل حمایت‌طلبی معمولاً زود به نتیجه نمی‌رسد. حتی گاهی به دلایلی مانند مخالفت شدید تیم سیاست‌گذاری، برای آغاز حمایت‌طلبی نیاز به یک پنجره فرصت است که ممکن است ماه‌ها، سال‌ها و حتی بعضی اوقات تا زمان تغییرات سیاسی و مدیریتی طول بکشد؛ بنابراین باید به انتظار نشست.

۳) **حمایت‌طلبی یک اقدام جمعی و کارگروهی است؛** کاملاً مشخص است که انجام حمایت‌طلبی از عهده یک فرد به تنهایی ساخته نیست و برای این کار به تشکیل تیم نیاز است. حمایت‌طلبی در واقع جمع کردن گروه‌های مختلف برای همکاری برای یک هدف مشترک است [۹]. معمولاً تیم حمایت‌طلبی در ابتدای کار تنها از یک گروه اندک شامل یکی دو نفر تشکیل شده است؛ اما این گروه به تدریج و در جریان کار باید بتواند با به‌کارگیری راهکارهای مناسب، سایر ذی‌نفعان را با خود همراه سازد و به‌صورت «گلوله برفی» تیم را بزرگتر و قوی‌تر سازند. در واقع از یک منظر، حمایت‌طلبی رویکردی است برای دادن فرصت ابراز وجود به افراد و گروه‌هایی که صدای آنها در بحث‌های سیاسی مورد توجه قرار نمی‌گیرد [۱].

برخی، فعالیت‌های انجام شده در جریان حمایت‌طلبی را به سه گروه خفیف، متوسط و شدید تقسیم کرده‌اند [۱۲]. فعالیت‌های خفیف معمولاً شامل برگزاری جلسات و مذاکرات پراکنده با ذی‌نفعان، به اشتراک‌گذاری اطلاعات، و تهیه گزارش‌ها و مستندات و خلاصه‌های غیراختصاصی می‌باشد. فعالیت‌های متوسط شامل برگزاری مذاکرات ساختارمند و ادامه‌دار، پاسخگویی به مخالفان، برگزاری جلسات با سیاست‌گذاران و مقامات منتخب، تشکیل ائتلاف استراتژیک با سایر گروه‌ها، و مکاتبه با سیاست‌گذاران و مقامات منتخب و خبررسانی از طریق رسانه‌ها است. فعالیت‌های شدید شامل انتقاد در فضای رسانه‌های عمومی، برگزاری کمپین‌های تبلیغاتی، انتشار اطلاعات برای عموم، و یا حتی سازمان‌دهی و تشکیل تجمعات هستند.

اطلاعات و شواهد مورد نیاز برای انجام حمایت‌طلبی، توسط محققان و از نتایج مطالعات استخراج می‌شود و در واقع لازمه انجام یک حمایت‌طلبی مؤثر، فراهم بودن شواهد و مدارک کافی است [۱۳]. با وجود اینکه تأثیر بر سیاست‌گذاری به‌عنوان یکی از اثرات تحقیقات در هنگام ارزشیابی آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد و مورد توجه سرمایه‌گذاران تحقیقات^۱ است [۱۶-۱۴]، انجام حمایت‌طلبی ممکن است لزوماً جزو وظایف اصلی محققان نباشد؛ زیرا

درگیر شدن در این فعالیت‌ها، ممکن است آنها را از کار اصلی خود بازدارد [۱۹-۱۷]؛ علاوه بر آن، کار محققان و مراکز تحقیقاتی تهیه و ارائه شواهد است و با اینکه شواهد، لازمه تأثیرگذاری بر فرایندهای سیاست‌گذاری است؛ اما انتشار شواهد علمی به تنهایی کافی نیستند و باید این شواهد به‌نحو مناسبی به‌دست‌گروه هدف آنها برسد و کاربردی شود؛ به‌عبارت دیگر، حمایت‌طلبی در واقع بازاریابی و فروش اهداف و برنامه‌های حاصل از تحقیقات به سیاست‌گذاران است و چیزی فراتر از کار بین محققان و سیاست‌گذاران برای تولید مستندات لازم برای سیاست‌گذاری آگاه از شواهد است [۲۰]؛ به‌همین دلیل مهارت‌های لازم برای تبدیل شواهد علمی به‌صورت قابل استفاده در سیاست‌گذاری، با مهارت‌های لازم برای انجام تحقیق تفاوت دارند [۲۱].

بر این اساس می‌توان محققان را در یک طیف دسته‌بندی کرد؛ در یک سوی آن محققانی هستند که اصطلاحاً در برج عاج نشسته و تنها کار تحقیق و تولید شواهد انجام می‌دهند و در سوی دیگر افراد آکادمیکی هستند که درگیر انجام حمایت‌طلبی برای کاربردی شدن نتایج مطالعات هستند (شکل ۱).

حمایت‌طلبی معمولاً توسط افراد و سازمان‌های میانجی‌دانش^۱ انجام می‌شود [۲۲، ۲۳]. در واقع یکی از تفاوت‌های مهم سازمان‌هایی مانند مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران با سایر مراکزی که به‌طور ویژه تحقیق و پژوهش انجام می‌دهند، موضوع «حمایت‌طلبی» است. نشان داده شده که افراد یا سازمان‌ها برای موفقیت در انجام حمایت‌طلبی باید دارای سه مهارت کلیدی باشند [۹]:

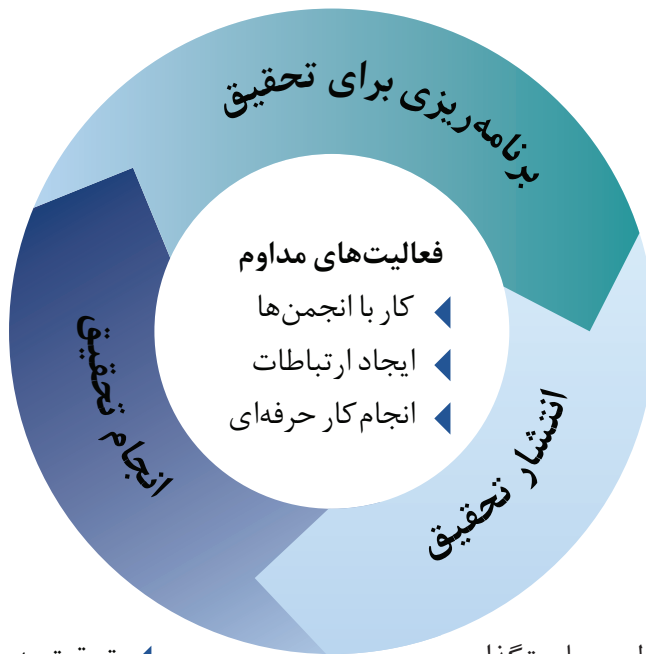
- ۱) توانایی کار تیمی با ذی‌نفعان مختلف؛
- ۲) توانایی استفاده مناسب رسانه‌ها؛
- ۳) توانایی انجام تحلیل استراتژیک.



شکل ۱. زنجیره انتشار نتایج تا حمایت طلبی آگاه از شواهد [۱]

تاکنون مدل‌های مختلفی برای نشان دادن چگونگی منتهی شدن تحقیق به حمایت‌طلبی پیشنهاد شده است که یکی از کامل‌ترین آنها مدل پیشنهاد شده توسط Stewart و Smith به نام چرخه «تحقیق - حمایت‌طلبی»^[۱] است که در سال ۲۰۱۷ میلادی معرفی شد؛ این مدل در شکل ۲ نشان داده شده است.

- ◀ انتخاب موضوع مرتبط با سیاست‌گذاری و سازگار با رسانه
- ◀ تشکیل ائتلاف برای تأثیرگذاری



- ◀ ارائه به مخاطب سیاست‌گذار
- ◀ خروجی‌های غیر آکادمیک
- ◀ انتشار از طریق رسانه‌ها
- ◀ تحقیق به روش مشارکتی

شکل ۲. چرخه تحقیق - حمایت‌طلبی [۱]

براساس این مدل، حمایت‌طلبی سه مرحله دارد:

۱. برنامه‌ریزی برای تحقیق

حمایت‌طلبی با برنامه‌ریزی برای تحقیق^۱ شروع می‌شود. در قدم اول، مشکلی که قرار است برای حل آن حمایت‌طلبی صورت گیرد، انتخاب می‌شود. عواملی مثل مرتبط بودن با سیاست‌گذاری^۲، سازگاری با رسانه^۳ و قابلیت موفقیت در حل این مشکل^۴ در انتخاب مشکل دخیل هستند؛ همچنین در این قسمت انتخاب افراد تیم حمایت‌طلبی شناسایی خواهند شد.

قدم بعدی برای انجام حمایت‌طلبی پس از انتخاب مشکل، شناخت کامل ابعاد آن است. در واقع باید به چهار سؤال زیر پاسخ مناسب داده شود [۲۴]: الف) مشکل دقیقاً چیست و چه ابعاد و تبعاتی دارد؟؛ ب) علل و عوامل ایجاد این مشکل چیست؟؛ ج) بهترین راهکار برای حل مشکل چیست و چگونه باید اجرا شود؟؛ د) این راهکار باید توسط چه فرد یا افرادی اجرا شود؟. توانایی انجام تحلیل استراتژیک^۵ که از آن به عنوان یکی از توانایی‌های اصلی برای انجام حمایت‌طلبی نام برده می‌شود، در واقع توانایی پاسخ‌گویی به همین سؤالات است.

الف) مشکل دقیقاً چیست و چه ابعاد و تبعاتی دارد؟

هدف اصلی در این قسمت، پی بردن مخاطبان حمایت‌طلبی به اهمیت و جدی بودن مشکل است؛ به همین دلیل مهمترین اطلاعات و شاخص‌هایی که باید برای ارائه استخراج و آماده شوند، اطلاعات مربوط به اثرات مشکل بر سلامتی مانند «جمعیت در معرض خطر، میزان بروز و یا شیوع، عوارض و مرگ‌ومیر و بار بیماری» ناشی از مشکل هستند. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور ایجاد حساسیت بیشتر در مخاطبان، تبعات اقتصادی و هزینه‌ای که مشکل بر نظام سلامت و مردم تحمیل می‌کند نیز ارائه شود؛ علاوه بر آن، روند شاخص‌های مربوط به مشکل در طول زمان و مقایسه بین وضعیت کشور با سایر کشورها نیز بسته به موضوع، جزء مواردی است که باید آماده شود. در این قسمت داده‌های کمی بر داده‌های کیفی اولویت دارد و باید سعی بر آن باشد که به همه ابعاد مشکل پرداخته شود، از سوگیری پرهیز و اطلاعات براساس منابع قابل اطمینان جمع‌آوری شود؛ واضح است که ذکر

کردن منبع اطلاعات در هنگام ارائه آن به مخاطبان، به قویتر شدن این قسمت کمک زیادی می‌کند.

ب) علل و عوامل ایجاد این مشکل چیست؟

از آن جایی که هدف از حمایت‌طلبی حل کردن مشکل است، باید علل مشکل نیز معرفی شوند. ممکن است در برخی از موارد علل و عوامل ایجاد یک مشکل کاملاً واضح و مشخص باشد؛ اما معمولاً لازم است با استفاده از شواهد علمی علل ریشه‌ای مشکل نیز توضیح داده شوند.

ج) بهترین راهکار برای حل مشکل چیست و چگونه باید اجرا شود؟

این قسمت نقش کلیدی در موفقیت حمایت‌طلبی دارد و مهم‌ترین ابزار تیم حمایت‌طلبی است. راهکار پیشنهادی باید کاملاً شفاف و دقیق باشد و از کلی‌گویی پرهیز شود [۱]؛ لازم است موارد زیر در توصیف این راهکار مد نظر قرار گیرند:

۱) معمولاً مشکل سابقه درازمدتی در کشور دارد و سایر کشورها نیز کمابیش با آن دست به گریبان هستند؛ به همین دلیل لازم است تجربیات قبلی داخل کشور و سایر کشورها و همچنین توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی مرور شود؛

۲) عموماً راهکارهای مختلفی برای حل این مشکل وجود دارد؛ به همین دلیل لازم است سایر راهکارهای پیشنهاد شده و به‌کارگرفته شده نیز ارائه شود و با دلایل و شواهد مناسب، علت این‌که چرا در شرایط فعلی این راه‌حل پیشنهاد شده است، کاملاً مشخص شود؛

۳) باید برنامه دقیق اجرای مداخلات پیشنهادی مشخص شود. آماده کردن این قسمت معمولاً بیشترین زمان را به خود اختصاص می‌دهد و ضعف در این قسمت، یکی از علل اصلی عدم موفقیت حمایت‌طلبی است. گاهاً مخاطبان حمایت‌طلبی با شنیدن راهکار پیشنهادی، ممکن است بگویند که «این‌ها را که خودم هم می‌دانستم، اگر راست می‌گویید به من بگویید که چطور باید این راهکارها را اجرا کرد؟»؛ به همین دلیل بهتر است قبل از اطمینان از در اختیار داشتن برنامه اجرایی، حمایت‌طلبی آغاز نشود؛ در واقع گفته می‌شود

که باید به‌قدری بر روی این قسمت کار شود که اگر فرضاً همین امروز سیاست مورد نظر ابلاغ شد، دقیقاً مشخص باشد از فردا باید چه کارهایی انجام شود؛ برنامه اجرایی باید شامل موارد زیر باشد:

- ◀ منابع مورد نیاز برای اجرایی شدن مداخلات پیشنهادی (به ویژه منابع مالی)؛
- ◀ ذی‌نفعان درگیر در اجرای مداخلات و سهم و نقش آنان؛
- ◀ چالش‌های احتمالی در زمان اجرای مداخلات و چگونگی مقابله با آنها؛
- ◀ دستاوردهای به‌دست‌آمده در صورت اجرای صحیح مداخلات.

د) این راهکار باید توسط چه فرد یا افرادی اجرا شود؟

پس از شناسایی مشکل و راه‌حل آن، لازم است مخاطبان حمایت‌طلبی نیز مشخص شوند. گروه‌های مختلفی مخاطب حمایت‌طلبی هستند، شناسایی دقیق آنها نیازمند انجام تحلیل ذی‌نفعان است و باید بسته به موضوع حمایت‌طلبی تعیین شوند؛ اما سه گروه مهم اصلی شامل موارد زیر هستند:

۱) **سیاست‌گذار ارشد (تیم سیاست‌گذاری):** «مخاطب اصلی» حمایت‌طلبی، فردی است که مسئول تصویب و ابلاغ سیاست، برنامه، طرح و یا تغییر منابع و موقعیت‌ها است [۲۵]. این فرد معمولاً یک سیاست‌گذار ارشد مانند «وزیر بهداشت» به‌عنوان فرد کلیدی در سیاست‌گذاری، یا ارشدترین مسئولان کشور در حوزه سیاست‌گذاری سلامت (نه الزاماً در داخل وزارت بهداشت) خواهد بود؛

این فرد معمولاً مشاورانی دارد که در تصمیمات مهم خود با آنها مشورت می‌کند و بر روی تصمیم‌گیری‌های او تأثیر زیادی دارند؛ واضح است که اگر درخواست حمایت‌طلبی با موافقت این افراد همراه باشد و از سوی یکی از آنان ارائه شود احتمال موفقیت آن بسیار بالاتر خواهد بود. شناسایی این افراد، نیازمند تحلیل وضعیت و شناخت نظام تصمیم‌گیری و گاهی مصاحبه با افراد سازمان است. پس از شناسایی این افراد تیم حمایت‌طلب ابتدا به سراغ افراد موافق در این گروه می‌رود و در بهترین حالت باید بتواند که آنها را با خود همراه و اصطلاحاً یارگیری کند.

۲) مجریان: از آنجایی که هدف از انجام حمایت‌طلبی فقط گرفتن امضا از سیاست‌گذار ارشد و ابلاغ سیاست نیست، بنابراین باید همه مسیر اجرای مداخلات نیز به‌درستی بررسی شود و افراد کلیدی و گلوگاه‌های مهم اجرای مداخلات شناسایی شوند؛ واضح است که در صورت عدم موافقت مجریان و سایر ذی‌نفعان درگیر در مسیر اجرا، مداخلات هدف به‌درستی اجرا نمی‌شود و نتیجه مطلوب حاصل نخواهد شد. یک راه حل پیشنهادی این است که ابتدا مسیر اجرای مداخلات شامل ذی‌نفعان درگیر در فرایند اجرا و الزامات استقرار مداخلات، آماده‌سازی شود و سپس تصویب و ابلاغ سیاست صورت بگیرد؛

۳) عموم مردم: مردم به‌طور مستقیم مخاطب اصلی حمایت‌طلبی نیستند اما از آنجایی که هدف نهایی هر مداخله، ارتقای سلامت مردم است، بنابراین عموم مردم به‌ویژه گروه‌های در معرض خطر مشکل نیز از مخاطبان مهم حمایت‌طلبی هستند. اگر موضوع حمایت‌طلبی به یک مطالبه عمومی تبدیل شود، احتمال موفقیت آن بسیار بالاتر خواهد بود.

پس از شناسایی مخاطبان، لازم است تحلیل نفوذ انجام شود تا مشخص شود چه کسانی موافق و چه کسانی مخالف هستند. هدف از حمایت‌طلبی آن است که مخالفان به موافق تبدیل شوند؛ همچنین در همین مرحله لازم است استراتژی‌هایی که مخالفان به‌کار می‌برند و ابهامات احتمالی آنها نیز شناسایی و پاسخ‌های لازم برای آن آماده شوند.

۲. انجام تحقیق

ممکن است پاسخ به سؤالات فوق تاحدی مشخص شده باشد اما معمولاً برای بررسی دقیق همه جواب این چهار سؤال نیاز به انجام مطالعات جدید باشد. یکی از روش‌های پیشنهاد شده، انجام تحقیق به روش‌های مشارکتی^۱ می‌باشد. استفاده از این روش‌ها علاوه بر یافتن پاسخ سؤالات پژوهش، به تشکیل تیم برای حمایت‌طلبی هم کمک خواهد کرد و باعث ظرفیت‌سازی نیز خواهد شد.

۳. انتشار تحقیق

پس از مشخص شدن محتوای لازم برای حمایت‌طلبی، لازم است این محتوا به صورت قابل استفاده برای مخاطبان حمایت‌طلبی آماده شود. این مخاطبان عموماً افراد آکادمیک و دانشگاهی نیستند؛ بنابراین نتایج مطالعات باید به صورت خروجی‌های غیر آکادمیک ارائه شوند. یکی از مهم‌ترین انواع این خروجی‌های غیر آکادمیک، مستند حمایت‌طلبی است. پس از تهیه این خروجی‌ها لازم است به شیوه مناسب به دست مخاطبان برسد. هدف از انتقال پیام به مخاطبان «افزایش آگاهی» با هدف «تغییر در نگرش و رفتار» آنها، برای اجرای راهکار پیشنهادی در راستای حل مشکل است. برای رساندن پیام به مخاطبان روش‌های مختلفی پیشنهاد می‌شود که لازم است با توجه به موضوع حمایت‌طلبی از آنها استفاده شوند. ساده‌ترین روش آن است که مستند حمایت‌طلبی به طور مستقیم در اختیار مخاطبان گذاشته شود. مشخص است که این روش، احتمال موفقیت زیادی نخواهد داشت؛ دو روش عمده دیگر یعنی «لابی‌گری» و «استفاده از رسانه» نیز برای انتقال پیام پیشنهاد می‌شود [۲۶] و مستند حمایت‌طلبی در هر دو روش کاربرد دارد:

◀ **لابی‌گری:** منظور از لابی‌گری، اصطلاحاً صحبت کردن با تعداد اندک از مخاطبان مهم و تأثیرگذار (معمولاً یک یا دو نفر) در جلسات خصوصی و غیررسمی است که معمولاً پیش از یک رویداد مهم مانند برگزاری یک جلسه برای رأی‌گیری انجام می‌شود [۲۷]. برای موفقیت در این جلسات داشتن شناخت کافی از مقام، جایگاه و حتی خصوصیات اخلاقی و شخصیتی این افراد ضروری است؛ به طور معمول لازم است برای هر فرد یک مستند حمایت‌طلبی ویژه تدوین شود؛

◀ **استفاده از رسانه:** مخاطب رسانه علاوه بر سیاست‌گذاران و افرادی که می‌توانند بر روی آنها تأثیر بگذارند، عموم مردم هستند؛ وظیفه اصلی رسانه در اینجا حساس‌سازی و افزایش آگاهی آنان با دادن اطلاعات مناسب است [۲۸، ۲۹]. در واقع رسانه می‌تواند با تبدیل موضوع حمایت‌طلبی به یک مطالبه عمومی باعث تقویت آن شود و حتی ممکن

است فرایند حمایت‌طلبی از رسانه آغاز شود [۳۰]. با توجه به نوع مخاطب و رسانه لازم است برنامه‌ای جداگانه تدوین شود. محتوای ارائه شده در رسانه عموماً از نوع دیداری و شنیداری است.

البته همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، حمایت‌طلبی یک اقدام جمعی است؛ برای کارهای بزرگ اغلب نیاز به حمایت‌طلبی گروهی از طریق تشکیل ائتلاف است [۹، ۴]. معمولاً یک ائتلاف مناسب به این صورت شکل می‌گیرد که هسته اولیه تیم حمایت‌طلبی، ذی‌نفعان و افراد کلیدی موافق را وارد ائتلاف می‌کند و با استفاده از نفوذ و کمک آنها، ذی‌نفعان جدیدتر را جذب می‌کند و رفته‌رفته ائتلاف بزرگتر می‌شود تا آن‌که در نهایت برای متقاعد کردن مخاطب نهایی اقدام کنند [۳۱]. حتی ممکن است افراد داخل این ائتلاف جزو کاربران نهایی باشند که به‌طور مستقیم از حمایت‌طلبی سود می‌برند.

در نهایت پس از ارائه پیام حمایت‌طلبی معمولاً سؤالات و مشکلات جدیدی ایجاد می‌شوند که برای یافتن راه‌حل آنها نیاز به انجام مطالعات و استقرار مداخلات جدید است و به این ترتیب چرخه تحقیق - حمایت‌طلبی مجدداً آغاز می‌شود. نشان داده شده است که دو عامل زیر در هنگام تهیه مستندات، باعث عدم موفقیت حمایت‌طلبی می‌شود [۱]:

- ۱) مداخلات پیشنهادی دقیق نباشد و همه جوانب اجرا در آن دیده نشده است؛
- ۲) شواهد ارائه شده در مورد ابعاد مشکل و راه‌حل‌های آن از قدرت کافی برخوردار نباشد، از منابع مناسب به‌دست نیامده باشد و یا این‌که نظرات شخصی افراد در آن دخیل باشد.

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد مخاطب اصلی حمایت‌طلبی، تیم سیاست‌گذاران و مدیران هستند که مسئول تصویب، ابلاغ و اجرای سیاست، برنامه، طرح و یا تغییر منابع و موقعیت‌ها هستند. مستند حمایت‌طلبی^۱ به‌طور ویژه برای رساندن پیام به این افراد تهیه می‌شود. از آن‌جایی که این مخاطبان اصلی عموماً افراد پرمشغله‌ای هستند که فرصت و حوصله مطالعه متون طولانی را ندارند، این مستندات از یک‌سو باید به‌صورت کوتاه تهیه شود و صفحات زیادی نداشته باشد و از سوی دیگر در حالت ایده‌آل باید بتواند به خودی خود و بدون هیچ توضیحی تمام پیام‌های مورد انتظار را به مخاطب منتقل کند. گاهی نیز مستند حمایت‌طلبی با هدف افزایش آگاهی در مخاطب تهیه می‌شود و ممکن است مخاطبان آن حتی مردم عادی جامعه باشند.

ساختار یک برگه حمایت‌طلبی معمولاً شامل موارد زیر است:

(۱) توصیف مشکل: مشکل دقیقاً چیست و چه ابعاد و تبعاتی دارد؟

برای انتقال بهتر پیام به مخاطب در این قسمت برای نشان دادن اطلاعات از شکل، نمودار و اینفوگرام استفاده می‌شود. از مهم‌ترین اطلاعات و شاخص‌هایی که معمولاً در این قسمت ارائه می‌شوند، اطلاعات مربوط به اثرات مشکل بر سلامتی مانند جمعیت در معرض خطر، میزان بروز و یا شیوع، عوارض و مرگ‌ومیر و بار بیماری ناشی از این مشکل هستند؛ همچنین به‌منظور ایجاد حساسیت بیشتر در مخاطبان تبعات اقتصادی و هزینه‌ای که این مشکل بر نظام سلامت و مردم تحمیل می‌کند نیز ذکر می‌شود؛

(۲) علل و عوامل ایجاد این مشکل چیست؟

در صورتی که علت مشکل کاملاً مشخص و واضح نیست، در این قسمت با استفاده از شواهد علمی مناسب علل و عوامل ایجاد مشکل بیان می‌شوند؛

۳) درخواست دقیق این مستند حمایت طلبی برای حل این مشکل چیست؟

همان طور که پیش تر ذکر شد، پیام و درخواست باید کاملاً شفاف، دقیق و غیرکلی باشد. هرچه راهکار ارائه شده در عین خلاصه بودن دقیق تر نوشته شده باشد، امکان موفقیت بیشتری خواهد داشت؛ این قسمت معمولاً شامل موارد زیر است:

- ◀ معرفی سایر راهکارهای حل این مشکل؛
- ◀ علت انتخاب مداخلات پیشنهاد شده شامل شواهد علمی، تجربیات سایر کشورها و توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی؛
- ◀ اثرات و دستاوردهای مورد انتظار اجرای مداخلات در کوتاه‌مدت و بلندمدت.

۴) چگونه می‌توان این درخواست‌ها را اجرایی کرد؟ الزامات اجرای آنها چیست؟

این قسمت ممکن است به‌طور مستقیم در مستند حمایت طلبی نوشته نشود؛ اما باید به صورت یک مستند پشتیبان تدوین و آماده شود تا در صورت درخواست مخاطبان قابل ارائه باشد؛ معمولاً موارد زیر را شامل می‌شود:

- ◀ منابع مورد نیاز برای اجرایی شدن مداخلات پیشنهادی (به‌ویژه منابع مالی)؛
 - ◀ ذی‌نفعان درگیر در اجرای مداخلات؛
 - ◀ پاسخ به سؤالات و ابهامات، و چگونگی حل کردن مشکلات احتمالی در زمان اجرای مداخلات؛
 - ◀ چگونگی ارزشیابی مداخلات و شاخص‌های مناسب برای ارزشیابی آنها.
- می‌توان بسته به موضوع، سیاست یا برنامه یا طرح تدوین شده، برای حل مشکل یا خلاصه‌ای از آن را به پیوست مستند حمایت طلبی ارسال کرد.

۵) ما چه کسانی هستیم؟

در بعضی از برگه‌های حمایت طلبی در قسمتی به معرفی افرادی که حمایت طلبی را انجام می‌دهند، به‌ویژه در مواردی که یک ائتلاف تشکیل شده است، پرداخته می‌شود.

فرمت پیشنهادی برای مستند حمایت طلبی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، در پیوست ۱ آمده است.

در این قسمت شباهت‌ها و تفاوت‌های مستند حمایت‌طلبی با سایر مستندات مشابهی که براساس نتایج مطالعات، با هدف تأثیرگذاری بر فرایند سیاست‌گذاری تدوین می‌شوند، شرح داده می‌شود:

۱. گزارش‌های تحلیل وضعیت^۱

هدف از تدوین گزارش تحلیل وضعیت، ارزیابی وضعیت فعلی سلامت و یا عوامل تأثیرگذار بر آن در یک جمعیت است، به صورتی که بتوان از آن برای طراحی و به‌روزرسانی سیاست‌ها، استراتژی‌ها و برنامه‌های ملی آگاه از شواهد استفاده کرد. یک گزارش تحلیل وضعیت معمولاً موارد زیر را شامل می‌شود:

- ◀ وضعیت سلامت جمعیت و یا عوامل مؤثر بر آن (براساس موضوع گزارش) چگونه است؟ چه مشکلاتی وجود دارند؟ ابعاد، شدت و علل و عوامل مؤثر بر آنها چیست؟ در این قسمت با توجه به روش انجام بررسی، از تحلیل داده‌های اولیه و ثانویه استفاده می‌شود؛
- ◀ دستاوردهای مداخلات انجام گرفته چیست و چه چالش‌ها و فرصت‌های بهبودی وجود دارند؟

شباهت و تفاوت گزارش تحلیل وضعیت با مستند حمایت‌طلبی:

◀ **شباهت:** گزارش‌های تحلیل وضعیت نیز با هدف تأثیر بر فرایندهای سیاست‌گذاری تهیه می‌شوند و در آنها نیز ممکن است به بررسی یک مشکل پرداخته شود؛

◀ **تفاوت:** گزارش‌های تحلیل وضعیت از نظر حجم گزارش معمولاً مفصل‌تر از مستند حمایت‌طلبی هستند و مخاطب آنها حالت اختصاصی ندارد. ممکن است در انتهای گزارش تحلیل وضعیت راهکارها و پیشنهادهایی برای حل مشکل ذکر شود؛ اما این راهکارها مانند مستند حمایت‌طلبی حالت اختصاصی ندارند. در واقع هدف اصلی از تدوین این گزارش‌ها بیشتر توصیف وضعیت است تا اجرای راهکارهایی برای حل مشکلات، اما در مستند حمایت‌طلبی تأکید اصلی بر اجرای راهکارها است.

۲. خلاصه‌های سیاستی^۱ و گفتگوی سیاستی^۲

هدف از تدوین این گزارش‌ها نشان دادن چند گزینه‌های سیاستی برای حل مشکلات سلامت عمومی است. یک گزارش خلاصه سیاستی معمولاً شامل سه قسمت است:

◀ مشکل^۳ چیست؟: در این قسمت که در واقع مقدمه گزارش است و با استفاده از شواهد و داده‌ها، مشکل، ابعاد آن و علل و عوامل مؤثر بر آن توضیح داده می‌شود؛

◀ چه گزینه‌های سیاستی^۴ برای حل مشکل وجود دارد؟: در این قسمت با توجه به شواهد ارائه شده در قسمت قبل، گزینه‌های سیاستی برای حل مشکل پیشنهاد می‌گردد. این گزینه‌ها می‌تواند شامل تجربیات موفق سایر کشورها و همچنین توصیه‌های خبرگان علمی باشد؛

◀ چه استراتژی‌هایی برای اجرای این سیاست‌ها^۵ وجود دارد؟: این قسمت که در واقع نتیجه‌گیری مستند است شامل قسمت‌های «پیش‌نیازها، الزامات و منابع مورد نیاز برای اجرای این سیاست‌ها، مشکلات و موانع اجرایی احتمالی و چگونگی مقابله با آنها، و چگونگی پایش و ارزیابی سیاست‌ها» می‌شود.

همچنین در بعضی از خلاصه‌های سیاستی، در ابتدای گزارش نکات مهم در قالب پیام‌های کلیدی^۶ ذکر می‌شود.

در مستندات سازمان‌های مرتبط با حوزه سلامت، هر گزارش خلاصه سیاستی معمولاً با دو فرمت منتشر می‌شود: الف) گزارش کامل^۷؛ ب) به صورت خلاصه^۸. گزارش خلاصه حداکثر دو تا سه صفحه است؛ ساختار کلی آن مانند گزارش کامل است و از همان اجزای سه‌گانه بالا تشکیل شده است؛ اما این سه قسمت به صورت خلاصه و فهرست‌وار در گزارش بیان می‌شوند. مخاطب هدف گزارش‌های خلاصه، سیاست‌گذاران و مدیران ارشد هستند که وقت و حوصله خواندن متون طولانی را ندارند.

«گفتگوی سیاستی» نیز نوعی از خلاصه‌های سیاستی است که حاصل جمع‌بندی یک یا چند جلسه گفتگوی ساختارمند^۱ بین ذی‌نفعان است؛ این گزارش‌ها از نظر ساختار گزارش، شبیه گزارش خلاصه‌های سیاستی هستند و از همان اجزا تشکیل شده‌اند؛ تنها تفاوت آنها نحوه تهیه شدن این گزارش‌هاست.

شباهت و تفاوت خلاصه‌های سیاستی با مستند حمایت‌طلبی:

◀ **شباهت:** هر دو مستند حاوی راهکارهایی برای حل مشکل از طریق تأثیرگذاری بر فرآیندهای سیاست‌گذاری هستند و مخاطب هر دو نیز عموماً سیاست‌گذاران و مدیران هستند؛

◀ **تفاوت:** معمولاً در خلاصه سیاستی چند پیشنهاد برای حل مشکل معرفی می‌شود تا از بین آنها گزینه مناسب انتخاب شود؛ اما در مستند حمایت‌طلبی یک راهکار واضح و مشخص ذکر می‌شود.

۳. گزاره‌برگ^۲

هدف از تهیه این مستند، ارائه اطلاعات مرتبط با سلامت (به‌طور معمول شامل توصیف وضعیت سلامت و عوامل آن در یک جمعیت)، به‌صورت خلاصه و فشرده، حداکثر در یک یا دو صفحه است. مخاطب گزاره‌برگ معمولاً جامعه غیرآکادمیک (شامل سیاست‌گذاران و مدیران) است. این مستند بسته به موضوع، ساختارهای متفاوتی دارد؛ اما عموماً سعی می‌شود که در گزاره‌برگ، متن نوشتاری کمتری به‌کار رود و از نمودارها و تصاویر بیشتری استفاده شود.

شباهت و تفاوت گزاره‌برگ با مستند حمایت‌طلبی:

◀ **شباهت:** مخاطب اصلی هر دو مستند، سیاست‌گذاران و مدیران هستند؛ به‌همین دلیل هر دو مستند معمولاً حجم کمی دارند، به‌صورت جذاب طراحی می‌شوند و برای دادن

اطلاعات از شکل، نمودار و اینفوگرام استفاده می‌کنند؛

◀ **تفاوت:** در گزاره‌برگ تنها اطلاعات راجع به موضوع ارائه می‌شود؛ اما در مستند حمایت طلبی راهکار حل مشکل نیز به صورت واضح و مشخص بیان می‌شود.

معرفی چند نمونه مستند حمایت طلبی

در این قسمت چند نمونه مستند حمایت طلبی معرفی می‌شود. تأکید اصلی بر روی ساختار این مستندات است تا محتوای آنها.

(1) Healthcare advocacy paper 2018 فیلیپین



این مستند حمایت طلبی حاوی توصیه‌های شبکه تجاری اتحادیه اروپا- فیلیپین¹ برای تقویت نظام سلامت کشور فیلیپین است که براساس بحث و گفتگوهای انجام گرفته بین اعضای کمیته‌های شبکه تجاری اتحادیه اروپا- فیلیپین، گفتگوها و جلسات با نمایندگان دولت فیلیپین، نمایندگی اتحادیه اروپا در فیلیپین و سایر اتاق‌ها و سفارتخانه‌های اتحادیه اروپا در فیلیپین تدوین شده است. در این مستند ابتدا روش تدوین مستند ذکر شده و پس از آن افراد و سازمان‌های مشارکت‌کننده در تدوین آن معرفی شده‌اند؛ سپس

مقدمه‌ای در مورد وضعیت نظام سلامت فیلیپین و دستاوردها و چالش‌های آن در سال‌های اخیر ذکر شده است. پس از آن، توصیه‌های اجرایی برای ارتقای نظام سلامت و مقابله با چالش‌ها و نقش مداخلات شبکه تجاری اتحادیه اروپا- فیلیپین در اجرای این مداخلات

توضیح داده شده است. در انتها نیز چک لیستی برای ارزیابی مداخلات ارائه شده است. این مستند از لینک زیر قابل دریافت است:

<http://epbn.ph/file?id=53>

۲) سلامت روان و حمایت روانی اجتماعی

این مستند که توسط گروه مرجع کمیته دائم بین آژانس در مورد سلامت روان و حمایت روانی اجتماعی در شرایط اضطراری^۱ که در مجموعه دفتر هماهنگی امور بشردوستانه سازمان ملل قرار دارد تدوین شده است. در این مستند که با هدف ادغام سلامت روان و حمایت روانی اجتماعی در همه فعالیت‌های بشردوستانه تدوین شده است، در ابتدا اهمیت سلامت روان و حمایت روانی اجتماعی توضیح داده شده و پس از آن توصیه‌های مشخص برای چگونگی ادغام مداخلات پیشنهادی در فعالیت‌های بشردوستانه و اهداف و دستاوردهای

این مداخلات ذکر شده است. در انتها نیز مشارکت‌کنندگان در تدوین این مستند معرفی شده‌اند. این مستند از لینک زیر قابل دریافت است:

<https://interagencystandingcommittee.org/files/whs-advocacy-paper-mental-health-and-psycho-social-support>



۳) برنامه سلامت مدارس



این مستند توسط آژانس بین‌المللی پیشگیری از نابینایی^۱ تدوین شده است. پیام اصلی مستند این است که ضعف بینایی در کودکان در همه جوانب بر رشد و آموزش آنها و همچنین پیشرفت جامعه اثر منفی دارد. با این حال، برای مشکلات شایع چشم و بینایی راه‌حل‌های ساده‌ای وجود دارد. برنامه‌های بهداشت مدارس در حال حاضر نقش کلیدی در بهبود سلامت چشم و بینایی کودکان و خانواده‌های آنها دارند؛ اما می‌توان اقدامات بیشتری برای انجام هرچه جامع‌تر این فعالیت‌ها انجام داد. در این مستند پس از توصیف وضعیت مشکلات بینایی

کودکان و اهمیت این مشکلات، مداخلات پیشنهادی برای ادغام سلامت بینایی در بهداشت مدارس در قالب یک جدول نشان داده شده است. این مستند از لینک زیر قابل دریافت است:

<https://www.iapb.org/resources/school-health-programme-advocacy-paper>

1. Smith, K.E., E.A.J.S.S. Stewart, and Medicine, Academic advocacy in public health: Disciplinary 'duty' or political 'propaganda'? 2017. 189: p. 3543--.
2. Johnson, S., Public health advocacy. Edmonton, Alberta: Healthy Public Policy-Alberta Health Services, 2009.
3. Asbridge, M.J.S.s. and medicine, Public place restrictions on smoking in Canada: assessing the role of the state, media, science and public health advocacy. 2004. 58(1): p. 1324--.
4. Christoffel, K.K., Public health advocacy: Process and product. American Journal of Public Health, 2000. 90(5): p. 722.
5. Chapman, S.J.J.o.E. and C. Health, Advocacy for public health: a primer. 2004. 58(5): p. 361365--.
6. Chapman, S., Advocacy in public health: roles and challenges. International Journal of Epidemiology, 2001. 30(6): p. 12261232--.
7. Elliott-Green, A., et al., Sugar-sweetened beverages coverage in the British media: an analysis of public health advocacy versus pro-industry messaging. BMJ open, 2016. 6(7): p. e011295.
8. Kapilashrami, A., et al., Social movements and public health advocacy in action: the UK people's health movement. Journal of Public Health, 2016. 38(3): p. 413416--.
9. Gomm, M., et al., Planning and implementing a community-based public health advocacy campaign: a transport case study from Australia. Health Promotion International, 2006. 21(4): p. 284292--.
10. David, J.L., et al., The role of public health advocacy in preventing and reducing gambling related harm: challenges, facilitators, and opportunities for change. 2019. 27(3): p. 210219--.
11. Chapman, S., Public health advocacy and tobacco control: making smoking history. 2008: Wiley-Blackwell.
12. Clearinghouse, O.P.J.O.H.P.E.-B.S., Capacity building for health promotion: More than bricks and mortar. 2002. 308: p. 1Á4.
13. Tabak, R.G., et al., Accessing evidence to inform public health policy: a study to enhance advocacy. 2015. 129(6): p. 698704--.
14. Greenhalgh, T. and N.J.B.m. Fahy, Research impact in the community-based health sciences: an analysis of 162 case studies from the 2014 UK Research Excellence Framework. 2015. 13(1): p. 232.
15. Dobrow, M.J., et al., Understanding relevance of health research: considerations in the context of research impact assessment. 2017. 15(1): p. 31.
16. Alla, K., et al., How do we define the policy impact of public health research? A systematic review. 2017. 15(1): p. 84.

17. Cruz, V.O., G.J.H.p. Walt, and planning, Brokering the boundary between science and advocacy: the case of intermittent preventive treatment among infants. 2012. 28(6): p. 616625_.
18. Haynes, A.S., et al., From “our world” to the “real world”: Exploring the views and behaviour of policy-influential Australian public health researchers. 2011. 72(7): p. 10471055_.
19. Veerman, J.L., et al., Health impact assessment and advocacy: a challenging combination. 2006. 51(3): p. 151152_.
20. Petticrew, M., et al., Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. 2004. 58(10): p. 811816_.
21. Rychetnik, L. and M.J.H.p.i. Wise, Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. 2004. 19(2): p. 247257_.
22. Langeveld, K., K. Stronks, and J.J.B.p.h. Harting, Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. 2016. 16(1): p. 271.
23. Puddy, R.W. and D.M.J.A.j.o.p.m. Hall, Translating Economic Evidence for Public Health: Knowledge Brokers and the Interactive Systems Framework. 2017. 53(5): p. e185_e189.
24. Wallack, L. and L.J.H.e.q. Dorfman, Media advocacy: a strategy for advancing policy and promoting health. 1996. 23(3): p. 293317_.
25. McCubbin, M., R. Labonte, and B. Dallaire. Advocacy for healthy public policy as a health promotion technology. in Centre for Health promotion(on-line archives). Available from: <http://www.utoronto.ca/chp/symposium.htm> (Accessed: June, 2019). 2001.
26. Cohen, B.E., S.G.J.H. Marshall, and s.c.i.t. community, Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. 2017. 25(2): p. 309328_.
27. Scott, J.C., Lobbying and society: a political sociology of interest groups. 2018: John Wiley & Sons.
28. Wallack, L.J.P.h.l.s.f.s. and b. research, The role of mass media in creating social capital: A new direction for public health. 2000: p. 337365_.
29. Chapman, S.J.A.A.W.S.W., 7. Media Advocacy for Public Health. 2015: p. 91.
30. Rasmussen, A., J. Romeijn, and D.J.S.P.S. Toshkov, Dynamics of regulatory policymaking in Sweden: The role of media advocacy and public opinion. 2018. 41(1): p. 4974_.
31. Sabatier, P.A. and C.M.J.T.o.t.p.p. Weible, The advocacy coalition framework. 2007. 2: p. 189220_.

صفحه اول (روی جلد): با یک تصویر مرتبط با موضوع حمایت‌طلبی طراحی می‌شود. لوگوی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و سایر مراکز تحقیقات مشارکت‌کننده در تهیه مستند در این صفحه نشان داده می‌شود.

صفحه دوم به بعد: شامل ۹ قسمت می‌شود که در دو قسمت بخش اصلی و حاشیه سمت راست قرار می‌گیرند؛ نحوه قرارگیری آنها در جدول ذیل نشان داده شده است.

صفحه آخر: در این صفحه متن مربوط به معرفی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به صورت مشابه گزاره‌برگ‌ها ذکر می‌شود.

بخش اصلی	حاشیه سمت راست
<p>۵. توصیف مشکل: مشکل دقیقاً چیست و چه ابعاد و تبعاتی دارد؟ در این قسمت برای دادن اطلاعات از شکل، نمودار و اینفوگرام نیز استفاده می‌شود؛ همچنین به منظور ایجاد حساسیت بیشتر در مخاطبان علاوه بر ذکر اعداد و ارقام مربوط به اثرات مشکل بر سلامتی (مانند مرگ‌ومیر و آسیب‌ها و بار بیماری)، بهتر است تبعات اقتصادی مشکل نیز ارائه شود.</p> <p>۶. علل و عوامل ایجاد این مشکل چیست؟ حتی‌الامکان از شواهد علمی حاصل تحقیقات در این قسمت استفاده می‌شود.</p> <p>۷. راهکارهای مناسب حل این مشکل چیست؟ پیام و درخواست باید کاملاً شفاف، دقیق و غیرکلی باشد. هرچه راهکارهای ارائه شده در عین خلاصه بودن دقیق‌تر نوشته شوند و با جزئیات بیشتری همراه باشند، امکان موفقیت بیشتری خواهند داشت؛</p> <p>در این قسمت بسته به موضوع مستند، درخواست ویژه از هر کدام از مخاطبان ذکر می‌شود.</p>	<p>۱. معرفی مستند حمایت‌طلبی: شامل علت تدوین مستند و شامل خلاصه مطالب آن</p> <p>۲. مخاطبان این مستند چه کسانی هستند؟</p> <p>۳. ما چه کسانی هستیم؟ در مواردی که مستند با همکاری سایر مراکز تحقیقات و یا انجمن‌های علمی تهیه شده است در این قسمت به معرفی آنها پرداخته می‌شود.</p> <p>۴. دریافت نسخه الکترونیکی: در مواردی که مستند حمایت‌طلبی قابل ارائه به صورت عمومی باشد، لینک دریافت گزارش به صورت الکترونیکی در این قسمت در پایین صفحه درج می‌شود.</p>
<p>۸. چگونه می‌توان این راهکارها را اجرا نمود؟ الزامات اجرای آنها چیست؟ این قسمت معمولاً باید شامل موارد زیر باشد؛</p> <p>منابع مورد نیاز برای اجرایی شدن مداخلات؛</p> <p>پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی در زمان اجرای مداخلات.</p> <p>۹. مستندات قابل ارائه برای اطلاعات بیشتر لیست مستندات مرتبطی که به صورت آماده وجود دارند و در صورت درخواست مخاطبان قابل ارائه هستند، در آورده می‌شود؛ به عنوان مثال گزارش‌ها و شواهدی که به عنوان منابع اطلاعات از آنها استفاده شده و یا نسخه کامل برنامه یا طرح تدوین شده برای حل مشکل. در صورت موجود بودن، لینک دریافت این مستندات به صورت الکترونیکی در این قسمت ذکر می‌شود.</p>	

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است. تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت بروی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به کارگیری ظرفیت‌های دانشی بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات بپردازد؛ از سویی به عنوان مرجع و مشاور تامین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجربان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری کند.



موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان
بزرگمهر شرقی، پلاک ۷، موسسه ملی تحقیقات
سلامت، جمهوری اسلامی ایران

<http://nihr.tums.ac.ir>