

## الاتصال الصحي، المسارات الحقلية والمقاربات النظرية *Health Communication, Disciplinary Trajectories and Theoretical Approaches*

بن عمرة بلقاسم أمين

جامعة البويرة (الجزائر)، [b.benamra@univ-bouira.dz](mailto:b.benamra@univ-bouira.dz)

تاريخ النشر: 2021 / 10 / 24

تاريخ القبول: 2021 / 09 / 24

تاريخ الإستلام: 2021 / 05 / 06

### ملخص:

سَعَت الدراسة الراهنة إلى حَظِّ إطار إبستمولوجي إستهدف بالدرجة الأولى إعادة بناء الرؤية النظرية والمعرفية المؤطرة للاتصال الصحي عن طريق مُراجعة حدوده وأهم محدّداته المفاهيمية والمعيارية بالإعتماد بشكل خاص على ما راكمته الأدبيات البحثية الانجلوساكسونية من مخرجات وتنظيرات بإعتبارها الأكثر نضجا وإكتمالا من حيث المنهج والتعمق النظري. كما حاولت الدراسة تسليط الضوء على المسارات الخطية والمركبة لظهور الإتصال الصحي كحقل نظري وكميدان ممارسة، إضافة إلى التعرض لمنعطفات إنبلاجه وأهم القطاعات والسيرورات التي إكتنفت تطوّره. وعالجت الدراسة في شقها الأخير أهم المقاربات والنماذج النظرية ذات التطبيقات الممكنة على مستوى الممارسة العملية في مجال حقل الإتصال الصحي.

الكلمات المفتاحية: الاتصال الصحي، المفهوم المعياري، المسارات الحقلية، المقاربات النظرية

\*\*\*

### Abstract:

The current study sought to chart an epistemological framework with the aim of reconstructing the theoretical vision that frames up health communication by re-establishing its boundaries and reviewing its conceptual and normative demarcations through recouring to what the Anglo-Saxon body of literature has accumulated, as it is regarded as the most mature and elaborated both in terms of methodology and theoretical depth. The study also attempted to situate the linear and complex trajectories that accompanied the emergence of health communication as a theoretical field and as a field of practice as well as expounding ruptures and continuities that surrounded its evolution. The final section presents the most salient theoretical approaches and models that impart potential application at the level of practice within the field of health communication.

**Keywords:** *Health Communication, Normative Concept, Disciplinary Trajectories, Theoretical Approaches*

## I. مقدمة

لا تزال المسألة الصحية تُمثل أولوية تسبق سائر الأولويات بالنسبة لمجموع المجتمع الإنساني خصوصاً في ظل تصاعد المخاطر الباثولوجية وزيادة الأمراض المعدية نتيجة الاختلالات الديموغرافية وتزايد معدلات التلوث إضافة للممارسات الصحية غير السوية للسكان، حيث تحضر المسؤولية الفردية بشكل ذال في الأوضاع الصحية والوبائية إلى جانب مسؤولية السلطات الصحية في تدبير الحقل الصحي، مما فرض التخلي عن التصور البيوطي (biomedical perspective) الذي يختزل رهانات الحفاظ على الصحة العامة في التدابير والإجراءات العلاجية والاستشفائية دون أخذ في الاعتبار للمُكوّن الفردي الذي يظل خط الفعل الأول في توطین الثقافة الصحية والوقائية في حال نفاذ الأفراد للمعلومات الصحية ذات الصلة وتلقينهم لمضامين الإتصال الصحي بالشكل المناسب. حيث يندرج الإتصال الصحي ضمن التصور العام الذي يتمثل المسألة الصحية كمسؤولية الجميع وكحقل متعدد التخصصات (multidisciplinary filed) نتج عن تقاطعات الصحة والاتصال وافتتاح حقل الصحة على حقل الاتصال كمحاولة منه لإستدماج دينامياته وأدواته في إستهداف المتغيرات المعرفية والذهنية والسلوكية لمختلف الفاعلين الاجتماعيين وإضفاء البعد التواصلي والتحسيبي ضمن المشروع المجتمعي الشامل للصحة. وقد جاءت جائحة كوفيد 19 (Covid-19) لتُذكرنا بالحاجة الملحة لإعادة التصور حول جدوى الإتصال الصحي، وسُبل جعله أكثر فعالية ومردودية ومدّ القائمين به بسبل التمرّس والتدريب والتكوين المُستمر، خصوصاً أن هذا الأخير يُعرف نوعاً من التردّي في أغلب الأقطار العربية، والذي من بين صُوره ضعف تدفق المعلومة الصحية وغياب المختصين في الإتصال الصحي على مستوى المؤسسات الصحية ونقص قنوات التواصل الصحي العمومي.

ويُمثل الإتصال الصحي حقلاً معرفياً خصباً نتج عن إنفتاح الحقل الصحي وتحرّره النسبي من تعقده التقني وخضوعه للمنطق الطبي المحض (medical logic) بهدف إستيعاب مختلف الشرائح الاجتماعية وتضمينها في مشروع حفظ الصحة العمومية للمجتمع عن طريق تنويرها وتحسيسها بالرهانات والمخاطر الصحية وتعزيز رأسمالها الصحي بإعتبار أن الإتصال هو أحد المقومات الأساسية للصحة. ويسري الإتصال من أجل الصحة في سياقات متعددة، من جُملتها التواصل بين المُعالج والمريض أو بين المؤسسات الصحية والجمهور العام وكذا بين مختلف الوكالات المتخصصة في الشأن الصحي وجماهيرها المستهدفة، كما يتخذ أنماط متعددة بحسب الوسائط المعتمدة كالإتصال الشخصي والجماهيري والرقمي، ويستهدف الإتصال الصحي توفير المعلومات الصحية للجمهور بشكل غير ربحي، كما يسعى إلى رفع الوعي بالمخاطر الصحية المرتبطة بممارسات أو سلوكيات محددة، وكذا التأثير على القرارات الفردية والتمثلات السوسيو-الصحية الجماعية بكيفية تؤدي إلى تحسين الصحة العمومية.

وفي سياق التحدي الوبائي الاستثنائي الذي تواجهه مُختلف النظم الصحية راهنا على المستوى العالمي، تأتي هذه الدراسة لترسم تخطيطاً إشكالياً ذات بعد نظري مُركب نحاول من خلاله إرساء مفهوم الإتصال الصحي ومحدّداته بإستلهاً مخرجات الأدبيات الانجلوسكسونية ضمن مسعى منا لتجاوز النظرة الإكتفائية التي تنسب الإتصال الصحي إلى حقل الصحة وتُهمل متانة إرتباطه بحقل الإعلام والإتصال وباقي حقول المعرفة الاجتماعية. كما نتعرض لمجمل مسارات بروز وتطور الإتصال الصحي كمفهوم وكحقل له مواضعه الحقلية وترابطاته التخصصية التي تتميز بديناميتها وتعددية أبعادها، ونسعى في الشق الأخير من الدراسة إلى بلورة أهم المقترحات النظرية التي تصلح لأن تكون مُوجهة للتفكير والممارسة ومُؤطرة للتطبيق العملي في مجال التواصل الصحي.

## II. الاتصال الصحي، المفهوم والخلفية المعيارية:

تتطلب الإحاطة النظرية والابستمولوجية بمدلول الاتصال الصحي مقارنة نسقية تستحضر بداية جملة من التعاريف المركبة التي ستمكّننا في المحصلة من استنتاج ما يجمع بينها جوهريا والبناء عليها بهدف الخروج بتعريف إجرائي مُستوفي للشروط المنهجية. ويمكن القول استهلالا أن مفهوم الاتصال الصحي لا يزال غير مؤصل إجرائيا، وهذا عائد بالأساس إلى إختلاف زوايا التمثل والمعالجة النظرية والميدانية له من قبل الباحثين، غير أنه يمكننا الإنطلاق من بعض التعريفات التي حظيت بالنسبة الأكبر من عدد الاقتباسات والتي نرى أنها قد تسعفنا في حصر أهم الإحداثيات الاجرائية لهذا المفهوم. ونستهل تعريفاتنا بالتعريف الذي قدمته وزارة الصحة الاسترالية للاتصال الصحي على أنه جملة الديناميات والجهود التواصلية التي تستهدف إطلاع الجمهور على أهم التحديات الصحية في محيطه بكيفية بيداغوجية والحفاظ على بقاء القضايا الصحية الهامة ضمن الاجندة العمومية للجمهور (Parker & Gazmararian, 2003). وعرفته الوزارة الامريكية للصحة والخدمات الانسانية على أنه فرع من الاتصال المتخصّص في المجال الصحي يستهدف إحداث التأثير السلوكي لدى الجماهير الفردية والمؤسسية والجمهور العام عن طريق إحاطتهم بالمعلومات المناسبة وفي التوقيت المناسب حول القضايا الصحية الهامة (Department of U.S Health and Human Services, 2001). كما عرفه الباحث Freimuth وزملائه على أنه مقارنة وقائية تستهدف مجابهة الأمراض والأوبئة والتهديدات الباثولوجية من خلال توزيع المضامين الاتصالية الحاملة للمعرفة الطبية (medical knowledge) في نسق مبسط ومحفّز على التغيير الادراكي والسلوكي لدى الأفراد المعنيين (Freimuth, Linnan & Potter, 2000: 337).

و في سياق آخر، يرى الباحثان Clift & Freimuth أن الاتصال الصحي هو إتصال متخصص يستند في جوهره إلى جملة المقاربات السوسيولوجية والسلوكية التي تستهدف التأثير على متغير سلوكي محدّد ويتوجه في الغالب لمخاطبة جمهور عريض (large-scale audience) بشأن المسائل التي ترتبط بالصحة العمومية أو الفردية (Clift & Freimuth, 1995: 68). ويؤكد الباحثان (Smith & Hornik 1999) أن الاتصال الصحي هو سيرة بناء وبلورة ونشر رسائل ومضامين معدّة بدقة لاستهداف معارف الجمهور و مواقفه ومعتقداته بإتجاه إستيلاء خيارات صحية وسلوكيات وقائية. ضمن نفس المنحى، يرى الباحث Bernhardt أن الاتصال الصحي يقوم عى البناء العلمي والنقدي للمعلومات الصحية ذات الصلة بالمعيش اليومي للأفراد بشكل دقيق ومتاح لفهم الجمهور العام وإيصالها للفئة المستهدفة لتحسين صحة الجمهور ومجابهة التحديات الصحية (Bernhardt, 2004: 2051).

ويمكن تعريف الاتصال الصحي إجرائيا ومعياريا على أنه جملة الاستراتيجيات الاتصالية التي يتم توظيفها بغرض إحداث التأثير الايجابي على الممارسات الصحية (health practices) على المستويين الفردي والجمعي وتحفيز الفرد و إشراكه في الحفاظ على الصحة العامة، ورفد التنمية الصحية للمجتمع من خلال زيادة التفاعل بين المريض والطبيب و بين المؤسسات العلاجية والمحيط الاجتماعي الواسع وفي المحصلة بين النظام الطبي وباقي الانساق الاجتماعية. ويمكن لإستراتيجيات الاتصال الصحي ومضامينه أن تستوعب كل السياقات الصحية، بما في ذلك التواصل بين المعالجين والمرضى، أو التواصل الذي تظطلع به المراكز الصحية المجتمعية والمستشفيات ودور الرعاية والمنظمات غير الربحية والوكالات الحكومية المتخصصة وغيرها، ويشمل الاتصال الصحي كل أنواع التفاعلات الشخصية والجمعية والوسائطية والرقمية ذات المضمون الصحي.

غير أنه يجدر بنا الإشارة في هذا المقام إلى أن الغالبية من الباحثين في حقل الاتصال الصحي تنزع إلى إنتهاج مسلك يتجانس مع التقسيم التقليدي المتعارف عليه لمستويات الاتصال (communication-levels approach)، حيث يحظى مستويين اثنين من الاتصال بأكبر قدر من الاهتمام البحثي حيث يرسمان الطبولوجيا الأساسية لكل بحوث الاتصال الصحي، وهما الاتصال البينذاتي (interpersonal communication) والاتصال الجماهيري (mass communication). وبعد قرائتنا النقدية للأدبيات النظرية لحقل الاتصال الصحي لاحظنا أن التركيز في بدايات تطور هذا الحقل كان مُنصبًا أكثر على الاتصال الصحي في مستواه البينذاتي، حيث كان مدار التراكمات النظرية والميدانية الأولى مؤطرًا ومُتمركزًا ضمن حدود الاتصال الصحي الشخصي والبينذاتي، كدراسات كل من (Arnston et al., 1978) و (Sharf, 1984) و (Street & Wiemann, 1987) و (Ballard-Reisch, 1990) و (Wyatt, 1991) و (Garko, 1992 Beisecker & Beisecker, 1993) وغيرهم. وكان محور التركيز آنذاك مقتصرًا على ملامسة ديناميات التواصل بين المريض والمعالج حيث كان التمثيل السائد ضيقًا يَحصرُ الاتصال الصحي فقط في خانة التفاعل الشخصي بين المريض والطبيب/المعالج (doctor-patient interactions) ومُختلف الأنشطة والفعاليات التي تتم في هذا السياق المحدود (Burgoon 1992:102).

أما البعد الثاني للاتصال الصحي، فيتمثل في الاتصال الصحي الجماهيري (health mass communication) والذي يُركز على الرسائل الصحية (health-related messages) في بعدها العمومي والجماهيري ودورها في رفد الصحة العمومية ومنع الأمراض والتسويق الصحي عن طريق توظيف وسائل الاتصال الجماهيري (Jackson, 1992). إذ تم ترحيل الإشكاليات الصحية من برامج السياسات الصحية العمومية إلى أولويات الجمهور العام والادراك العمومي (public perception)، وأضحى يُنظر للاتصال الصحي على أنه عُنصر حاسم في حملات الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة العمومية، لأن توفير المعلومات الصحية سهلة الولوج وذات الصلّة بالواقع الصحي للأفراد هو الدينامية الاجتماعية والادراكية الأساسية التي تُمكن الأفراد من تحمّل مسؤولية صحتهم (Maibach et al. 1993:15).

كما يقبع الاتصال الصحي في قلب الرهانات العمومية وذلك لارتباطه بنيويا برهانات الصحة العامة، وبالسياسات العمومية و ديناميات القرار السياسي والمعرفة العلمية المتخصصة في المجال الطبي. حيث يرتبط الاتصال الصحي بالقدرة الحيوية للسلطات العمومية على التفاعل مع المسائل الصحية و ضمان الامن الصحي للمواطنين وكسب الرهانات الصحية للمجتمع. وتُمثل التحديات الصحية نقطة تقاطع بين إستراتيجيات أخذ القرار العمومي وشرعية السياسات العمومية ومصداقيتها والبرهان على حكاية كل المنظومة العمومية والسياسية ونجاحتها في تسيير المخاطر المجتمعية. (Caroline Ollivier-Yaniv, 2015).

ويُعد الاتصال الصحي مجالًا تَمَدُّدًا في إتساع مستمر إذ يتقاطع مع مجالات عديدة كالتعليم الصحي (health education)، وإتصال المخاطر (risk communication) والتواصل بشأن تفشي المرض (outbreak communication) والتنوير الصحي (health literacy)، كما أنه حقل طموح سجل الكثير من التراكمات النسقية التي تجسدت في تطوير نماذج مستجدة للتواصل الصحي، واستكشاف مجالات إهتمام جديدة بما في ذلك اللغة التخصصية المستخدمة والكيفيات الأسلوبية وأنماط معالجة المعلومات الصحية والبناء السوسيواجتماعي لتقاطعات الصحة والمرض لدى الأفراد، والانتقال بالاتصال الصحي في المحصلة إلى أن يصبح متغيرًا أساسيًا في معادلة المواطنة الصحية (health citizenship) القائمة على رؤية شمولية تؤسس لعلاقة المجتمع مع الصحة ضمن سياق المزاجية والترادف بين مبدأ الحق في الصحة ومبدأ الحق في الاتصال الصحي.

## III. الاتصال الصحي، المسارات والتقاطعات التخصصية:

إن التطرق لمسارات بروز هذا الحقل الاتصالي المستحدث سوف يساعدنا حتما على استكمال الرؤية وبلورة تراكم نظري يتيح تحصيل المعرفة التخصصية الضرورية لفهم صيرورة الاتصال الصحي و تقاطعاته المركبة. وقد برز الاتصال الصحي كحقل أكاديمي ومجال مهني وممارساتي مستقل بشكل أنضج في الولايات المتحدة الأمريكية في بداية السبعينيات نتيجة لجملة من العوامل المتداخلة فيما بينها، منها الحاجة لإضفاء الطابع العلمي التخصصي على النشاط الاتصالي المرتبط بالمجال الصحي (scientification of health communication) في إتجاه رفع الكفاءة في تسيير تدفق المعلومة الصحية للجمهور العام وتدعيم الوعي العلمي والدراية التخصصية للقائمين بالاتصال وترسيخ أطر مدروسة وواضحة في المجال الصحي العمومي. وفي هذا السياق، لم يعد يُنظر إلى الاتصال الصحي على أنه نشاط ينحصر في تحرير البيانات الصحفية وغيرها من المضامين الاتصالية التقليدية ذات الصلة بوسائل الإعلام، بل كجزء هام من الصناعة الصحية (health industry) التي تتطلب الاعتماد الفعال للمعارف والمهارات وتوظيفها في سياقاتها الخاصة، كما أن الدينامية الاتصالية في الشق الصحي لم تعد تنحصر في الجوانب المهنية الارتجالية التي يكتسبها القائمون بالاتصال في سياقات الممارسة بل أصبحت تخصص علمي (science-based discipline) يقوم على تدريب مهني وتقني متخصص (Bernhardt, 2004).

ويتمثل العامل الثاني في الحاجة الملحة للقضاء على تجليات الفوارق الصحية (health disparities) التي إنتشرت في مفاصل المجتمع الأمريكي بشكل واضح للعيان و تم التركيز عليها ابتداء من نهاية السبعينيات وبداية الثمانينات، وهذا ما يظهر بشكل جلي في التقرير الذي صدر عن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (Department of Health and Human Services) في سنة 1983 بعنوان (Health, United States 1983) والذي أشار إلى ضرورة ضمان الحصول على الرعاية الطبية والنفوذ إلى الخدمات الصحية بشكل متساوي بين مختلف المكونات الاثنية والسوسيواجتماعية عن طريق توظيف مختلف القنوات الاتصالية في تنوير الفئات الاجتماعية الأقل حظا والأقل تعليما ورفد أساليب حياتهم (lifestyles) بشكل يُعزّز الخيارات الصحية ويضمن الوقاية الشاملة.

من جانب آخر، أدى التقدم المتسارع في العلوم الطبية بداية من الخمسينيات و انبلاج مسارات ابتكارية جديدة تمثلت خصوصا في إنتاج اللقاحات والمضادات الحيوية إلى تعزّيز مفهوم الطب الوقائي (preventive medicine) بشكل ملحوظ و بروز مفهوم الصحة العامة (public health) وتوسيع نطاقه وتبلوره ضمن إطار يستهدف الوقاية من الأوبئة كأحسن مقاربة علاجية عن طريق تحسين جودة الحياة و عقلنة سلوك المواطنين وإشراكهم (informed choices of society) في اليقظة الصحية ، فلم يعد الأمر يقتصر على التحكم في إنتشار الأمراض وتوفير الخدمات الصحية الضرورية فحسب، بل شمل أيضاً توفير التعليم من خلال الإستثمار الأمثل لقنوات الاتصال المختلفة بما في ذلك وسائل الإعلام.

غير أن الاتصال الصحي كممارسة تطبيقية كان قد ظهر قبل هذه الحقبة بفترة طويلة. حيث برزت أولى أشكال التواصل الصحي التي تسعى إلى تغيير السلوك الفردي لأول مرة في الولايات المتحدة في القرن الثامن عشر في شكل جهود لتنظيف الجمهور حول الأمراض المعدية وفوائد التحصين الذاتي. ففي عام 1721، استخدم القس البيوريتاني Cotton Mather الكتيبات (pamphlets) والنداءات الشخصية للتوعية والتحذير و سبل الوقاية من وباء الجدري (smallpox epidemic) في بوسطن الأمريكية (Paisley, 2001). وفي عام 1896 ، وفي إطار مكافحة المتفطرة السُّلِّية (Mycobacterium tuberculosis) أصدر قسم الصحة في مدينة

نيويورك قانونًا يحظر البصق على الأرصفة، وسعى القسم لدفع التغيير السلوكي على المستوى الفردي من خلال وضع إشعارات في المناطق العامة تحذر من دور البصق على الأرض في نشر المرض، وانضمت المستشفيات آنذاك إلى هذه الحملة من خلال نشر لافتات جدارية تحمل شعار "البصاق هو السم" 'spit is poison' (Ruggiero, 2000:04). وفي بدايات القرن العشرين، كانت الصحافة المطبوعة القناة الرئيسية لتوزيع المعلومات الصحية (Jones, 1915: 409). وأظهر مسح لأنشطة أقسام وزارة الصحة الأمريكية أن الصحف كانت القناة الأكثر استخدامًا آنذاك في جهود التسويق للصحة العامة مقارنةً بوسائل الاتصال الأخرى مثل المطويات والمنشورات والكتيبات والمحاضرات (Schneider, 1916). وبعد ظهور الفيلم السينمائي عام 1902، تم إنتاج أول فيلم سينمائي مخصص للوقاية من الأمراض في عام 1910 كجزء من حملة مكافحة السلّ آنذاك (the anti-tuberculosis movement) (Tomes, 1998). كما إستثمر القائمون على القطاع الصحي في وساطة إتصال أخرى، إذ تم اللجوء إلى أفلام الرسوم المتحركة، حيث أنتجت شركة والت ديزني 'company Walt Disney' أول فيلم كرتوني سنة 1922 وكان بعنوان Tommy Tucker's Tooth وهدف إلى تثقيف الأطفال صحيا حول تنظيف الاسنان وكانت مدته 10 دقائق و 34 ثانية (Mickey Mouse Militiamen, 1937).

وفي التعامل مع الانفلونزا الاسبانية (Spanish Influenza) التي ظهرت على مدار عامي 1918 و 1919 شهدت الولايات المتحدة الامريكية حملات للتواصل الصحي تم فيها تجنيد عمال البريد لتوزيع مواد تعليمية ورقية على الساكنة، كما تم تسخير أعضاء الكشافة لنشر الملصقات على المتاجر والمكاتب والمصانع، كما تم تجنيد المعلمين وإرسالهم إلى البيوت و الأماكن العامة لشرح الاحتياطات الصحية التي ينبغ اتخاذها في مواجهة الانفلونزا الاسبانية.

ويلاحظ أنه قبل البدء في استخدام مصطلح الاتصال الصحي في فترة الخمسينات وبداية الستينات، تم استخدام مصطلحات متقاربة للدلالة عليه من قبيل التربية الصحية (health education)، التنوير الصحي (health enlightenment) و التوعية الصحية العمومية (Salmon & public health advocacy) (Poorisat, 2019).

وساهم تطور وسائل الاتصال الجماهيري (mass media) وتعاضم حضورها داخل مختلف أنشطة الحياة الاجتماعية من جهة، و نضج الجهود النظرية والامبريقية التي استهدفت فهم تأثيرات هذه الوسائط في بناء تقاطعات دالة ومركبة مع حقل الاتصال الصحي والأدوار التي قد تلعبها في البرامج الصحية من جهة أخرى إلى اكتساب البحث في مجال الاتصال الجماهيري اعترافاً إيجابياً وشرعية نافذة في حقل أبحاث الصحة العامة (public health research) في الستينيات (Griffiths & Knutson, 1960؛ Mendelsohn, 1968؛ Young, 1967). وقد كان الباحث الأمريكي و أستاذ التربية الصحية بجامعة كولومبيا جورج روزين (George Rosen) قد إقترح سنة (1949) في دراسة له بعنوان (The health educator's bookshelf) أنه ينبغي للمشتغلين بقطاع التثقيف الصحي الانتباه جيدا لمخرجات الدراسات الامبريقية والسلوكية في حقل الاتصال والتسويق و الاستفادة منها.

ومن الناحية الابستمولوجية والنظرية، إظطّر المختصّون في القطاع الصحي في خضم سعيهم إلى إيجاد طرائق ابتكارية وغير نمطية لتعديل سلوك الأفراد وإحداث الاستجابات المقصودة إلى اللجوء إلى التطبيق المنهجي لخلاصات أبحاث حقل الاتصال الميدانية، مما أدى إلى توسيع إهتمامهم بكل المسائل المرتبطة بالاتصال (Kreps, 1981). علاوة على ذلك، دفع تفاعل المجال الصحي مع العلوم الاجتماعية إلى إستيلاء تصورات جديدة حول التواصل الصحي وإلى إنضاج هذا الحقل المستجّد عن طريق استدماج زوايا بحثية

مابين تخصصية جديدة (new interdisciplinary tendencies) أكثر ثراء وتنوعا (Kreps & Maibach, 2008). واستمرت الجهود النظرية الهادفة لفهم العملية الكامنة وراء ديناميات السلوكيات الصحية لدى عامة السكان في وتيرة متصاعدة لتُشكّل في المحصلة بؤرة لتراكم معرفي تبلور في ظهور إتجاه نظري جديد بريادة الباحث الامريكي (Godfrey Hochbaum) والذي يعد أول من وظف خلاصات العلوم السلوكية لفهم سلوكيات الأفراد المرتبطة بالصحة العامة.

أما من الناحية الممارساتية، يرى الباحث (2006) Saba أنه نظرا للافتقار للمتن المعياري الضروري وبرامج التأهيل والتكوين فإن الاتجاه الذي كان سائدا هو تدريب ممارسي الاتصال الصحي "أثناء أداء العمل" (on-the job) على إعتبار أنهم من خلفيات أكاديمية وتخصصية متباينة كعلم الاجتماع و الديموغرافيا و الصحة العامة والتسويق وحتى العلوم الطبية والوبائية، تم إشراكهم في برامج الاتصال الصحي لتغطية النقص والحاجة على مستوى الموارد البشرية المهنية والمتخصصة في هذا المجال، ومن دون وجود برنامج تكويني محدد ومضبوط وأكثر وظيفية فإن المقاربة كانت بأن يتعلم الافراد كيفية تكييف مهاراتهم مع المجال الجديد وينقلوا عن الممارسين الآخرين أهم الممارسات الشائعة (common practices) و "اللغة" الأساسية للتواصل الصحي (lingo). وإنطلاقا من منتصف التسعينات واستجابة للحاجة المتزايدة لمخصصي الاتصال الصحي، تم تصميم برامج تدريبية متخصصة في الاتصال الصحي وبذلك خرج الاتصال الصحي من دائرة الخبرة المكتسبة أثناء أداء العمل (in-service training) إلى تدريب قبلي (pre-service education) يكتسب ما قبل البدء في الخدمة (Strecher & Rosenstock, 1997).

وفي منى آخر، لعبت التظاهرات الدولية دورا بالغا الأهمية في تأطير الاهتمام بتقاطعات الصحة والاتصال في في ظل تسارع الرهانات الصحية على الصعيد المحلي والعالمي، وقد كان للمؤتمر الدولي حول الرعاية الصحية الأولية الذي عُقد في ألما آتا (Alma Ata) في كازاخستان (Kazakhstan) في سبتمبر 1978 دورا حاسماً في تسليط الضوء على دور الاتصال في النهوض بالوضع الصحي، حيث وضع بيان ألما آتا (Alma Ata Declaration) توفير المعلومات الصحية على رأس المرتكزات التي تُشكّل حجر الأساس للرعاية الصحية الأولية. وإستنادا لذات الاعلان فإن المقاربة الاساسية للرعاية الصحية الاولية تركز على حق السكان في معرفة مشاكلهم الصحية الرئيسية وحق المشاركة في حلها، وبذلك يَتمثل واجب السلطات الصحية العمومية في تعزيز وضممان المشاركة الكاملة في ذلك من خلال النشر الفعال للمعلومات ذات الصلة ومحو الأمية الصحية وإنشاء قنوات الاتصال التي تُمكن الأفراد من تحمّل مسؤولية صحتهم ورفاههم (Marcos,2004).

وفي نوفمبر 1986 تَبنت منظمة الصحة العالمية ميثاق أوتوا (Ottawa Charter) الذي إستحدث مبدأ تعزيز الصحة العمومية عن طريق تبني إستراتيجيات إتصالية لإشراك الأفراد في تحسين صحتهم وإستدماج وسائط الاتصال في رهانات ترسيخ الثقافة الوقائية. كما تم الإقرار آنذاك بأن تحسين الوضع الصحي للمجتمع لا يتوقف فقط على المؤسسات والموارد الصحية والأطقم الطبية، بل يتجاوزه الى العامل الذهني و الثقافي، أي درجة وعي الأفراد ومدى إستعدادهم للمشاركة الفعالة في ترقية الواقع الصحي (Potvin & Jones, 2011).

وفي أوت 2005 تم إصدار ميثاق بانكوك (Bangkok charter)، والذي تَضمن إستكمال المبادئ واستراتيجيات العمل التي حدّدها ميثاق أوتوا سابقا لبناء المعرفة الصحية عن طريق وسائط الاتصال، وكان جوهر الميثاق سُبيل إكساب المجتمعات الانسانية لوسائل العمل التي تُمكنها من تحسين صحتها بصفة

تشاركية عن طريق توظيف إستراتيجيات التثقيف والتوعية الصحية والاستثمار في التواصل من أجل الصحة (communication for health).

وتجدر الإشارة إلى أنه تم استخدام مصطلح الاتصال الصحي للمرة الأولى في عام 1961 عندما نظم المجلس الأمريكي الوطني للصحة (National Health Council) منتدى حول الصحة العمومية لمناقشة التحديات التي يواجهها القطاع الصحي في تبليغ المعلومات الصحية للجمهور العام (Helen, 1962). وتكرّر استخدام المصطلح للمرة الثانية في عام 1962 من قبل الجراح الأمريكي Luther Terry في مؤتمر نظّمه قسم الرعاية الأمريكية حول كيفية استخدام تقنيات الاتصالات المختلفة لإتاحة المعلومات الصحية للجمهور (US Department of Health Education and Welfare, 1963) و تم الاقرار به لاحقا كتخصص فرعي من حقل الاتصال عام 1975 عندما تم تأسيس قسم الاتصال الصحي التابع لرابطة الاتصالات الدولية (International Communication Association) (Freimuth, Cole & Kirby, 2001) و ظهرت أولى المراجع العلمية التي تعالج موضوع الاتصال الصحي بشكل مُفصّل مع كتب كل من Sharf (1984)، Krepes & Thornto (1984)، (Northhouse & Northhouse 1985). وأنشأت الجمعية الوطنية الأمريكية للاتصال (The National Communication Association) قسمًا خاصًا بالاتصال الصحي في عام 1985. وفي عام 1989 تم إطلاق أول مجلة أكاديمية محكمة (peer-reviewed journal) متخصصة في ميدان الاتصال الصحي. ومع بداية التسعينات بدأت أولى برامج الليسانس المتخصصة في الاتصال الصحي وفي 1995 دشّنت كل من جامعتي Tufts University School of Medicine وجامعة Emerson College أول برنامج ماجستير أكاديمي متخصص في الاتصال الصحي. وإنطلق أول برنامج دكتوراة متخصص في الاتصال الصحي عام 2007 بقسم الاتصال بجامعة George Mason University.

وبعد كل هذه التراكمات واصل حقل الاتصال الصحي نضجه وتطوره ضمن مسار اكتشاف مجالات واسعة ومتعددة مكنته من ضمان استمراريته وخلقه لشروطه النظرية والمنهجية الخاصة به رغم العوائق التي تفرض نفسها عادة على الحقول ما بين التخصصية، ففي دراسة للباحث Sandberg (2017) وزملائه والتي إستهدفت القيام بمسح لكل الدراسات الأكاديمية المنجزة على المستوى الدولي حول الاتصال الصحي كتخصص وكمجال مهني بين سنوات 2010-2016 ويُقدر عددها بحوالي 266 دراسة منشورة، توصل الباحثون إلى هيمنة المقاربات المعرفية والنظرية المرتبطة بحقل الصحة على دراسات الاتصال الصحي برغم من التنوع على مستوى المواضيع والاشكاليات التي تم دراستها وتنوع خلفيات الباحثين، إضافة إلى وجود فراغ بحثي على مستوى الاتصال الصحي الرقمي ودور تطبيقات الويب وخصوصا الميديا الجديدة كمنصة تفاعلية للاتصال الصحي، حيث تم ملاحظة هوة كبيرة بين توقعات الباحثين والتي تتميز بالمبالغة وبين الاستخدام الفعلي والمردودية الفعلية لهذه المنصات (Sandberg et al, 2017).

#### IV. أهم النماذج والمقاربات النظرية للاتصال الصحي :

قد يتصور بعض الباحثين أن الاتصال الصحي ونظرا لتشظي أجنדתه البحثية بين تخوم التخصصات الاجتماعية والتقنية المتباعدة، إضافة إلى التناقضات الابستمولوجية التي تُشوّس إنتماءه لكلا التخصصين الأم (mother fields) الاتصال والصحة، لم يصل بعد إلى المرحلة البرادغيمية (paradigmatic state) والتي تُخوّله الاستفراد بمقارباته النظرية ونماذجه المعرفية المُستقلة (Hannawa et al, 2015: 522). إذ تتوطد مختلف الحقول العلمية على أساس نماذج معرفية وتجريدية مُحددة تعكس نُضجها الابستمولوجي وتُعين على مقارنة ظواهرها وتفسيرها بشكل مُتسق (Kuhn, 1970). وحتى ولو إفترضنا أن الاتصال الصحي لا يزال



بحاجة إلى المزيد من الجهود النظرية للخروج من التشعبات التخصصية التي فُرِضَتْ عليه (Parrott & Kreuter, 2011). فإنه لا يمكن إنكار حقيقة أن حقل الاتصال الصحي هو حقل يُعْج في حركيته المتنامية بعدد وافر من المقاربات النظرية التي نجحت في تفسير الظواهر المرتبطة بالاتصال الصحي في تعقيدها بعيدا عن أي عملية اختزالية وجعلت من الفعل التواصل أكثر نجاعة ومردودية في الميدان الصحي وإستجابات للإنتظارات التخصصية من خلال تنظيراتها الدقيقة ذات العدد الغني من التطبيقات الممكنة. ومن بين أكثر المقاربات النظرية شيوعا وإستخداما داخل حقل الاتصال الصحي نذكر مايلي:

1- نموذج المعتقد الصحي (health belief model): والذي ظهر في الثمانينات من القرن الماضي وكان الغرض منه في الأصل تفسير سبب عزوف الأفراد عن الإلتزام بالأجراءات والتدابير الصحية التي يُمكن أن تساعدهم في تشخيص الأمراض أو الوقاية منها. ويتمحور الافتراض الرئيسي لهذا النموذج على مقولة أنه بغية التشجيع على السلوكيات الصحية العقلانية، يحتاج الأفراد إلى الإدراك الجيد لمخاطر تعرضهم للأمراض والأوبئة التي تهدد سلامتهم الصحية ومحطهم الاجتماعي، والاقتناع بأن فوائد التغيير السلوكي (behaviour alteration) تفوق العوائق المُحتملة أو الجوانب السلبية الأخرى الناجمة عن إتباع الإجراءات المُوصى بها (Strecher and Rosenstock, 1997). ولعبت هذه المقاربة النظرية دورا هاما في تناول دور الاتصال في بناء نماذج ذهنية تُسهل عملية إحداث التغيير المنتظر لدى الأفراد فيما يتعلق بالسلوك الصحي، وقد تورت هذه المقاربة مجال التثقيف الصحي في إطار التصور النسقي الذي يقضي بأن الأنساق الإدراكية المستمدة من خبرات التعلم ومخرجاته والتي تكون مصممة مسبقا للتمكين وتعزيز السلوك الطوعي تؤدي إلى تبني الخيارات الصحية على مستوى الأفراد والمجموعات. ويشير الباحث Pechmann إلى أن هذه المقاربة تركز على 'نموذج تعلم المخاطر' (risk learning model) إذ أن هي تقديم معلومات جديدة حول المخاطر الصحية يؤدي إلى مزيد من المرونة نحو تبني السلوكيات التي تقلل من تلك المخاطر (Pechmann, 2001:189). وبالتالي فإن الإتصال الصحي يخلق التغيير عن طريق تبسيط المعرفة العلمية المتخصصة والمعقدة وإيصالها بكيفية ديداكتيكية للجمهور (Andreasen, 1995).

2- المقاربة الترفيهية التعليمية (educational entertainment approach): وتعد هذه المقاربة فعالة في إيصال المعلومات الصحية، خاصة بالنسبة للفئات الاجتماعية الهامشية التي تُصنف ضمن خانة الأقليات الاثنية والثقافية والاقتصادية، والتي يُعرف أعضائها بإستهلاكهم المكثف للمضامين الترفيهية والدرامية (Revelle, 2003). وقد أثبتت العديد من الدراسات الحقلية أنه حتى التعرض الطرفي والقصير (brief exposure) للمعلومات والسلوكيات الصحية من خلال وسائط الترفيه يمكن أن يكون لها تأثيرات إدراكية وسلوكية دالة. وفي الدراسة المرجعية التي أجراها الباحث Porter Novelli (2001)، أفادت أن أكثر من نصف مشاهدي البرامج الدرامية الدائمين تعلموا وبشكل فعال عن الأوبئة وكيفية الوقاية منها من هذه العروض التلفزيونية والدرامية، وفي سياق هذه الدراسة أفاد 70٪ من النساء و 65٪ من الرجال الذين يشاهدون المحتويات الترفيهية والدرامية بانتظام أنهم اتخذوا بعض الإجراءات الفعلية بعد سماعهم عن مشكلة صحية أو مرض في برنامج تلفزيوني، وأنه بالنسبة لأكثر من 50٪ من الرجال والنساء من أفراد هذه العينة لعبت هذه المحتويات الترفيهية ذات البعد الوقائي والصحي في جعلهم وسطاء لتوفير المعلومات الطبية للأصدقاء أو العائلة، وقد كانت الخلاصة الأساسية للدراسة أن برامج الترفيه لديها القدرة على الوصول إلى نسب كبيرة من الشرائح السكانية التي تعاني من الفوارق الصحية (Menon, 2008).

3- إتصال التفشي (outbreak communication): هو نموذج من نماذج الاتصال الأزمات، وعلى عكس إتصال الأزمات الكلاسيكي، فإن إتصال التفشي يتم توظيفه في سياق إنتشار الأوبئة والأمراض غير

المعروفة وما ينتج عنها من حدوث حالات عدم يقين ومخاطر عالية يتم تصوُّرها من قبل الجمهور العام بشكل يحمل قسماً كبيراً من اللاعقلانية والتهويل (Slovic, 1987:236). وأحد الأهداف الرئيسية لهذه المقاربة هنا هي معالجة تفشي المرض ضمن خطاب إحصائي وسوسيوصحي علمي مبسط ، ونشر المعلومات الضرورية بكيفية تُوازن بين التصوير الموضوعي للمخاطر من جهة، وتجنب إظهار الثقة المفرطة في مواجهة الوباء الجديد أو إثارة الذعر من جهة أخرى.

وقد وضعت المنظمة الصحية العالمية (WHO) في 2004 جملة من الخطوط التوجيهية بشأن إتصال المخاطر واستراتيجياته العملية إستجابة للتحديات الاتصالية التي فرضها آنذاك ظهور وباء متلازمة التهاب الرئوي الحاد المعروف بـ (SARS) وتتألف هذي الخطوط التوجيهية من خمسة مبادئ لتوجيه إستراتيجيات الاتصال الصحي أثناء تفشي الأوبئة وحالات الطوارئ الصحي الأخرى وهي: بناء الثقة ، والإعلان المبكر عن الوباء، الشفافية ، احترام المخاوف العامة والتخطيط المسبق (building trust, announcing early, being transparent, respecting public concerns and planning in advance).

وتتموضع مقاربة إتصال التفشي إبستيمولوجيا ونظريا على نموذج القياس النفسي لتصور المخاطر (psychometric model of risk perception) الذي ابتكره الباحث الأمريكي Paul Slovic وزملائه في أواخر السبعينيات، أين حاولوا إدراج العوامل التي تدفع الأفراد إلى تصوُّر الأحداث على أنها عالية المخاطر حتى عندما يرى الخبراء أنها منخفضة المخاطر، وكيف أنه يتم النظر إلى الأخطار الجديدة دائما على أنها ذات مخاطر عالية ولا يمكن السيطرة عليها وأنها كارثية في العواقب المترتبة عليها حتى عندما يحكم الخبراء عليها بناء على المؤشرات الامبيريقية أنها محدودة العواقب (Glik, 2007). في مقابل ذلك، يُنظر دائما إلى المخاطر المألوفة على أنها منخفضة المخاطر ويمكن التحكم فيها ، على الرغم من أنها ذات احتمالية خطر عالية بالنسبة للأخصائيين والخبراء (Frewer, 2004). وبناء على نموذج Slovic قام الباحث Peter Sandman بتطوير عُدته الاتصالية لإدارة الذعر العمومي (public outrage management) لتمكين القائمين بالاتصال الصحي أثناء الأزمات من تقليل تصورات المخاطر حول الأوبئة لدى عموم الناس لتتناسب مع مستوى تصورات الخبراء عن طريق تنبيه الأفراد الذين لا يهتمون بشكل كافٍ بالمخاطر التي يرى الخبراء بخطورتها، وللتخفيف من القلق المفرط بشأن المخاطر المحدودة (Renganathan et al, 2005).

#### 4- نموذج إتصال الازمة والمخاطر (Crisis and Emergency Risk Communication Model):

عادة ما يتم تبني هذا النموذج للتواصل في حالات المخاطر والأزمات على نطاق شامل . حيث يتم بناء الإستراتيجية الاتصالية من منظور هذا النموذج على المراحل الخمس لدورة حياة المخاطر والأزمات وهي مرحلة الخطر (risk)، مرحلة الاندلاع (eruption)، مرحلة التصفية (clean-up)، مرحلة التعافي (recovery) ومرحلة التقييم (evaluation). ويستند النموذج على خلفية نابعة من سياق الأنظمة الصحية الإنجلوسكسونية حيث تم تطويره من قبل المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها (US Center for Disease Control and Prevention) (Reynolds, 2006). و يقوم جوهر النموذج على اعتماد ميكانيزمات إستراتيجية واتصالية ملائمة لكل مرحلة من مراحل الازمة بُغية توضيح المخاطر و التقليل من الغموض وعدم اليقين (Reynolds & Seeger, 2005). ويُعد نموذج إتصال الازمة والمخاطر (CERC) نسقا محوريا ضمن ترسانة الحد من مخاطر الكوارث (Brewer, 2011). كونه يشمل عملية تبادل المعلومات بين الأطراف المعنية حول طبيعة أو جسامه أو أبعاد المخاطر في التوقيت المناسب وبالكميات المناسبة (Covello, 1992: 359).

وقد ساهم النزاع القانوني المتعلق بزلزال لاكويلا (L'Aquila earthquake) في إيطاليا سنة 2009 في تسليط الضوء على هذا النموذج الاتصالي، حيث تم محاكمة ستة علماء زلازل وموظفين حكوميين إيطاليين وتحميلهم المسؤولية بسبب فشلهم في تقديم الصورة "الصحيحة" والدقيقة للمخاطر المرتبطة بالزلازل إلى الأطراف المعنية وعدم فعالية تواصلهم مع الجمهور العام وقت الأزمة (Miller, France & Welsh, 2015). إذ تتطلب أي جهود للحد من المخاطر قدرا عاليا من التواصل وتشارك المعلومات بكفاءة وفعالية بين جميع الأطراف المعنية حول وضعية المخاطر الحالية والناشئة والمحتملة (Coombs, 2012). وتكمن خصوصية هذا النموذج في اشتراطه لكوادر مؤهلة ومُعدّة جيدا، إذ غالبا ماتفرض على المنفذين لهذا النموذج قيود زمنية صارمة ومنسوبا مرتفعا من الغموض وعدم اليقين بشأن المخاطر، إضافة إلى صعوبة إعداد المعلومات المناسبة بالشكل المناسب وإبلاغها إلى مجموعة واسعة من الأفراد المعنيين في التوقيت المناسب. وفي هذا الصدد، فإن أفضل الممارسات (best practices) في سياق النموذج المذكور تتطلب وجود موارد بشرية على درجة عالية من التدريب والتمرس للإستعداد لحالات الطوارئ والازمات والاستجابة لها بشكل فعال، بما في ذلك فحص ومراجعة المعلومات المتعلقة بالمخاطر والأزمة الناشئة، تنفيذ وتقييم الأنشطة الاتصالية وانتقاء قنوات التواصل الأنسب، والقدرة على تزويد الجمهور العام بالمعارف والأدوات الضرورية للتأقلم مع الأوضاع الازماتية (CDS, 2012).

**5- مقارنة التواصل من أجل التأثير السلوكي (communication for behavioral impact):** وهي مقارنة إتصالية يتم تبنيها في إطار الحملات المرتبطة بالمجال السكاني والبيئي والصحي والتي تُوجه عادة نحو تعبئة جميع المتغيرات الإدراكية التي تؤثر على الأفراد لتحفيزهم إزاء إجراء معين بهدف تحسين الصحة العامة عن طريق تزويدهم بالمعارف العمليّة اللازمة للمساهمة في التغيير الفعلي للسلوك. وتمزج هذه المقاربة بشكل استراتيجي بين مجموعة متنوعة من المدخلات الاتصالية (communication outputs) التي تهدف في مجملها إلى إشراك مختلف الأفراد في التفكير في السلوكيات الصحية الموصى بها وتشجيع تبنيها ضمن إطار زمني مستدام (Parrish-Sprowl, 2014). وتجد هذه المقاربة مُستندَها الابستيمولوجي والنظري في خلاصات عدة عقود من أبحاث الدراسات السلوكية والتثقيف الصحي والترويج الاجتماعي والتي تمّ تكييفها لبناء عدّة إتصالية إستراتيجية تُركز على إستهداف المستوى المجتمعي الماكروي وتسعى لاستنبات سلوكيات جديدة ضمن عدد كبير من السكان. كما تم تطوير مقاربة التواصل من أجل التأثير السلوكي COMBI استنادًا إلى أبحاث Everold Hosein في إطار برنامج للتعاون مع منظمة الصحة العالمية (WHO)، أين تم استخدام هذه المقاربة لأول مرة ضمن برنامج اليونيسف لحماية الأطفال في دولة مولدافيا (Schiavo, 2013). وتستخدم هذه المقاربة مزيجًا متكاملًا من الاستراتيجيات الاتصالية التي تستهدف خلق الالتزام الجماعي (public engagement) نحو قضية معينة لذلك نجدها تُركز على التعبئة الشاملة لصانعي القرار وتعبئة قادة المجتمع مع الإستهداف الموازي لمختلف الشرائح المجتمعية المحلية.

وتمثل هذه المقاربات والنماذج النظرية بمجمل محدداتها وأدواتها وعناصرها الوظيفية وعاءا تطبيقيا يستند عليه خبراء وممارسو الاتصال الصحي في تصميمهم وصياغتهم لمضامينهم الاتصالية وإدراكهم لخلفيات الجمهور المستهدف، فضلا عن فهمهم لسياقات تلقي وتفاعل هذا الجمهور مع المضامين الموجهة نحوه بالشكل الذي يُحقق له المراقبة والوقاية والعلاج، ويتوقف إنتقاء المقاربات وفعالية تطبيقها على كفاءة المنظومة الصحية ومواردها المادية والتقنية ومدى تأهيل الكوادر البشرية وتملّكها للمعارف المتخصصة والمهارات اللازمة في التواصل الطبي.

## .V خاتمة:

يُشكّل الاتصال الصحي مجالاً واسعاً للتفكير والدراسة جوهره الصحة والاتصال، وهما الموضوعان الذي يتقاطعان إبستيمولوجيا ومنهجياً مع حقول معرفية متباينة كالسوسيولوجيا والاثروبولوجيا والطب وعلوم الأوبئة، كونهما موضوعين بنيويين يُنظر إليهما كندى متداخل مع مختلف محدّدات الحياة الاجتماعية الأخرى. كالمعطيات البيولوجية والظروف الاقتصادية والمستويات التنظيمية إضافة إلى الشروط الاثروبولوجية والثقافية والرأسمال الرمزي للمجتمع. ويشمل الاتصال الصحي إتاحة المعرفة الصحية ونقلها من ضيق التخصص إلى الفهم العام للجمهور المستهدف بوساطة خطاب تواصلية تبسيطي يزيد في الوعي الصحي ويُعمّق الثقافة الوقائية، إذ يُعد الاتصال الصحي أحد شروط التكفل الصحي الوقائي بالمواطن وأحد مُمكّنات تأهيل المنظومة المجتمعية للتكيّف مع التحديات الصحية المختلفة. بجانب ذلك، يُمثل الاتصال الصحي حقاً أساسياً وإنسانياً من حقوق المواطن يتسنى له من خلاله المعرفة التامة بالمخاطر والمشاكل الصحية في محيطه وتحصيل الوعي الصحي الكافي لمجابهتها والوقاية منها.

وينبغي أن يكون الاتصال الصحي مَسنوداً باستيعاب جيد للأطر النظرية والعملية التي تحكم السياقات السوسيو-صحية للتواصل إضافة إلى الإلمام بخصوصيات الفئات المستهدفة بالتواصل وكذا حيازة المعارف الصحية الموضوعية التي تُشكل المضمون التواصلية الأولى، ولذلك يُشترط إسناد الاتصال الصحي إلى كوادرات مؤهلة وخاضعة لبرامج تأهيل وتكوين متخصصة في حقل الاتصال الصحي، ولا يكون ذلك إلا بفتح مسالك تكوينية تخصصية بالتنسيق بين أقسام الاتصال وأقسام الطب والأوبئة وخلق معاهد تكوينية في ميدان الاتصال الصحي.

ويظهر جلياً أنه مهما بلغت ديناميكية الإتصال الصحي ودرجة إستيعابه للرسالة الصحية فإنه لا يُعالج الاختلالات الهيكلية للمنظومة الصحية ولا يُعوّض غياب الخدمات الصحية الأساسية، كما أنه لا يُصلح فشل السياسات الصحية العامة وأعطائها. بل يبقى دينامية مكمّلة لجهود المنظومة الصحية تقوم بخلق الشروط الموضوعية لإنتاج المواطن المتنور صحياً وتعمل على تأهيله تأهيلاً صحيحاً حتى يكون في المستوى المطلوب من الوعي والجاهزية للتعامل مع الرهانات الصحية في أبعادها المتعددة من خلال تزويده بالمعارف والمهارات اللازمة وإنتاج الأنماط السلوكية التي تستجيب لمحددات التنمية الصحية.

1. Allport, F. H., & Hartman, D. A. (1925). **The measurement and motivation of atypical opinion in a certain group.** American Political Science Review, 19, 735–760.
2. Andreasen, Alan R. (1995). **Marketing Social Change.** San Francisco: Jossey-Bass.
3. Backer, T. E., Rogers, E., & Sopory, P. (1992). **Designing health communication campaigns: What works?.** Sage Publications.
4. Ballard-Reisch, D. S. (1990). **A model of participative decision making for physician-patient interaction.** Health Communication, 2, 91-104.
5. Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1993). **Using metaphors to characterize doctor-patient relationships: Paternalism versus consumerism.** Health Communication, 5, 41-58.
6. Berger & S. H. Chaffee (Eds.). **Handbook of communication science;** (pp. 675-709). Newbury Park, CA: Sage.
7. Bernhardt, M.J. (2004). **Communication at the Core of Effective Public Health,** American Journal of Public Health, 94,(12), 2051-2053.
8. Burgoon, M. (1992). **Strangers in a strange land: The PhD in the land of the medical doctor.** Language and Social Psychology, 11, 101-106.
9. Cappella, J. N. (1987). **Interpersonal communication: Definitions and fundamental questions.** In Cappella.N Handbook of communication science, 184-238.
10. CDS (2012), **Crisis and Emergency Risk Communication,** Washington, DC, United States Department for Health and Human Services, Centre for Disease Control.
11. Clift, E., & Freimuth, V. (1995). **Health communication: what is it and what can it do for you?.** American Journal of Health Education, 26(2), 68.
12. Coombs W.T. (2012), **Ongoing Crisis Communication: Planning, managing, and responding.** Thousand Oaks, CA, Sage.
13. Covello V.T. (1992), **Risk communication: An emerging area of health communication Research** in DEETZ S.A. (Ed.), Communication Yearbook, 15, New York, Routledge, pp. 359-373.
14. Freimuth, V., Linnan, H. W., & Potter, P. (2000). **Communicating the threat of emerging infections to the public.** Emerging infectious diseases, 6(4), 337.
15. Frewer, L. (2004). **The public and effective risk communication.** Toxicology letters, 149(1-3), 391-397.
16. Garko, M. G. (1992). **Physician-executives' use of influence strategies: Gaining compliance from superiors who communicate in attractive and unattractive styles.** Health Communication, 4, 137-154.
17. Glik, D. C. (2007). **Risk communication for public health emergencies.** Annu. Rev. Public Health, 28, 33-54.

18. Hannawa, A. F., García-Jiménez, L., Candrian, C., Rossmann, C., & Schulz, P. J. (2015). **Identifying the field of health communication**. Journal of Health Communication, 20(5), 521-530.
19. Jackson, L. D. (1992). **Information complexity and medical communication: The effects of technical language and amount of information in a medical message**. Health Communication, 4, 197-210.
20. Jones, M. J. (1915). **Popular education in mouth hygiene through organized publicity—through the platform, the exhibit**. The motion picture. The press. American Journal of Public Health, 05, 405–409.
21. Kim, J. N., Park, S. C., Yoo, S. W., & Shen, H. (2010). **Mapping health communication scholarship: Breadth, depth, and agenda of published research in health communication**. Health communication, 25(6-7), 487-503.
22. Kreps, G. L. (1981). **Communication education in the future: The emerging area of health communication**. Paper presented at the annual meeting of the Central States Speech Association, Chicago, IL.
23. Kreps, G. L. (2014). **History of health communication**. In T. L. Thompson (Ed.), Encyclopedia of health communication (Vol.1, pp. 568–572). Thousand Oaks, CA: Sage.
24. Kreps, G. L., & Maibach, E. W. (2008). **Transdisciplinary science: The nexus between communication and public health**. Journal of Communication, 58(4), 732-748.
25. Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query Jr, J. L. (2003). **The history and development of the field of health communication**. Russian Journal of Communication, vol 10, 12-20.
26. Logan, R. A. (2001). **Science mass communication: Its conceptual history**. Science Communication, 23(2), 135-163.
27. Lupton, D. (1994). **Toward the development of critical health communication praxis**. Health Communication, 6(1), 55-67.
28. Maibach, E. (1993). **Social marketing for the environment: Using information campaigns to promote environmental awareness and behavior change**. Health promotion international, 8(3), 209-224.
29. Marcos, C. (2004). **The origins of primary health care and selective primary health care**. American journal of public health, 94(11), 1864-1874.
30. Menon K. U. (2008). **Risk communications: in search of a pandemic**. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 37(6), 525–534.
31. **Mickey Mouse Militiamen**. (1937). The Journal of the American Dental Association and the Dental Cosmos, 24, 147–149.
32. Noar, S. M., Harrington, N. G., & Aldrich, R. S. (2009). **The role of message tailoring in the development of persuasive health communication messages**. Annals of the International Communication Association, 33(1), 73-133.
33. Ollivier-Yaniv, C. (2015). **La communication publique sanitaire à l'épreuve des controverses**. Hermès, La Revue, (3), 69-80.

34. Paisley, W. J., & Atkin, C. K. (1981). **Public communication campaigns the American experience.** In R. E. Rice & W. J. Paisley (Eds.), Public communication campaigns (pp. 20–33). Beverly Hills, CA: Sage.
35. Palenchar M.J. (2008),**Risk communication and community right to know: A public relations obligation to inform,** Public Relations Journal, 2 (1),1-26.
36. Parker, R. M., & Gazmararian, J. A. (2003). **Health literacy: essential for health communication.** Journal of health communication, 8(S1), 116-118.
37. Parrish-Sprowl, J. (2014). **Communication complex.** Encyclopedia of health communication, 3, 211-213.
38. Parrott, R., & Kreuter, M. W. (2011). **Where Do We Draw the Lines?.** The Routledge Handbook of Health Communication,(2nd ed) New York.
39. Pechmann, C. (2001). **A comparison of health communication models: Risk learning versus stereotype priming.** Media Psychology, 3(2), 189-210.
40. Renganathan, E., Hosein, E., Parks, W., Lloyd, L., Suhaili, M., & Odugleh, A. (2005). **Communication-for-Behavioural-Impact (COMBI): A review of WHO's experiences with strategic social mobilization and communication in the prevention and control of communicable diseases.** Global public health communication: challenges, perspectives and strategies, 305-320.
41. Revelle, G. L. (2003). **Educating via entertainment media:** the Sesame Workshop approach. Computers in Entertainment (CIE), 1(1), 1-9.
42. Reynolds B., Seeger M.(2005).**Crisis and emergency risk communication as an integrative model.** J. Health Commun.;10:43–55.
43. Reynolds, B. (2006). **Response to best practices.** Journal of Applied Communication Research, 34(3), 249-252.
44. Rimer, B. K., & Kreuter, M. W. (2006). **Advancing tailored health communication: A persuasion and message effects perspective.** Journal of communication, 56, S184-S201.
45. Rogers, E. M. (1994). **The Field of Health Communication Today.** American Behavioral Scientist, 38(2), 208–214.
46. Rogers, EM, & Storey, JD (1987). **Communication campaigns.** In CR Berger & SH Chaffee (Eds.), Handbook of communication science (p. 817–846). US: Sage Publications.
47. Salmon, C. T., & Poorisat, T. (2020). **The Rise and Development of Public Health Communication.** Health communication, 35(13), 1666-1677.
48. Sandberg, H., Fristedt, R. A., Johansson, A. L., & Karregard, S. (2017). **Health Communication An in-depth analysis of the area of expertise and research literature 2010-2016 Susanne Karregard.** European Journal of Public Health, 27(suppl\_3).
49. Schiavo, R. (2013). **Health communication: From theory to practice.** San Francisco: Jossey-Bass.
50. Schneider, J. F. (1916). **A survey of the activities of municipal health departments in the United States.** American Journal of Public Health, 6, 1–17.

51. Sharf, B. F. (1984). **The physician's guide to better communication**. Glenview. IL: Scott, Foresman.
52. Slovic, P. (1987). **Perception of risk**. Science, 236(4799), 280-285.
53. Smith, W. A., & Hornik, R. (1999). **Marketing, Communication, and Advocacy for Large-Scale STD/HIV Prevention and Control**. Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw-Hill.
54. Strecher, V. J., Rosenstock, I. M. (1997). **The health belief model**. In Baum, A., Newman, S., Winman, J., West, R., McManus, C. (Eds.), Cambridge handbook of psychology, health and medicine (pp. 113–121). New York, NY: Cambridge University Press.
55. Street, R. L., & Wiemann, J. M. (1987). **Patient satisfaction with physicians' interpersonal involvement, expressiveness and dominance**. In M. McLaughlin (Ed.), Communication yearbook 10 (pp. 591-612). Newbury Park, CA: Sage.
56. Thomas, R. K. (2006). **Health communication**. Springer Science & Business Media.
57. Thompson, T. L., Parrott, R., & Nussbaum, J. F. (Eds.). (2011). **The Routledge handbook of health communication**. Routledge.
58. Tomes, N. (1998). **The gospel of germs: Men, women, and the microbe in American life**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
59. U.S. Department of Health and Human Services. (2001). **National Committee on Vital and Health Statistics. Information for Health: A Strategy for Building the National Health Information Infrastructure**. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
60. Vant Riet, J., Crutzen, R., & De Vries, H. (2010). **Investigating predictors of visiting, using, and revisiting an online health-communication program: a longitudinal study**. Journal of Medical Internet Research, 12(3), e37.
61. Wright, K. B., Sparks, L., & O'hair, H. D. (2012). **Health communication in the 21st century**. John Wiley & Sons.
62. Wyatt, N. (1991). **Physician-patient relationships: What do doctors say?**. Health Communication, 3, 157-174.