

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآورنده : خطوط مشاوره تلفنی ترک دخانیات: منبعی برای تولید، اجرا و ارزیابی آنها / مترجم شبنم اسلامپناه نوبری؛ ویراستار شبنم اسلامپناه نوبری: مرکز آموزشی، پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی (بیمارستان مسیح دانشوری)، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات.

مشخصات نشر : تهران: گزینه‌های برتر - پیش‌دانشگاهیان، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری : ۱۳۶ص.

شابک : 978-600-373-001-4

وضعیت فهرست‌نویسی : فیا.

یادداشت : عنوان اصلی: Telephone quit lines: a resource for development Implementation, and evaluation. [2004]

موضوع : ترک سیگار

موضوع : دخانیات- اعتیاد- درمان

شناسه افزوده : اسلامپناه نوبری، شبنم، ۱۳۵۳ - مترجم

شناسه افزوده : مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری

شناسه افزوده : مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی

شناسه افزوده : مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

رده‌بندی کنگره : ۱۳۹۳ خ/ ۵۶۷ RC

رده‌بندی دیویی : ۶۱۶ / ۸۶۵۰۶

شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۳۷۸۱۲



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی (بیمارستان دکتر مسیح دانشوری)

پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

خطوط مشاوره تلفنی ترک دخانیات

ناشر: انتشارات گزینه‌های برتر (پیش‌دانشگاهیان)، ۰۲۱-۷۷۸۸۶۴۸۱
مترجم: دکتر شبنم اسلامپناه نوبری
ویراستار: دکتر شبنم اسلامپناه نوبری
تایپ و صفحه‌آرایی: سعیده طباطبایی‌زاده
نوبت چاپ: اول، ۱۳۹۳
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: مرادی، ۰۲۱-۳۳۹۲۲۳۸۱
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۳۷۳-۰۰۱-۴

## خطوط مشاوره تلفنی ترک دخانیات

---

منبعی برای توسعه، اجرا و ارزیابی آنها



تقدیم بہ پدر فریختہ، مادر نزر کواری، ہمسر کرا تقدیم

## فهرست

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: نقش خطوط تلفنی ترک در برنامه‌های جامع کنترل دخانیات
۱۱	فصل دوم: طیف درمان
۲۹	فصل سوم: عقد قرارداد برای خدمات تلفنی ترک سیگار
۴۱	فصل چهارم: ملاحظات فنی
۴۹	فصل پنجم: پرسنل یک خط مشاوره تلفنی
۵۹	فصل ششم: اطمینان از کیفیت در مشاوره تلفنی
۶۷	فصل هفتم: ارزیابی یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار
۸۱	فصل هشتم: هزینه‌های مرتبط با فعالیت یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار
۸۹	فصل نهم: تبلیغات خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار
۱۰۱	فصل دهم: شراکت خط مشاوره تلفنی ترک سیگار
۱۱۱	فصل یازدهم: جهت‌گیری‌های آینده
۱۱۹	منابع
۱۲۷	ضمیمه

## پیشگفتار

محدودیت تعداد کلینیک‌های ترک سیگار از یک طرف و از طرف دیگر عدم امکان دسترسی تمامی افراد سیگاری مایل به ترک در کل نقاط کشور به این کلینیک‌ها به علل مختلفی مانند گرفتاری‌های شغلی، عدم وجود زمان یا بودجه کافی جهت رفت و آمد و مراجعه به این کلینیک‌ها، به نظر می‌رسد که راه‌اندازی خطوط مشاوره ترک سیگار توسط پزشکان و دست‌اندرکاران سیستم بهداشت در هر استان و شهرستان، گامی بزرگ برای رفع موانع موجود برای ترک سیگار در افراد سیگاری مایل به ترک باشد.

با توجه به تجربه‌ای که طی سال‌ها در پیشبرد مشاوره تلفنی ترک سیگار در بیمارستان مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات داشته‌ام می‌توانم راه‌اندازی چنین خط‌های مشاوره تلفنی ترک سیگار را در سایر استان‌ها و سایر شهرستان‌ها توصیه کنم چرا که می‌تواند راهی موثر برای دستیابی علاقمندان به ترک سیگار به درمان بوده و راهکار مناسبی برای این افراد ارائه دهد.

کتابی که در پیش رو دارید ترجمه کتاب Telephone Quit lines می‌باشد. این کتاب توسط U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention در سال ۲۰۰۴ چاپ شده است.

خداوند مهربان را شاکرم که به من این فرصت را بخشید تا با ارائه این کتاب در اعتلای دانش و بهداشت کشورمان سهمی کوچک داشته باشم.

امیدوارم با ترجمه این کتاب در راه پیشرفت پزشکان و درمان‌گرانی که خواهان اعتلای سطح علمی خود و کمک به افراد سیگاری می‌باشند و در جهت جسم و روان سالم افراد سیگاری قدمی هر چند کوچک برداشته باشم.

مترجم





## فصل اول

# نقش خطوط تلفنی ترک در برنامه‌های جامع کنترل دخانیات

## مرور اجمالی

مصرف دخانیات همواره علت عمده مرگ و میر بیماری در آمریکا به شمار می‌آید. سالانه بیش از ۴۴۰ هزار نفر در این کشور بر اثر بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهند (CDC 2002a). خوشبختانه، حتی در میان افرادی که چندین دهه دخانیات مصرف کرده‌اند، قطع مصرف دخانیات، خطر بیماری‌های مرتبط با تنباکو را کاهش می‌دهد (USDHHS 2000a, USDHHS 2000b, Peto et al. 2000, Taylor et al. 2002). قطع مصرف دخانیات همچنین باعث ذخیره پول نیز می‌شود. تخمین زده می‌شود که مصرف سالانه دخانیات در حدود ۱۵۷ میلیارد سالانه در پزشکی هزینه برمی‌دارد و باعث کاهش تولید نیز می‌شود (CDC 2002a).

یک مطالعه ملی جدید نشان می‌دهد که اگر چه میزان ترک سیگار کم است ولی سیگاری‌ها هر ساله سعی در ترک سیگار دارند اما تنها ۴/۷٪ آنها حداقل به مدت ۲ ماه در ترک خود باقی می‌ماند (CDC 2002b).

افزایش درصد مصرف‌کنندگانی که اقدام به ترک می‌نمایند یا میزان موفقیت آنها منجر به افزایش کلی آمار ترک می‌شود (Burns 2000). بدین منظور برنامه‌های ترک سیگار سنتی به افرادی که قصد ترک سیگار را دارند و فعالانه به دنبال جستجوی کمک در انجام آن هستند کمک کرده و متمرکز شده‌اند اما اغلب دیده نشده است که این برنامه‌ها میزان اقدام به ترک را در جمعیت کلی افزایش دهند. به بیان دیگر برنامه‌های سنتی ترک بیشتر رویکرد بالینی دارند تا یک رویکرد بهداشت عمومی (Lichtenstein & Glasgow 1992). اما در طی دهه گذشته تلاشی برای آغاز رویکردی با محوریت بیشتر بهداشت عمومی در زمینه ترک سیگار صورت گرفته است که نه تنها قصد بالابردن آمار افرادی را دارند که قصد ترک سیگار را دارند، (Niaura & Abrams 2002) بلکه تمام مصرف‌کنندگان دخانیات را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد. در این رویکرد، برنامه ترک جزء لاینفک یک برنامه جامع کنترل دخانیات است که به موجب آن به افراد مایل به ترک کمک می‌شود و برنامه‌های ترک را به طور فعال در جمعیت عمومی ترویج می‌دهد.

خدمات ترک دخانیات به صورت تلفنی عموماً به عنوان خط تلفنی ترک شناخته می‌شود و به طور بالقوه هر دو هدف فوق را در نظر دارد. در ابتدا، موثر بودنشان برای افراد سیگاری که از آنها استفاده می‌کنند به خوبی بنا نهاده شده است (Hopkins et al. 2001, Lichtenstein et al. 1996, Stead et al. 2004). ثانیاً، در بسیاری

از ایالت‌های دارای برنامه جامع کنترل دخانیات خطوط تلفنی ترک سیگار، نقش اساسی در برنامه‌های رسانه‌ای جهت افزایش آمار ترک در جمعیت عمومی ایفا می‌کند (Zhu 2000). از این رو، در حدود ۴۰ ایالت در سال ۲۰۰۳ برخی از فرم‌های خط ترک را منتشر کرده‌اند (اطلاعات منتشر نشده CDC). این فصل به طور خلاصه بیان می‌کند که چگونه خطوط تلفنی ترک سیگار مدخل ورود به برنامه‌های ترک بوده و جزئی از برنامه جامع کنترل دخانیات می‌باشند.

### خطوط تلفنی ترک در کمک به مصرف‌کنندگان دخانیات جهت ترک موثرند

برخی مطالعات متاآنالیز منتشر کرده‌اند که مشاوره‌های تلفنی یک مداخله موثر برای ترک سیگار هستند (Lichtenstein et al. 1996, Fiore et al. 2000, Hopkins et al. 2001, Stead et al. 2004). دستورالعمل درمان بالینی بهداشت عمومی فعلی و راهنمای خدمات پیشگیرانه عمومی به اتفاق، مشاوره تلفنی را به عنوان یک روش جهت کمک به ترک افراد سیگاری پیشنهاد کرده‌اند (Fiore et al. 2000, Hopkins et al. 2001).

### خطوط تلفنی ترک «Proactive»

بسیاری از مطالعات انجام شده بر خطوط ترک تاکنون بر این نوع خطوط ترک متمرکز شده‌اند. این خطوط به نوعی کمک فوری «Reactive» برای مصرف‌کنندگانی فراهم می‌کند که برای اولین بار تماس می‌گیرند. اما همچنین خدمات جامع‌تری نیز از طریق تماس‌های Proactive (برقراری تماس از سوی مشاور ترک) فراهم می‌سازند. این خدمات که اغلب منجر به جلسات پیگیری متعدد نیز می‌شود، مشخصاً با توافق فرد سیگاری برنامه‌ریزی شده است. بررسی‌های تصادفی کنترل شده کارایی چنین خدماتی را اثبات کرده است. اکثر مطالعات متاآنالیز اخیر در ۱۳ مطالعه نشان داده است آمار ترک با چنین خدماتی ۵۶٪ بیش از زمانی است که افراد به تنهایی ترک می‌کنند (Stead et al. 2004).

بسیاری از این مطالعات خط تلفنی، تحت شرایط دنیای واقعی یا نزدیک به دنیای واقعی انجام شده‌اند و نتایج نسبتاً مشخصی داشته‌اند (Lichtenstein et al. 2003). درمان‌های اثبات شده اغلب اوقات در عمل ناموفق بوده زیرا تبدیل آزمایش‌های بالینی به شرایط سرویس‌دهی ممکن است شامل تغییراتی شود که تحت آن نتایج اصلی گرفته شده باشد (Flay 1986, Greenwald & Cullen 1985, Stevens et al. 2000). اما تاثیرگذاری خطوط

تلفنی ترک در عملکرد خدمات خط ترک موجود مشهود بوده است و در واقع خطوط ترک نشان داده‌اند که خدمات رفتاری جدی را برای افراد متمایل به ترک سیگار فراهم کرده‌اند (Borland et al. 2001, Zhu et al. 2002).

### خطوط تلفنی ترک «Reactive»

این نوع خطوط تلفنی ترک به درخواست کمک تماس‌گیرندگان پاسخ سریع می‌دهد ولی خودشان تماس‌های مشاوره‌ای ارائه نمی‌دهند. بر روی این خطوط به اندازه خطوط تلفنی Proactive مطالعات لازم صورت نگرفته و گرچه شواهدی بر موثر بودن این خطوط وجود دارد ولی این راهکار توسط بسیاری از دستورالعمل‌ها توصیه نمی‌شود.

دو مطالعه در این زمینه وجود دارد که استفاده از خطوط تلفنی Reactive در متن برنامه‌های جامع کنترل تنباکو را حمایت می‌کند. در یک مطالعه بر روی، یک خط ترک خوب ترویج یافته که فقط یک مشاوره ضروری قبل از ترک (۵۰ دقیقه‌ای) برای سیگاری‌ها فراهم می‌آورد نشان داده شد که تلاش‌های ترک در تماس‌گیرندگان افزایش یافته و وقوع عود کاهش یافته است. این مطالعه در مقایسه با زمانی است که تنها مداخله فراهم شده برای تماس‌گیرندگان، لوازم خودآموز ترک بوده است (Zhu et al. 1996). در یک مطالعه دیگر نیز بیان شد، جوامعی که در آنها خط ترک تلفنی ترویج داده شده باشد، به طور قابل توجهی آمار تلاش برای ترک بالاتر بوده و به طور کلی میزان ترک در مقایسه با جوامع مشابه بدون خط مشاوره تلفنی ترک بالاتر است. چنین امری درست است و برخلاف این واقعیت می‌باشد که فقط تعداد اندکی از افراد سیگاری با دسترسی به خطوط ترک واقعا تماس گرفته‌اند (Ossip-Klein et al. 1991). این هنوز نامشخص است که آیا افزایش در ترک فقط نتیجه تبلیغات صرف است یا تبلیغات در ارتباط با خط ترک. تبلیغات رسانه‌ای در ارتباط با انواع مختلفی از مداخلات اجتماعی نشان داده است که باعث افزایش ترک سیگار می‌شود (Hopkins et al. 2001). یک توضیح ممکن برای این پدیده چنین است که آگاهی از خدمات ترک که ناشی از تبلیغات رسانه‌ای باشد باعث افزایش اعتقاد مصرف‌کنندگان می‌شود و لذا ترک نیز امری است عادی و ممکن است منجر به افزایش ترک در میان افرادی شود که دسترسی به این خدمات دارند و حتی افرادی که دسترسی به این خدمات ندارند. به عبارت دیگر ترویج خط ترک به خودی خود ممکن است منجر به ترک‌های بیشتری شود که آنها نیز در عوض منجر به موفقیت در ترک‌های دائمی در جوامعی می‌گردد که در آنها

تبلیغات صورت گرفته است (Zhu 2000). مطالعات بیشتری برای دستیابی به تاثیر خطوط ترک Reactive نیاز است. ضمناً بدیهی است که ایالت‌های دارای خطوط ترک Reactive باید منابع مالی قابل توجهی برای تبلیغات فراهم نمایند (Wakefield & Borland 2000).

اغلب خطوط ترک موجود در ایالت‌ها هر دو نوع خدمات Proactive و Reactive را به کار گرفته‌اند (Ossip-Klein & McIntosh 2003). شواهد کلی نشان می‌دهد که چنین خطوط مشاوره‌ای به طور بالقوه نه تنها کمک موثری برای طالبین ترک فراهم می‌کند بلکه به طور کلی آمار ترک را در مصرف‌کنندگان افزایش می‌دهد. بودجه‌های خطوط ترک موجود گاهی اوقات جهت ارائه خدمات کامل برای تمام کسانی که می‌خواهند از آن استفاده کنند ناکافی است و در میان گردانندگان خطوط ترک بحث در مورد آن است که بهترین نوع ارائه خدماتشان چیست و با این موانع موجود در بودجه‌هایشان کدام جمعیت‌ها بهترین خدمت را دریافت می‌کند (Zhu 2002a).

### خطوط مشاوره ترک در دسترس و کارآمد هستند

جدا از تاثیر اثبات شده‌شان، خطوط ترک مزایای دیگری دارند که آنها را بهترین راهکار ترک در ایالت‌ها می‌سازد. این مزایا باعث شده کمیته Intergracy سیگار و سلامت، زیرگروه کمیته ترک پیشنهاد کند که شبکه ملی ایالت - محور خطوط ترک سیگار تاسیس گردد تا پوششی جهانی برای ترک دخانیات فراهم شود (Fiore et al. 2004).

یک مزیت مهم خطوط تلفنی ترک قابل دسترس بودن آنهاست. در یک خط تلفنی بسیاری از موانع کلاس‌های ترک سنتی مثل انتظار جهت تشکیل کلاس‌ها یا نیاز به سامان‌دهی جهت نقل و انتقال وجود ندارد. خطوط ترک به ویژه برای افراد کم تحرک و آنها که در مناطق دور دست یا روستایی زندگی می‌کنند مفید می‌باشد. همچنین به علت بی‌نام و نشان بودن خطوط مشاوره تلفنی، خدمات تلفنی ممکن است همچنین برای افرادی که مایل به کمک گرفتن در موقعیت‌های گروهی نیستند نیز مفید باشد چرا که می‌تواند به آنها کمک کند بر موانع روانشناختی‌شان غلبه کنند (Zhu & Anderson 2000). به عنوان شاهدهی از دسترسی بیشتر به خطوط ترک، مطالعات نشان داده‌اند که در مقایسه با برنامه‌های چهره به چهره حضوری، افراد سیگاری چندین برابر بیشتر از چنین خدماتی استفاده می‌کنند (McAfee et al. 1998, Zhu & Anderson 2000). در حقیقت چنین، خطوط ترکی به

هنگام برقراری تماس هزاران فرد سیگاری مشکل کمتری در مشغول نگه داشتن مشاوره‌هایشان دارند (Owen 2000, Wakefielt and Borland 2000, and Zhu et al. 2000). علاوه، جمعیت‌هایی که از خدمات سنتی ترک سیگار در حد ضعیفی استفاده می‌کنند مانند افراد سیگاری با زمینه‌های قوی اقلیتی فعالانه به دنبال کمک گرفتن از خطوط مشاوره ترک هستند (Zhu et al., 1995).

یکی دیگر از سودهای خطوط ترک این است که نوع عملکرد متمرکز آنها، فرصت‌هایی برای کارایی در اجرای اجزای یک برنامه ترک ایالتی کنترل دخانیات به وجود می‌آورد. یک سلسله فعالیت تبلیغاتی گسترده برای خطوط مشاوره ترک در یک ایالت بسیار عملی‌تر از سلسله فعالیت‌های کوچکتر متعدد برای تعداد زیادی از برنامه‌های محلی است. یک خط ترک متمرکز همچنین می‌تواند به مثابه یک انبار اطلاعات عمل کند و برای تماس‌گیرندگانی که مایل به استفاده از آن هستند، ارجاع مستقیمی به برنامه‌های محلی فراهم آورد. متمرکز کردن خدمات مشاوره‌ای تا حدودی باعث صرفه‌جویی می‌گردد. از آنجایی که تقاضا برای خدمات خط مشاوره ترک به طور گسترده‌ای تابع این است که چه مقدار مورد تبلیغ قرار گرفته‌اند و خود نیز عاملی قابل کنترل است، لازم است کارکنان کارآمدی برای این خطوط مشغول به کار شوند. این امر همواره موردی با برنامه‌های محلی کوچکتر نیست که بسیار آسیب‌پذیرتر به نوسانات تقاضا است. در حقیقت ممکن است شرایط مالی امکان ارائه خدمات چند زبانه و تخصصی برای مصرف‌کنندگان فراهم آورد که ممکن است هزینه آن برای اغلب کلینیک‌های ترک محلی سنگین باشد. صرفه‌جویی در زمینه عملکرد متمرکز دلیل اصلی است که بسیاری از ایالت‌ها این روش را یک اصل مطمئن برای بسیاری از مصرف‌کنندگان دخانیات در ایالت در نظر دارند. خطوط ترک به عنوان یک شبکه ایمن برای اکثریت مصرف‌کنندگان دخانیات در سراسر یک ایالت عمل می‌کند و حتی هنگامی که ایالت‌ها دچار کمبود بودجه برای خدمات ترک هستند نیز این برنامه گزینه حائز اهمیتی می‌باشد.

### تعامل با دیگر عناصر یک برنامه جامع کنترل دخانیات

یک برنامه جامع کنترل دخانیات ۴ هدف اصلی دارد: (CDC 1999)

- پیشگیری از شروع مصرف
- افزایش ترک
- کاهش مواجهه با دود تحمیلی دخانیات

• حذف اختلافات در مصرف دخانیات و دسترسی به درمان  
خطوط مشاوره ترک بر روی افراد سیگاری متمرکز هستند ولی دیگر اجزای یک برنامه جامع نیز ترک را ترویج می‌کنند حتی اگر به طور مستقیم خدمات ترک را فراهم نکنند. تبلیغات رسانه‌ای مثال واضحی هستند ولی آنها نیز متفاوت می‌باشند. یک نظام بهداشتی مجهز به توصیه‌های پزشکان ویژه افراد سیگاری نیز باعث ترویج ترک می‌شود. برنامه‌های ویژه مدارس که بر روی پیشگیری متمرکز شده‌اند نیز می‌تواند ترک را در میان نوجوانان ترویج دهد. محدودیت‌های محل کار در مورد مصرف سیگار و تلاش برای بالا بردن مالیات دخانیات یا افزایش قیمت واحد نیز به خوبی ترک را ترویج می‌دهد (Burns 2000, Hopkins et al. 2001).

قوانین ویژه ممنوعیت دود تحمیلی دخانیات و افزایش قیمت محصولات دخانی باعث ایجاد فشار بر روی ترک مصرف‌کنندگان دخانیات می‌گردد که البته هیچ نیازی به فراهم آوردن کمک به ترک نیز ضروری نخواهد بود. در صورت فراهم نبودن خدمات ترک، چنین فشارهایی حکم تنبیه را برای مصرف‌کنندگان دخانیات دارند. اما در ایالاتی که خدمات ترک به خوبی فراهم شده و گسترش یافته است این احتمال تقلیل می‌یابد. یک خط تلفنی مشاوره ترک به عنوان یک عملکرد متمرکز با نشان قابل تشخیص و با دسترسی جهانی رایگان راه خوبی است برای مصرف‌کنندگان دخانیات که بدانند در هر جایی که هستند کمک برای آنها در دسترس است. بدین طریق یک خط تلفنی مشاوره ترک مکمل دیگر فعالیت‌های کنترل دخانیات است که علاقه‌مندی مصرف‌کنندگان دخانیات به ترک را افزایش می‌دهند. چنین تعامل‌هایی یک همکاری در میان عناصر مختلف این برنامه بوجود می‌آورد (Barns 2000).

این هماهنگی به وضوح در همیاری بین خط مشاوره ترک یک ایالت و رسانه‌هایش می‌تواند دیده شود. رسانه به طور گسترده‌ای برای آموزش عموم در مورد مضرات سیگار استفاده شده است و یک موضوع مهم در چنین تبلیغات رسانه‌ای ضرر استنشاق دود تحمیلی سیگار است (Stevens 1998). این موضوع فقط به طور غیرمستقیم مرتبط با ترک است ولی دو موضوع فوق‌الذکر می‌توانند به هم مربوط باشند. برای مثال در میان یک روند خلاقانه دقیق، تبلیغات رسانه‌ای کالیفرنیا آگهی‌های ضد دود تحمیلی سیگار را به نحوی پخش کرد که خط تلفنی ترک را نیز ترویج می‌داد. به دلیل اینکه شماره تلفن خط‌های ترک نیز شامل این تبلیغات می‌شد، پیام ترک در تبلیغات بسیار کاملتر شد و نه تنها دلیلی جهت ترک را فراهم می‌کرد

بلکه به آنها در این زمینه کمک نیز می‌کرد. به طور جالبی، تبلیغات دود تحمیلی سیگار بر اساس تبلیغات پایدار سلامت اجرا شده است و هدفش برقراری تماس با خط مشاوره تلفنی ترک است. بنابراین تبلیغات دود تحمیلی آشکارا بر روی حفاظت از سلامت افراد غیرسیگاری متمرکز است و یک روش کارآمد برای تشویق سیگاری‌ها به منظور استفاده از خدمات ترک است (Anderson & Zhu 2000).

یک بخش بالقوه برای همیاری در میان اجزای برنامه جامع کنترل دخانیات این است که از خطوط تلفنی ترک برای حمایت از پزشکانی که توصیه به ترک سیگار می‌کنند استفاده شود (فصل ۱۰ مشاهده شود). دستورالعمل خدمات بهداشت عمومی آمریکا پیشنهاد می‌کند که پزشکان باید در مورد وضعیت مصرف سیگار بیمارانشان در هر جلسه سوال کنند، ترک را به هر فرد سیگاری توصیه کنند و در صورت عدم تداخل‌های عمده پزشکی غذا و داروهای مورد تایید سازمان غذا و دارو را در هر اقدام به ترک تجویز کنند. این دستورالعمل بیشتر پیشنهاد می‌کند که پزشکان باید به بیمارانشان کمک کنند که یک برنامه ترک را طرح‌ریزی نمایند و مواد تکمیلی را برای آنها فراهم کنند و یک جلسه پیگیری حضوری یا تلفنی برای آنها برنامه‌ریزی نمایند (Fiore et al. 2000). در عمل، محدودیت زمانی و کمبود آموزش در مورد چگونگی ارائه مشاوره ترک به بیماران، به هنگام اجرای این دستورالعمل، موانعی را برای پزشکان به وجود می‌آورد اما آنچه پزشکان به راحتی می‌توانند انجام دهند عبارت است از غربالگری برای استعمال دخانیات، توصیه به مصرف‌کنندگان به منظور ترک و ارجاع بیماران به مشاوره تلفنی ترک (Schroeder 2003).

همکاری بین یک خط ترک و دیگر اجزای یک برنامه جامع کنترل دخانیات همچنین باعث حذف اختلاف بین جمعیت‌های مختلف با توجه به مصرف دخانیات و آمار آنها در سلامت و دسترسی به خدمات ترک موثر می‌شود. به عنوان مثال اقلیت‌های قومی نسبت به سفیدپوستان کمتر از خدمات ترک استفاده می‌کنند (USDHHS 1998). در برخی موارد، زبان می‌تواند سدی برای دسترسی باشد. همانطور که قبلاً اشاره شد، اطمینان دادن از اینکه همه برنامه‌های ترک محلی در یک ایالت قابلیت چند زبانه بودن را داشتند موانع مالی ایجاد می‌کرد. بنابراین میسرتر است که چنین اختلافی در یک عملکرد متمرکز به نحوی رفع گردد که خطوط تلفنی با زبان‌های مجزا بتوانند کل ایالت یا منطقه را پوشش دهند. یک تبلیغ رسانه‌ای از یک جامعه مورد هدف با استفاده از بازیگران و به کارگیری زبان همان جامعه مورد هدف می‌تواند هم ترک را در آن جامعه ترویج دهد و هم افراد را به استفاده از



خدمات تشویق کند. اطلاعات مربوط به کالیفرنیا نشان داده است تبلیغاتی که با اهداف فرهنگی و زبانشناختی تهیه می‌شوند و شماره خط تلفنی ترک نیز در آنها قید شده باشد می‌توانند افراد سیگاری با اقلیت‌های قومی را به همان اندازه تبلیغات رسانه‌ای عمومی که ویژه سفیدپوستان است به ترک جذب نمایند (Zhu et al. 1995). در چنین موردی خطوط تلفنی ترک با فراهم کردن زمینه مساعد دسترسی به خدمات ترک ناهمگونی‌های موجود را رفع می‌کنند.



## فصل دوم

# طیف درمان

## مرور اجمالی

کلید خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار در ایالات متحده به نوعی در ترک انفرادی مفید می‌باشند، اما از جنبه‌های مختلف کاملاً تنوع دارند. این خطوط ترکیب‌های گوناگونی از کیفیات مختلف و تنوع خدمات از نظر تعدد و هدف به کار می‌گیرند. جمعیت‌هایی که از این خدمات استفاده می‌کنند، از نظر آمادگی ترک و زمینه‌های فرهنگی و زبان‌شناختی متفاوت می‌باشند. خطوط تلفنی ترک نیز گروه‌های خاص را مخاطب قرار می‌دهد که عبارتند از مصرف‌کنندگان مواد دخانی از خانواده‌های کم درآمد، زنان باردار، نوجوانان و مصرف‌کنندگان محصولات دخانی بدون دود مانند دخانیات جویدنی.

این فصل به بررسی جنبه‌های متفاوت در خدمات خطوط تلفنی ترک دخانیات در ایالات متحده آمریکا می‌پردازد. هدف، مستندسازی میزان فعالیت فعلی و شناسایی ملاحظات مهم برای افرادی است که این خطوط را راه‌اندازی کرده یا اداره می‌کنند و افرادی که در حال آماده شدن برای انجام این امورند. در پایان این فصل به مطالعه‌ای اشاره می‌شود که خدمات ارائه شده توسط خط مشاوره تلفنی کالیفرنیا را بررسی می‌کند. این خط مشاوره تلفنی قدیمی‌ترین خط تلفنی ترک در سراسر کشور است.

## جمعیت‌هایی که این خدمات برای آنها فراهم شده

### آمادگی برای ترک

مشاوره تلفنی در وهله اول به عنوان وسیله‌ای برای کمک به ترک مصرف‌کنندگان مواد دخانی است و در وهله بعدی فقط وسیله‌ای برای سوق دادن مصرف‌کنندگان دخانیات در مسیر مداوم آمادگی برای ترک است. اکثر تحقیقات حاکی از کارایی مشاوره تلفنی ترک سیگار نشان می‌دهد این خطوط به تماس‌گیرندگانی کمک می‌کنند که اغلب به هنگام برقراری اولین تماس تلفنی آماده ترک بودند. هنوز هم اکثر خطوط تلفنی ترک، بیشتر منابع خود را صرف چنین مخاطبانی نمایند. در حقیقت خطوط تلفنی متعددی مشاوره را که از فشرده‌ترین و گرانترین خدمات آنهاست برای افرادی فراهم می‌کنند که آمادگی برای اقدام به ترک را ابراز داشته‌اند، در حالی که بسیاری دیگر نیاز دارند که طی زمانبندی مشخصی متعهد به ترک شوند. به عنوان مثال کالیفرنیا، خدمات مشاوره‌ای را برای افراد آماده ترک طی یک هفته فراهم می‌آورد و ایالت آریزونا نیز مشاوره را برای افرادی فراهم می‌کند که

طی ۳۰ روز آینده آماده ترک شوند. اما هر دو ایالت، مواد انگیزشی را برای افرادی که جزء این گروه‌ها نیستند می‌فرستند و از آنها می‌خواهند که هر زمان آماده بودند برای مشاوره تماس بگیرند.

همچنین برخی برنامه‌ها آن گروه از مصرف‌کنندگان دخانی را مورد هدف قرار می‌دهند که هنوز آماده ترک نیستند. به عنوان مثال موسسه Blue Cross Blue Shield ایالت مینسوتا خط تلفنی ترکی را برای اعضایش راه‌اندازی کرد که تماس‌گیرندگان را در همه مراحل آمادگی به طور فعال جذب می‌نماید. موسسان خطوط تلفنی ترک عمومی در سراسر ایالت نیز باید در نظر داشته باشند که آیا به افرادی که در آینده نزدیک آماده ترک نیستند نیز خدمات مشاوره ارائه می‌دهد. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه مشاوره تلفنی می‌تواند حتی برای افرادی که در ابتدای امر برنامه‌ای برای ترک ندارند نیز مفید باشد (Curry et al. 1995).

### تنوع فرهنگی و زبانی

خطوط ترک ایالتی به انگلیسی زبانان با هر نژاد و پیش‌زمینه‌ای خدمات ارائه می‌دهد و اکثر خطوط همچنین خدماتشان را به زبان اسپانیایی نیز فراهم می‌آورند. برخی خطوط فقط به زبان انگلیسی و اسپانیایی تبلیغ می‌کنند اما کارمندانی دارند که به سایر زبان‌ها نیز صحبت می‌کنند که می‌توان در مواقع ضروری از مهارت‌های زبانی آنها استفاده کرد. خطوط ترک دیگر از خدمات ترجمه شخص ثالث استفاده می‌کنند مانند شرکت خدمات ترجمه AT&T و بدین وسیله تعداد زبان‌های تحت پوشش خود را افزایش می‌دهند.

خطوط تلفنی که به مناطقی با اقلیت‌های نژادی خدمات ارائه می‌دهند باید مناسبات فرهنگی و زبانی برنامه‌های خود را به دقت مورد توجه قرار دهند. تنوع نژادی و زبانی مخاطبان، طیف وسیعی از انتظارات را به وجود می‌آورد و تمام عوامل خط تلفنی ترک از پشت صحنه و تبلیغات گرفته تا برنامه‌ریزی و پرسنل آموزش، بایستی به این طیف انتظارات پاسخگو باشند. برای مثال خدماتی که با موفقیت در زمینه «مشاوره» به افراد انگلیسی زبان معرفی می‌شوند اگر در جوامع آسیایی زبان به عنوان خدمات «یاری‌دهنده» یا «اطلاع‌رسانی» معرفی گردند، ممکن است بهتر عمل کنند یعنی در جایی که اغلب به کاربرد برنامه‌هایی با عنوان خدمات بهداشت و روان بدبین هستند.

مطالعاتی با هدف ارزیابی کارایی خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار، شرکت‌کنندگان انگلیسی و اسپانیایی زبان با قومیت‌های متفاوت را بررسی کرده‌اند اما هیچ اختلاف معنی‌داری در نتایج در رابطه با قومیت یا زبان دیده نشد و لذا پیشنهاد می‌کنند که این نوع مشاوره می‌تواند برای افراد سیگاری انگلیسی و اسپانیایی زبان با زمینه‌های نژادی و قومی مختلف موثر واقع شود (Stead et al. 2004). با این حال هنوز چنین مطالعات شاهدمحوری بر روی خطوط تلفنی ترک سیگار آسیایی زبان صورت نگرفته است.

### **مصرف‌کنندگان دخانیات با درآمد کم**

خطوط ترک تلفنی ممکن است مخاطبان بسیاری با وضعیت اجتماعی اقتصادی داشته باشند (Anderson & Zhu 2002). خطوط تلفنی ترک باید تلاش ویژه‌ای در ارائه خدمات به این افراد به کار گیرد چرا که بیشترین میزان شیوع مصرف دخانیات در بین این قشر افراد است (USDHHS 2002b). در صورتی که منابع لازم برای خدمات‌رسانی جامع به مخاطبان کافی نباشد، ایالت‌ها بایستی جهت رفع این معضل برای مصرف‌کنندگان کم درآمد اولویت قائل شوند.

مطالعاتی با هدف بررسی کارایی خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار، شرکت‌کنندگانی با زمینه‌های اجتماعی اقتصادی گوناگون را مورد بررسی قرار دادند اما هیچ اختلاف معناداری در نتایج حاصل از آن در رابطه با سطح اجتماعی اقتصادی مشاهده نشد و لذا پیشنهاد می‌کنند که مصرف‌کنندگان با سطح اجتماعی اقتصادی پایین می‌توانند از پروتکل‌های مشاوره‌ای شاهدمحور استفاده نمایند.

### **افراد سیگاری باردار**

تبلیغات رسانه‌ای خطوط تلفنی ترک سیگار که افراد سیگاری بزرگسال را مخاطب قرار می‌دهد، با حجم بالایی از تماس‌ها مواجه می‌شوند که از سوی زنان باردار سیگاری صورت گرفته است. بسیاری از خطوط تلفنی ترک در پاسخ به این نیاز پروتکل‌های ویژه رفع نیازهای زنان باردار فراهم کرده‌اند و مطالعات ارزیابی‌کننده اثربخشی این پروتکل‌ها نتایج امیدبخشی را نشان می‌دهند (Cummins et al. 2002). علاوه بر این، متون علمی برای سایر روش‌های مشاوره، رهنمون‌هایی را در ایجاد پروتکل‌های تخصصی ویژه زنان باردار سیگاری

فراهم کرده است (Melvin et al. 2002). از آنجایی که مصرف سیگار در دوره بارداری بین زنان قشر اجتماعی اقتصادی پایین شایع‌تر است، چنین پروتکل‌هایی باید ناپایداری‌های اجتماعی و اقتصادی رو به رشد را که زنان سیگاری باردار بسیاری در آنها زندگی می‌کنند مورد پوشش قرار دهند. چنین شرایطی می‌تواند دسترسی به زنان باردار را جهت مشاوره، دشوارتر سازد. چالشی دیگر، آمار بالای عود بعد از زایمان است به طوری که در حدود ۷۰٪ زنانی که در دوره بارداری سیگار را ترک می‌کنند، پس از ۶ ماه بعد از زایمان مجدداً مصرف سیگار را از سر می‌گیرند (Floyd 1993).

با وجود چالش‌های موجود، اکثر خطوط تلفنی ترک بسیار فعالانه پاسخگوی مخاطبان باردار بوده و خطرات بالقوه مصرف سیگار بر روی سلامت جنین را به اطلاع آنها می‌رسانند. سازمان‌های ملی نیز در این زمینه کمک شایانی می‌کنند. برنامه تحقیقاتی «خانواده‌های بدون دخانیات» برنامه‌ای چند مرحله‌ای و زیست‌رفتاری است که به منظور پیشگیری از مصرف سیگار در دوران بارداری و پس از آن، رویکردهای خلاقانه‌ای را ارائه می‌کند (Orleans et al. 2004). برنامه «شروع بزرگ» یک تبلیغ رسانه‌ای ملی است که زنان را تشویق می‌کند تا با خدمات خطوط ترک «شروع بزرگ» تماس حاصل کنند. این خدمات توسط موسسه قانونی آمریکا و انجمن سرطان آمریکا به طور مشترک حمایت مالی می‌شوند. با توجه به افزایش اخیر در زمینه اقدام به ترک سیگار در بین این افراد، ایالت‌ها و گردانندگان خطوط تلفنی ترک باید به منظور گسترش مداخلات تلفنی ویژه زنان سیگاری باردار متون و روش‌های علمی مربوطه را پایش نمایند.

### نوجوانان سیگاری

تبلیغات رسانه‌ای به منظور ترویج خطوط تلفنی ترک باعث می‌گردند افراد سیگاری از سنین مختلف با این خطوط تماس بگیرند که نوجوانان نیز جزء این افراد هستند. در پاسخ به این افراد، بسیاری از خطوط تلفنی ترک در آمریکا پروتکل‌های تخصصی ویژه افراد زیر سن قانونی نیز تهیه کرده‌اند. هنگامی که تعداد تماس‌گیرندگان کمتر از ۱۸ سال، اندک باشد (کمتر از ۲٪ در سال ۲۰۰۱) (Zhu 2002a) آنها مورد توجه ویژه‌ای از سوی گردانندگان خطوط تلفنی ترک قرار می‌گیرند. این گروه افراد مورد اقبال بسیاری قرار می‌گیرد زیرا مطالعات نشان داده است اکثر افراد سیگاری که سال‌های متمادی سیگار می‌کشند، مصرف

سیگار را از سنین نوجوانی آغاز کرده‌اند. مورد دیگر این است که در اکثر مناطق خدمات ترک سیگار ویژه نوجوانان بسیار اندک می‌باشد. مشکل اصلی که ایالات مختلف در ارائه این خدمات با آن مواجه می‌شوند کمبود الگوی اثبات‌شده‌ای برای مداخلات طولانی مدت موثر در نوجوانان سیگاری است. در اکثر مطالعات مهم کارایی خطوط تلفنی ترک، نوجوانان جزء شرکت‌کنندگان نیستند (Zhu 2002b). مشکل دیگری که علاوه بر فشارهای عودی که افراد ترک‌کرده در هر سنی با آن مواجه می‌شوند (مثلاً علائم آزاردهنده ناشی از ترک)، نوجوانان ترک کرده نیز ممکن است با فشارهای مصرف مجدد روبرو شوند (Zhu 2003). این فشارها عبارتند از تاثیر خشونت، بازار گرمی‌های ویژه نوجوانان از سوی صنایع دخانی و فشارهای اجتماعی ناشی از هم سن و سالان که مصرف سیگار را یک امر مطلوب اجتماعی قلمداد می‌کنند. سومین چالش این است که الزامی است در بسیاری از ایالات، پرسنل خط مشاوره ترک پیش از مشاوره با تماس‌گیرندگان نوجوان از والدین آنها رضایت کسب نمایند. چنین امری احتمال این که نوجوانان از روی میل طالب این خدمات گردند را خیلی کاهش نمی‌دهد زیرا آنها نگران این موضوع هستند که والدینشان متوجه سیگار کشیدن آنها شوند (که البته معمولاً والدین از این موضوع آگاهند)، اما برقراری تماس با والدین و سپس تماس مجدد با نوجوانان می‌تواند امر دشواری شود (Zhu 2003).

علیرغم این مشکلات، اکثر خطوط مشاوره ترک حداقل سطح خدمات ممکن را برای نوجوانانی که تماس می‌گیرند فراهم می‌کنند. اما تا زمانی که مطالعات شاهدمحوری به طور کامل در این زمینه انجام و تثبیت نشده است، توصیه می‌شود ایالات مختلف این گونه خدمات را برای این گروه سنی تبلیغ و ترویج نمایند (Zhu 2003). گردانندگان و صاحبان خطوط مشاوره ترک نیز باید مطالعات علمی را در این زمینه گسترش دهند. ترک سیگارهای اخیر در بین نوجوانان نتایج موفقیت‌آمیزی داشته است، لذا می‌توان در این زمینه خوش‌بین بود (Hollis et al. 2002, Zhu 2003, McDonald et al. 2003, Mermelstein 2003).

### مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی

مصرف دخانیات جویدنی به ویژه در مناطق غیرشهری معضل بزرگی در بهداشت عمومی به حساب می‌آید (CDC 1993b). تبلیغات رسانه‌ای خطوط ترک حتی اگر مشخصاً هم این مصرف‌کنندگان را مورد خطاب قرار ندهد منجر می‌شود حداقل باعث می‌شود، تعداد اندکی



از مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی با این خطوط تماس گیرند. از این رو، اکثر خطوط مشاوره ترک، پروتکل‌های ویژه‌ای برای ارائه خدمات به این گروه نیز تهیه کرده‌اند (Zhu 2002a).

اپراتورهای خطوط مشاوره دریافته‌اند که تماس‌گیرندگانی که دخانیات جویدنی مصرف می‌کنند نسبت به افرادی که دخانیات تدخینی مصرف می‌کنند، بیشتر از افراد جوان، سفیدپوست و با جنسیت مذکر هستند (Padgett et al. 2002). از آنجایی که اکثر هشدارهای بهداشتی ضد دخانی دربارہ دخانیات تدخینی است، مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی اطلاعات کمتری درباره خطرات بهداشتی این محصولات نسبت به مصرف‌کنندگان تدخینی دارند. همچنین در این گروه، انگیزه‌های مصرف و جذب نیکوتین نیز با افراد سیگاری متفاوت است. از این رو، برخی راهکارهای ترک که مناسب افراد سیگاری است ممکن است برای این گروه تاثیر کمتری داشته باشند (Hatsukami & Severson 1999). با وجود اینکه بر روی خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار مطالعات بسیاری انجام شده و موثر بودن آنها ثابت شده است، اما شواهدی وجود دارد که مشاوره تلفنی نیز می‌تواند برای ترک دخانیات جویدنی موثر باشد (Severson et al. 2000). تبلیغات و ترویج خدمات تلفنی ترک دخانیات جویدنی در رسانه‌های گروهی شاید زیاد مقرون به صرفه نباشد زیرا تعداد مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی بسیار کمتر از افراد سیگاری است و کمتر در مناطق غیرشهری زندگی می‌کنند که در معرض این تبلیغات قرار گیرند. میزان منابعی که ایالات برای درمان مصرف دخانیات جویدنی به آن اختصاص می‌دهند باید طبق ارزیابی ایالتی جهت مصرف دخانیات جویدنی و آمار آن در بهداشت عمومی باشد.

## انواع خدمات ارائه شده

### مشاوره

همه خطوط مشاوره ترک، نوعی از مداخلات مشاوره‌ای را فراهم می‌آورند اما تنوع چشمگیری در نحوه ارائه مشاوره به ویژه در شدت آن وجود دارد. خطوط مشاوره ترک می‌توانند شدت مشاوره‌های خود را مرتبط با ماموریتشان طرح‌ریزی کنند. آنها می‌توانند یک سطح اولیه از این خدمات را برای اکثر تماس‌گیرندگان فراهم کنند یا اینکه مشاوره‌های فشرده زمانی برای تعداد کمتری از مخاطبان فراهم نمایند یا اینکه نهایتاً ترکیبی از دو راهکار فوق ارائه دهند.

خطوط مشاوره تلفنی ترک برخی ایالات از جمله ایلینوی و نیویورک مشاوره‌ای کوتاه و یک وعده‌ای به مخاطبان سیگاری ارائه می‌دهند که در طول ساعات کاری می‌باشد. این رویکرد حداقل خدمات مشاوره‌ای را برای تعداد کثیری از تماس‌گیرندگان فراهم می‌نماید.

سایر ایالات نیز مشاوره‌های فشرده‌تر زمانی فراهم می‌آورند که ممکن است با اولین تماس مخاطب یک جلسه تماس از سوی مشاور برای وی صورت گیرد. به عنوان مثال ایالت آریزونا یک جلسه برنامه‌ریزی جامع برگزار می‌کند که کمی بیش از نیم ساعت به طول می‌انجامد. پس از آن، مخاطب می‌تواند تصمیم بگیرد که به تماس‌هایش ادامه دهد (حداکثر تا ۸ جلسه)، به برنامه‌های گروهی محلی جهت ترک مراجعه کند یا اینکه از هر دو خدمات استفاده کند. در برخی ایالات در پاسخ به مخاطبان تریاژ خط آزادی را برای تماس همه مخاطبان فراهم می‌کنند و برای افرادی که نامطمئن هستند یا گروه‌هایی با اولویت‌های دیگر، تماس‌هایی از سوی مشاوران این خطوط حاصل می‌شود.

برخی ایالات با خطوط مشاوره ترک نسبتاً زیاد، تعداد مشاوران خود را با گروهی از متخصصان افزایش می‌دهند. این متخصصان به اکثر تماس‌ها پاسخ داده و اطلاعات اساسی دموگرافیک شخصی و رفتاری آنها را جمع‌آوری می‌کند. همچنین خدمات موجود را شرح داده و انتخاب هر یک از مخاطبان را از بین این خدمات ثبت می‌نمایند. مخاطبانی که مشاوره می‌خواهند مستقیماً به یک مشاور حاضر وصل می‌شوند یا یک قرار دیگر برای آنها تعیین می‌کنند که برایشان زمان مناسبی است یا به آنها گفته می‌شود که طی چند روز آینده با آنها تماس گرفته می‌شود.

خطوط مشاوره‌ای که جلسات پیگیری نیز دارند دارای برنامه‌ریزی‌های زمانی متفاوتی هستند. برنامه زمانبندی خطوط مشاوره ایالت کالیفرنیا جلسات پیگیری را براساس احتمال عود برنامه‌ریزی می‌کند که ۲۴ ساعت پس از ترک می‌باشد. جلسات تا پیش از روز ترک فشرده‌تر هستند و با کم شدن احتمال عود، تعداد جلسات نیز کاهش می‌یابد. در اکثر موارد، همه جلسات تا یک ماه تاریخ ترک جمع‌بندی می‌شوند. این الگو دارای این مزیت است که از عود پیشگیری می‌کند یا خیلی زود بعد از وقوع عود اقدام می‌کند (Zhu et al. 1996). در برخی ایالت‌ها برنامه «آزاد و پاک» (Free & Clear) که از سوی مرکز تبلیغات بهداشتی تهیه شده نیز همین تعداد جلسات پیگیری را ارائه می‌دهد به طوری که اولین جلسه اندکی پس از تاریخ ترک بوده و سایر جلسات در یک دوره سه چهار ماهه انجام می‌شوند که در ماه یک

جلسه صورت می‌گیرد. مزیت این الگو این است که تماس‌گیرندگان عود کرده را شناسایی کرده و برای ترک مجدد، آنها را تشویق می‌کند (Orleans et al. 1991).

### دارو درمانی

بسیاری از خطوط مشاوره ترک به افراد واجد شرایط کمک می‌کنند که در ترک کمک‌های دارو درمانی دریافت کنند که عبارتند از درمان جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون (Zyban) (Waa et al. 2000). ایالت کالیفرنیا گواهی شرکت در خدمات مشاوره تلفنی ترک را ارائه می‌دهد که همراه با نسخه پزشک است و باعث می‌شود تماس‌گیرندگان تحت پوشش بیمه Medicaid، برچسب‌های نیکوتینی، آدامس نیکوتین یا بوپروپیون را به صورت رایگان از داروخانه‌های محلی‌شان دریافت کنند. برخی از شرکت‌های بیمه‌گر دیگر نیز این گواهی‌ها را قبول دارند. ایالات مین، مینسوتا، اوتاوا و واشنگتن نیز برای مخاطبان واجد شرایط که در مشاوره‌های پیگیری‌کننده جامع شرکت می‌کنند مستقیماً داروهای جایگزین نیکوتین فراهم می‌کنند. از آنجایی که کارایی داروهای جایگزین نیکوتین و بوپروپیون در مطالعات نشان می‌دهد که معمولاً همراه با حمایت‌های مشاوره‌گران نیز بوده‌اند (Fiore et al. 2000)، بدیهی است که خطوط تلفنی مشاوره ترک نقش مهمی در تسهیل مصرف این داروها برای افراد سیگاری دارد (Swan et al. 2003).

بسیاری از محصولات جایگزین نیکوتین از جمله برچسب، آدامس و آب‌نبات توسط سازمان غذا و دارو تایید شده که بدون نسخه به فروش برسند و لذا فراهم کردن آنها توسط خطوط مشاوره ترک ضرورت پزشکی و قانونی ندارد. برخی خطوط تلفنی خصوصی حتی بوپروپیون و انواع تجویزی داروهای جایگزین نیکوتین (مانند اسپری بینی و افشانه) را ارائه می‌دهند. آنها مکانیزمی فراهم کرده‌اند که به هنگام ارائه مشاوره به فرد مخاطب، پیش از ارسال دارو به مشتری اطلاع می‌دهد از مطابقت با نسخه اطمینان حاصل کنند.

### مراجعه

اکثر خطوط تلفنی ترک دارای لیست‌های به روز شده‌ای از برنامه‌های ترک محلی هستند که افراد خواهان مشاوره‌های رو در رو یا گروهی را به آنها ارجاع می‌دهند. در یک طرح ایالتی خلاقانه در زمینه ترک دخانیات با نام Quit Works در ایالت ماساچوست، مخاطبین را به این برنامه محلی ارجاع می‌دهند. برخی خطوط ترک، مخاطبان را مستقیماً به برنامه‌های

بهداشتی‌شان ارجاع می‌دهند، البته در صورتی که برنامه‌های آنها، مشاوره یا سایر مزایای برنامه ترک از جمله درمان جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون فراهم آورند. همچنین اکثر خطوط تلفنی روندی برای شناسایی و ارجاع تماس‌گیرندگان دارای علائم روانی دارند که از محدوده خط تلفنی بیرون افتاده یا از آموزش‌های مشاوران تخطی می‌کنند. اپراتورهای تلفنی باتجربه، ضرورت اطمینان از این نکته را دریافته‌اند که کارکنان این خطوط باید از قابل اعتمادترین منابع جهت بحران مخاطبان مطلع بوده و بدانند که چه زمانی به منظور اطمینان از ایمنی مسائل محرمانه را فاش کنند (مثلا یک تهدید خودکشی را به پلیس محلی گزارش دهند یا موارد مشکوک آزار کودکان به بخش خدمات حفاظت از کودکان گزارش شود).

### مراسلات

بسته‌های کمک آموزشی یکی از کم‌تأثیرترین خدماتی است که خطوط مشاوره ترک ارائه می‌دهند و معمولا به همه تماس‌گیرندگان ارائه می‌گردد. این بسته‌ها با سطح آمادگی مخاطب نسبت به ترک، هماهنگ می‌شود یا ممکن است برای گروه‌های خاص طراحی گردد که عبارتند از مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی، نوجوانان، افراد سیگاری باردار و افراد غیر انگلیسی‌زبان. این بسته‌ها ممکن است مطابق با نیازهایی که طی اولین مصاحبه احساس می‌شود طراحی شوند (Borland et al. 2004). به عنوان مثال، ایالت آریزونا برگه‌هایی تهیه کرده است که طیف وسیعی از موضوعات را شامل می‌شود که به طور گلچین نیز در بسته‌های مخاطبان وجود دارند و مکمل مواد اصلی این بسته‌ها می‌باشند. همچنین برخی خطوط تلفنی، مواد دیگری نیز برای جایگزینی مصرف سیگار ارائه می‌دهند از جمله سنگ‌هایی برای آرامش یا حتی نی.

مواد کمک آموزشی ترک سیگار در صورتی که به تنهایی و بدون نظارت مشاوران استفاده شوند مفید واقع نمی‌شوند (Fiore et al. 2000). اما از آنجایی که بسیاری از مخاطبانی که واجد شرایط استفاده از خدمات مشاوره نیستند (مثلا افرادی که دارای بیمه خصوصی هستند) ممکن است مایل به ترک در زمان مشخصی (مثلا ۳۰ روز) نباشند یا ممکن است نخواهند مشاوره بگیرند، لذا این مواد کمک آموزشی نسبتا ارزان می‌تواند از سوی خطوط مشاوره به همه تماس‌گیرندگان با حداقل سطح اولیه حمایت ارائه شود. همچنین مواد کمک آموزشی ترک دخانیات به عنوان مکمل هر نوع خدمات مشاوره‌ای قابل استفاده هستند.

### وبسایت‌ها

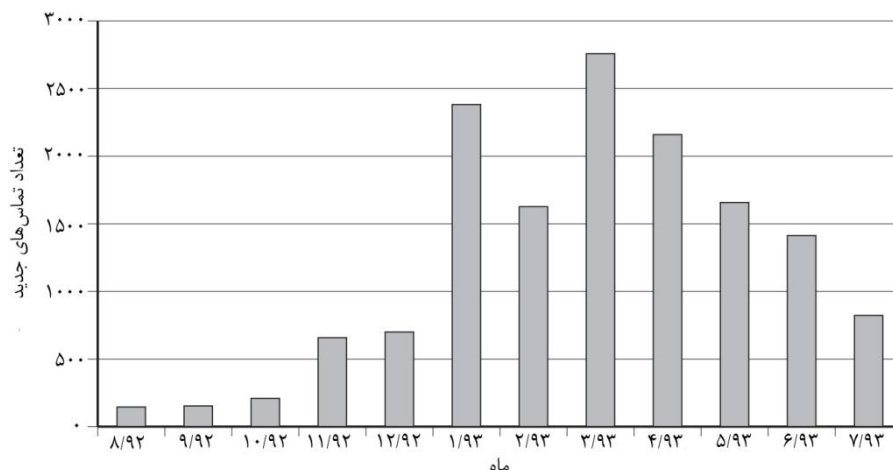
اکثر خطوط تلفنی ایالتی دارای یک وبسایت هستند. برخی ایالت‌ها یک بروشور آنلاین دارند که بازدیدکنندگان را برای یافتن خطوط تلفنی ترک راهنمایی می‌کند. سایر ایالات مداخلات ضعیف‌تری فراهم می‌کنند و معدودی از ایالت‌ها نیز خدمات ترک جامع وبمحور ارائه می‌دهند. نیوجرسی هم خط تلفنی مشاوره و هم خدمات وبمحور فراهم کرده و بخش اندکی از استفاده‌کنندگان در هر دو برنامه شرکت دارند. تجربه این ایالت نشان می‌دهد که استفاده از خدمات وبمحور، راه مناسبی برای افزایش آمار در برنامه‌های کنترل دخانیات سایر ایالت‌ها است. از آنجایی که هنوز مدرکی بر حمایت مداخلات اینترنتی وجود ندارد، لذا توصیه نمی‌شود که مبلغی برای خدمات ترک آنلاین هزینه شود. با این وجود، در حال حاضر چندین برنامه ترک وبمحور تحت ارزیابی هستند. لذا ایالت‌ها نیز باید مستندات علمی برای گسترش این حوزه را پایش نمایند.

از آنجایی که وبسایت‌ها، فعالیت‌های متفاوتی را جهت ترک سیگار، نسبت به خطوط تلفنی ارائه می‌دهند در این متن مجالی برای پرداختن به آن نیست. اما با این وجود لیستی از سایت‌هایی که در حال حاضر در ایالات مختلف این خدمات را ارائه می‌دهند در ضمیمه الف آمده است.

### کاربرد خطوط مشاوره تلفنی ترک

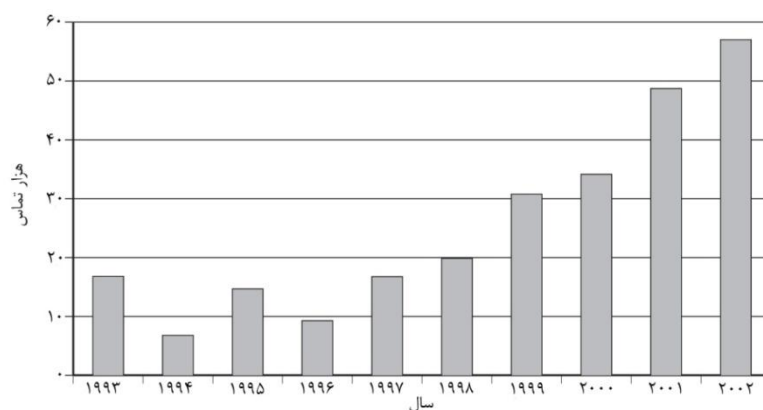
حجم تماس‌های خطوط تلفنی ترک جدید در سال‌های اول فعالیت بسیار کم و محدود است تا اینکه سیستم تبلیغاتی این خدمات به طور کامل در بین مردم شناخته شود. در ابتدا استفاده از تبلیغات باعث استقبال از این خطوط شده و نوسان در میزان تبلیغات مستقیماً باعث بروز نوسانات در میزان تماس‌ها می‌شود. اولین خط مشاوره تلفنی ترک در سال ۱۹۹۲ در ایالت کالیفرنیا راه‌اندازی شد که طی ۱۲ ماه اول فعالیتش بیش از ۱۴۰۰۰ تماس‌گیرنده داشت در حالی که نوسانات ماهانه شدیدی در تعداد تماس‌گیرندگان را تجربه کرد (شکل ۲/۱). اوج تماس‌ها مستقیماً ناشی از تبلیغات رسانه‌ای نسبتاً وسیعی بود، در حالی که کاهش تماس‌ها نیز متناظر با کاهش تبلیغات رسانه‌ای بود. سایر خطوط تلفنی ترک نیز چنین نوساناتی را در میزان مخاطب با توجه به حجم تبلیغات خود تجربه کرده‌اند. با ارتقای هماهنگی بین ایالت‌ها، پیمانکاران تبلیغاتی آنان و اپراتورهای خطوط ترک، حجم تماس‌ها می‌تواند روند مداوم‌تر و قابل پیش‌بینی‌تری را در طول زمان تجربه کند.

شکل ۲/۱: میزان تماس‌های ماهانه خط مشاوره تلفنی ترک سیگار در کالیفرنیا  
آگوست ۱۹۹۲-جولای ۱۹۹۳



رفته رفته همین که خطوط مشاوره ترک، جای خالی سایر خدمات ترک را پر می‌کنند و این موضوع دهان به دهان بین مردم انتقال می‌یابد که خود حکم یک تبلیغ کمکی برای تبلیغات رسانه‌ای است، خطوط تلفنی ترک نیز در بین مصرف‌کنندگان دخانیات مورد تقاضای بیشتری قرار می‌گیرد. شکل ۲/۲ میزان تماس‌های سالانه خط تلفنی ترک کالیفرنیا را طی اولین دهه فعالیتش نشان می‌دهد و بیانگر رشد مداوم تماس‌گیرندگان آن است.

شکل ۲/۲: میزان تماس‌های سالانه خط مشاوره تلفنی ترک سیگار در کالیفرنیا  
۱۹۹۲ تا ۲۰۰۲



این رشد نه تنها به دلیل افزایش تبلیغات است بلکه ناشی از معروف شدن خط مشاوره تلفنی و تلاش‌های اساسی جهت نهادینه شدن این خدمات در اذهان افرادی است که این خدمات را به مصرف‌کنندگان دخانیات معرفی می‌کنند. این افراد عبارتند از پزشکان، پرستاران، داروسازان، اساتید و افرادی که روزانه با مصرف‌کنندگان دخانیات در تماس هستند.

در سال ۲۰۰۱، بیست و هشت خط تلفنی ایالتی مورد استفاده بیش از ۲۴۱۰۰۰ نفر قرار گرفت که معادل یک تا پنج درصد از مصرف‌کنندگان دخانیات در ایالت‌های دارای خط مشاوره تلفنی می‌باشد. این آمار مصرف در مقایسه با سایر برنامه‌های ترک بسیار چشمگیر است ولی هنوز جای گسترش دارد (McAfee 2002, Zhu 2002a). کاهش مقطعی تقاضا نیز تبلیغات رسانه‌ای شدیدتری را نیاز دارد که عامل اصلی بازدارنده در استفاده از خطوط تلفنی ترک بحث بوده است، چه برای تبلیغات و چه برای اداره و گرداندن این خطوط. شکل ۲/۳ توزیع خطوط مشاوره تلفنی ایالتی در ماه ژانویه ۲۰۰۴ را در ۳۸ ایالت و بخش کلمبیا نشان می‌دهد که در آن زمان فعال بوده‌اند.

شکل ۲/۳: خطوط تلفنی مشاوره ترک ایالت‌ها در ژانویه ۲۰۰۴



### رسیدن خط مشاوره تلفنی نیوجرسی به جامعه آمریکای لاتین

مارتا مانگوال یک شهروند آمریکای لاتین است که مصرف سیگار را به همراه دوستانش از سن ۲۴ سالگی آغاز کرد و آن را تا سن ۶۷ سالگی به روزی سه پاکت رساند. او با وجود اینکه سعی کرد با مصرف آدامس نیکوتین، سیگار را ترک کند، اما متوجه شد که به تنهایی نمی‌تواند سیگار را ترک کند. تا اینکه یک روز همه چیز عوض شد و دخترش یک بروشور تبلیغاتی مشاوره تلفنی ترک سیگار برای او از سوپر مارکت آورد. این خط تلفنی در نیوجرسی آماده ارائه خدمات به افراد اسپانیایی زبان نیز بود. مارتا می‌گوید: «من تنها بعد از یک تماس، بیش از پیش احساس انگیزه برای ترک داشتم. مشاوران خیلی صمیمی بودند و واقعا می‌خواستند به من کمک کنند و مهم‌تر از همه اینکه من می‌توانستم احساسم را درباره مصرف سیگار به زبان خودم با آنها در میان بگذارم.»

مارتا واقعا از این خط مشاوره تلفنی راضی بود و از آن تعریف می‌کرد. او اکنون بیش از یک سال است که سیگار را ترک کرده و گمان می‌کند که این بار، ترک برای او دائمی باشد. او ابراز می‌کند «من سال‌ها بود چنین احساس خوبی نداشتم!». هنگامی که از او پرسیدیم که آیا خدمات اسپانیایی زبان ترک سیگار را به دوستان نیز معرفی می‌کند، به سرعت پاسخ داد: «من تا کنون نیز این کار را کرده‌ام. خط مشاوره تلفنی نیوجرسی خیلی خوب است!»

(برنامه جامع کنترل دخانیات نیوجرسی در سال ۲۰۰۱)

### بررسی موردی

اولین خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی در حال پیشرفت است.

خط مشاوره تلفنی ترک سیگار کالیفرنیا از ابتدای کارش در سال ۱۹۹۲ به بیش از ۳۰۰۰۰۰ مخاطب خدمات ارائه داده است. تنها در سال ۲۰۰۲، نزدیک به ۵۷۰۰۰ نفر از این خط تلفنی استفاده کردند و این خط توسط دانشگاه کالیفرنیا، سن‌دیگو اداره می‌شود و هزینه‌های آن نیز از مالیات دخانیات تامین شده که از سوی اداره خدمات بهداشتی و کمیسیون کودکان و خانواده‌های کالیفرنیا فراهم می‌گردند. خدمات این خط تلفنی عبارتند از بسته‌های کمک آموزشی، ارجاع به برنامه‌های محلی و مشاوره فردی تلفنی.

ایالت کالیفرنیا دارای افراد مختلف از ملیت‌های گوناگون است و خط مشاوره تلفنی ترک، راه‌کارهای متنوعی را به گروه‌های مختلف مردم این ایالت ارائه می‌دهد. این خدمات به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ماندارین، کانتونی، ویتنامی و کره‌ای ارائه می‌شوند و هر یک از



این گروه‌های زبانی کاملاً در بین مخاطبان شناخته شده‌اند. تبلیغات هدفمند در مناطق حومه و روستایی‌نشین و تلاش‌های اساسی در مناطق غیرشهری نیز دسترسی مناطق متنوع جغرافیایی به این خدمات را میسر ساخته است. این خط همچنین با ایجاد شراکت با برنامه ایالتی Medicaid دارای خدمات دارو درمانی بوده که از این طریق باعث حضور فعال مصرف‌کنندگان دخانیات از طبقات کم درآمد جامعه می‌گردد.

از مخاطبانی که برای اولین بار تماس می‌گیرند یک سری سئوالات جهت ارزیابی میزان مصرف دخانیات و آمادگی ترک آنها و نیز اطلاعات فردی و دموگرافیک پرسیده می‌شود. سپس انواع مختلفی از خدمات به آنها پیشنهاد می‌شود. آنها حداقل یک بسته کمک آموزشی دریافت می‌کنند که شامل مواد آموزشی مناسبی است برای میزان آمادگی ترک آنها و یک لیست کامل از مراکز ترک موجود در منطقه آنها.

مخاطبانی که داوطلب دریافت مشاوره هستند با یک مشاور ترک دوره دیده به مدت ۴۰ دقیقه کار می‌کنند که آنها را آماده ترک می‌کنند. اولین جلسه موارد زیر را پوشش می‌دهد: بررسی تاریخچه ترک و آمار فعلی مصرف دخانیات، بیماری‌های ناشی از مصرف آن، چالش‌های اجتماعی و محیطی، برنامه‌ریزی برای موقعیت‌های سخت و انتخاب یک روز برای ترک. مشاوران از فنون مصاحبه‌های انگیزشی استفاده می‌کنند که باعث ایجاد انگیزه ترک در مخاطبان می‌شوند. آنها همچنین به مخاطبان کمک می‌کنند که اعتماد به نفسشان برای رسیدن به ترک موفق بالا رود.

جلسات بعدی نیز زمان‌بندی می‌شوند که از عود پیشگیری نمایند، به طوری که بیشترین حمایت‌ها در طول مراحل اولیه روند ترک صورت می‌گیرد. در اکثر پروتکل‌های جامع، مشاور طی ۲۴ ساعت پس از ترک و نیز سه روز، یک هفته، دو هفته و یک ماه پس از ترک وضعیت مخاطب را پیگیری می‌کنند. در ابتدا، جلسات پیگیری متمرکزند بر مسائل کوتاه مدت از جمله غلبه بر علائم ناشی از ترک، آشنایی با عود، اصلاح راه‌کارهای ترک ضروری و تقویت انگیزه. به مرور زمان، تمرکز جلسات به حفظ موارد طولانی مدت اختصاص می‌یابد که عبارتند از برنامه‌ریزی برای موفقیت‌های کاملاً احساسی و نشان دادن یک چهره غیرسیگاری به جای یک فرد سیگاری که از مصرف سیگار پرهیز می‌کند.

این خدمات مشاوره تلفنی ترک سیگار براساس پروتکلی است که موثر بودن آن بر یک گروه آزمایشی اتفاقی و کنترل شده در بخش سن‌دیگو قبل از اجرا در سطح ایالت (Zhu et al. 1996) صورت گرفت و سپس مجدداً در سطح ایالتی (Zhu et al. 2002) نیز

اجرا شد. در مطالعه اصلی مشخص شد که تاثیر جلسات چندگانه مشاوره و پیگیری از سوی اپراتورها به طور معنی داری بیش از یک تک جلسه مشاوره است و تقریباً دو برابر استفاده مواد کمک آموزشی به تنهایی است (آمار هر یک از موارد فوق طی ۱۲ ماه ترک به ترتیب عبارتند از ۲۶/۷٪، ۱۹/۸٪ و ۱۴/۷٪).

### توصیه‌ها

- برای بالا بردن تاثیر عملکرد خطوط تلفنی ترک، ترکیبی از دو نوع خدمات مشاوره را فراهم آورید که خود داوطلب با خط تلفنی تماس می‌گیرد و حالت دیگر اینکه پس از اولین تماس، مشاوران خط با داوطلب تماس برقرار می‌کنند. در صورت داشتن بودجه لازم، خدمات مشاوره نوع دوم را گسترش دهید، چرا که مدارک موجود نشان داده است این نوع مشاوره بیشترین تاثیر را دارد.
- دسترسی به داروهای لازم برای ترک در دارو درمانی را تسهیل کنید. این داروها عبارتند از برچسب‌های نیکوتین، آدامس نیکوتین و بوپروپیون.
- مناسبات فرهنگی را به هنگام ارائه خدمات به گروه‌های مخاطب کاملاً مد نظر داشته باشید و در صورت امکان برای اقلیت‌ها، این خدمات را به زبان خودشان فراهم کنید.
- از آنجایی که در بین افراد کم درآمد، مصرف دخانیات شیوع بیشتری دارد، برای این گروه نیز خدمات ویژه‌ای ارائه دهید.
- خدمات مشاوره و پیگیری از سوی مشاوران را برای افراد سیگاری باردار فراهم کنید. مطالعات اخیر تاثیر پروتکل‌های مشاوره‌ای بر روی این گروه خاص را نشان داده است.
- خدمات مشاوره‌ای را برای نوجوانان سیگاری فراهم آورید، اما تا زمانی که مدارک موثقی بدست نیامده که مشاوره تلفنی به این قشر موثر بوده است، نیروی زیادی را در این زمینه به این قشر اختصاص ندهید.
- از آنجایی که ثابت شده مشاوره ترک برای مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی موثر بوده است، برای این قشر نیز خدمات لازم ارائه دهید.
- لیست به روز شده‌ای از برنامه‌های ترک دخانیات محلی را داشته باشید و همچنین لیستی از آژانس‌های درمانی بهداشت روان نیز تهیه فرمایید که در صورت لزوم، مخاطبان را به آنها ارجاع دهید.
- در شرایط بحرانی و نقض موارد محرمانه، پرسنل را به منظور افزایش ایمنی آموزش دهید.
- برای افرادی که مشاوره نمی‌گیرند نیز مواد کمک آموزشی فراهم کنید.



## فصل سوم

# عقد قرارداد برای خدمات تلفنی ترک سیگار

## مرور اجمالی

انتخاب یک پیمانکار برای راه‌اندازی خدمات مشاوره تلفنی ترک سیگار یک روند طولانی و پیچیده را شامل می‌شود. توجه ویژه‌ای باید مبذول داشت که اطمینان حاصل شود قوانین عقد قرارداد ایالتی طی انجام آن رعایت می‌شود. محض احتیاط لازم است حداقل ۶ ماه از آغاز رقابت بین پیمانکاران تا امضا قرارداد اصلی صبر کرد.

ساختار درخواست برای پیشنهاد طرح‌ها (پروپوزال‌ها) انواع اطلاعات ایالتی موجود برای تصمیم‌گیری را معین می‌سازد. متن قرارداد باید وظایف، طرح کلی انتظارات و مهلت قرارداد را شامل گردد. در صورتی که این جزئیات به خوبی قید شوند، مقایسه پروپوزال‌ها آسان‌تر خواهد شد.

پس از تایید ایالتی یک پروپوزال موفق، شرح وظایف نهایی و لیستی از خدمات و برنامه‌ریزی پرداخت‌ها باید تهیه شود. پایش قرارداد به محض آغاز به کار آن شروع می‌شود و در طول مدت قرارداد نیز ادامه دارد.

در این فصل انواع اطلاعات لازم در پروپوزال‌ها شرح داده می‌شود و همچنین به طور خلاصه بررسی یک پروپوزال و روند پایش قرارداد نیز صورت می‌گیرد. بررسی موردی یک مطالعه در صفحات آتی نیز نشان می‌دهد که ایالت واشنگتن چگونه یک فروشنده برای خط مشاوره تلفنی ترک سیگار فراهم کرد و چگونه قرارداد آن را پایش نمود.

## درخواست پروپوزال‌ها

روند استخدام یک پیمانکار گرداننده خطوط مشاوره تلفنی ایالتی معمولاً توسط سیاست‌گذاری‌ها و قوانین اداره بهداشت همان ایالت ارائه می‌گردد. اکثر ایالت‌ها نیازمند یک روند رقابتی‌اند که طی آن اداره بهداشت یک فرم درخواست پروپوزال صادر می‌کند و پیمانکاران احتمالی در این رقابت با یکدیگر به رقابت می‌پردازند. برخی ایالات می‌توانند یک روند گزینشی غیررقابتی برای انتخاب مستقیم پیمانکار داشته باشند که در وقت آنها نیز صرفه‌جویی می‌شود. اما این ایالت‌ها احتمال یک انتخاب نامناسب را می‌پذیرند و قدرت مذاکره بر روی شرایط مطلوب ایالت را از دست می‌دهند یا مجبور می‌شوند قرارداد را به دلیل سیاسی اعطا نمایند.

ایالت‌هایی که یک روند رقابتی را برمی‌گزینند باید درخواست پروپوزال‌ها را گسترش دهند. بدین منظور ملاحظات مهم بسیاری وجود دارد. اکثر فرم‌های درخواست پروپوزال‌ها شامل

شرح وظایف و شرایطی است که بر فرد پیشنهادکننده و در عین حال برنده قرارداد تحمیل می‌شود. این شرایط ممکن است شامل تعیین زبان استاندارد از سوی اداره بهداشت و همچنین محدودیت‌های زبانی در پذیرش حمایت‌های مالی صنایع دخانی توسط پیمانکار باشد.

درخواست‌های پروپوزال‌ها باید مشخص نمایند چه جنبه‌هایی از فعالیت خط مشاوره تلفنی قابل اجاره به صورت پاره وقت است و مشخص کنند که چه محصولات انحصاری متعلق به پیمانکار خواهند بود. آژانس پیمانکاری باید آگاه باشد که انجمن پاسخ‌گویی و جابجایی اطلاعات بهداشتی سال ۱۹۹۶ ممکن است دسترسی به اطلاعاتش را درباره برخی شرکت‌کنندگان برنامه محدود سازد. از آنجایی که احتمال است قرارداد خط تلفنی در آینده به پیمانکار دیگری انتقال یابد، لازم است اطلاعات مدیریت، مسئولیت‌های گزارش‌دهی و مالکیت تمامی قوانین مکتوب، تشریفات و لوازم مشتری قید گردد.

در اکثر فرایندهای رقابتی از پیشنهادکنندگان خواسته می‌شود که حداقل سه بخش مشخص در پاسخ به درخواست‌های پروپوزال آماده کنند:

- یک پروپوزال فنی که طرحی از خدمات فراهم شده ارائه دهد.
- یک پروپوزال مدیریتی که تجربه پیشنهادکننده و ویژگی‌های خدمات خط تلفنی ترک سیگار را شرح دهد.

- بودجه‌ای که براساس هزینه‌ها، خدمات یا ترکیبی از هر دو آنها است.

سئوالات موجود در درخواست پروپوزال‌ها باید در یک چارچوب باز-بسته باشد که اختلافات واقعی بین پیشنهادکنندگان نمایان گردد. در عین حال، این درخواست‌ها باید برای هر بخش یک محدودیت صفحه تعیین کنند و پروپوزال‌ها به راحتی با هم قابل مقایسه باشند. برخی ایالت‌ها خواستار نمونه‌هایی از خدمات ویژه از جمله بسته‌های خودآموز بوده که باید برای تماس‌گیرندگان فرستاده شوند و باید گزارش‌های ماهانه‌ای به ایالت فرستاده شود. نامه‌های ارجاعی نیز ممکن است درخواست شود.

هنگامی که درخواست پروپوزال نوشته می‌شود، چندین مرحله باید پیش از ارائه آن انجام شود. اداره ایالتی مدیریت مالی باید آن را بررسی و تایید کند که ۱۰ یا بیشتر از ۱۰ روز کاری زمان لازم دارد. همچنین ایالت ضروری می‌داند که این پروپوزال در یک نشریه ایالتی یا محلی نیز اعلام گردد.

بسیاری از ایالاتی که از قبل برای خدمات خط تلفنی ترک قرارداد بسته‌اند، مشتاقند تا اسامی سازمان‌های پاسخگو به پروپوزال‌های آنها را مطرح کنند. پیشنهادکنندگان باید حداقل یک ماه برای پاسخ به درخواست پروپوزال‌ها فرصت داشته باشند. اما در صورتی که پروپوزال‌ها، فعالیت‌های دیگری از جمله تبلیغات برای خطوط ترک الزام کردند، پیشنهادکنندگان نیز به زمان بیشتری برای تعیین شرکای مناسب نیاز دارند.

### پروپوزال فنی

پروپوزال فنی شامل شرح وظایفی می‌شود که خدماتی را عنوان می‌کند که ایالت خواستار ارائه آنها از سوی پیمانکار است و انتظار می‌رود که طبق قرارداد اجرا شوند. پیشنهادکننده شرح می‌دهد که چگونه خدمات درخواست شده فراهم می‌گردد. بخش‌های اساسی این قسمت از پروپوزال در جدول ۳/۱ می‌آید.

### پروپوزال مدیریتی

در پروپوزال مدیریتی، پیشنهادکننده، تجربیات و توانایی عملکرد مطرح شده‌اش در پروپوزال فنی را بیان می‌کند. در صورت درخواست، نامه‌های ارجاعی از سایر آژانس‌هایی که پیشنهادکننده به آنها خدمات مشابهی می‌دهد نیز شامل این بخش می‌شود. نمونه‌های کار از جمله بسته‌های خودآموز و گزارش ماهیانه نیز شامل این بخش می‌شود. جدول ۳/۲ به آنها اشاره می‌کند.

### بودجه

ایالت می‌تواند از پیشنهاد دهنده درخواست کند که بودجه‌ای مطرح نماید که براساس هزینه-بازپرداخت، خدمات یا ترکیبی از هر دو باشد. قوانین لازم جهت استفاده از سرمایه‌های ایالتی می‌تواند نوع بودجه لازم را تعیین کنند. آسان‌تر است که هزینه‌ها را در یک قرارداد هزینه-بازپرداخت پیگیری کرد، اما کنترل کردن جمع مبلغ خرج شده کار مشکل‌تری است. در خدمات بودجه محور، برای خدماتی که ایالت برای خدمات فراهم شده می‌پردازد، پیشنهادکننده قیمتی تعیین می‌کند. قراردادهای خطوط تلفنی مشاوره ترک ایالتی اغلب ترکیبی از دو نوع بودجه هستند.



برای فروشندگان دشوار است که قیمت واحدی برای خدمات خطوط تلفنی ترک تعیین کنند زیرا میزان خدمات ارائه شده بین تماس گیرندگان کاملاً متفاوت است و همچنین پیمانکار هزینه، ماهیانه‌ای تعیین کرده است که با تغییر تعداد تماس‌های مشاوره تلفنی تغییر نمی‌کند. همچنین زیانبار است که پیشنهادکننده حدس بزند ایالت تا چه میزان می‌خواهد برای خط مشاوره تلفنی هزینه کند. علاوه بر این، مقایسه نتایج پروپوزال‌ها نیز دشوار خواهد شد. به منظور جلوگیری از چنین شرایطی، ایالت باید معیارهای بودجه‌بندی را در فرم‌های درخواست پروپوزال‌ها مطرح کند. به عنوان مثال اگر ایالت عنوان کند که قصد دارد سالانه ۵۰۰۰۰۰ دلار برای خط مشاوره تلفنی هزینه کند، پیشنهادکنندگان می‌توانند شرح دهند که آنها نیز می‌توانند با این مبلغ کار را به انجام برسانند. این رویکرد، مقایسه پروپوزال‌ها را نیز تسهیل می‌کند. توصیه نمی‌شود که ایالت‌ها به طور خودکار ارزان‌ترین پیشنهادکننده را انتخاب کنند.

شکل ۱/۳: مشخصات قرارداد

<p>مشاوره تلفنی (تماس با مخاطب یا تماس با مشاور با میانگین زمان، میانگین تعداد، زمان‌بندی و محتوای جلسات با سیستم تریاژ براساس آمادگی برای ترک و درخواست دریافت مشاوره با پروتکل‌هایی ویژه گروه‌های خاص) ارجاع به برنامه‌های محلی (شامل ایجاد و حفظ اطلاعات منابع) ارسال مواد کمک آموزشی دارو درمانی برنامه‌های شبکه محور دو سویه اطلاعات برای تماس گیرندگان دارای نماینده (مثلاً خانمی که به جای همسرش تماس می‌گیرد) کمک فنی به شاغلین گروه بهداشت</p>	<p>خدمات ارائه شده</p>
<p>تمام ساعت هفته برنامه روزانه و هفتگی تعطیلاتی که طی آنها خط مشاوره تعطیل است ارائه خدمات برای بعد از ساعات کاری (مانند پیغام گیر و فرستادن پیغام صوتی)</p>	<p>ساعات کار</p>
<p>بزرگسالان (رده سنی مشخص) گروه‌های مختلف بیمه‌شدگان و بیمه‌نشدهگان</p>	<p>جمعیت مورد مصرف</p>

<p>جوانان (سنین مشخص) افراد سیگاری باردار مصرف‌کنندگان دخانیات جویدنی بیمه‌شدگان بیمه‌شدگان بیمه Medicare</p>	
<p>درصد تماس‌های پاسخ داده شده زنده در طول ساعات کاری میانگین زمان پاسخ‌گویی توانایی پاسخ‌گویی به چنین تماس همزمان و نوسانات در تعداد تماس‌ها توانایی فرستادن پیغام صوتی</p>	<p>استانداردهای ارتباط از راه دور</p>
<p>جمع‌آوری اطلاعات Backup گرفتن از اطلاعات موارد امنیتی و اطلاعات محرمانه نحوه گزارش، محتوا و تکرار آن تطابق با قانون حفظ اطلاعات بیماران</p>	<p>جمع‌آوری اطلاعات و گزارش‌دهی</p>
<p>نقشه پیشرفت کیفیت پایش عملکرد پرسنل مطالعه آمار ترک با استفاده از آنالیز به قصد درمان و آمار قابل قبول ارزیابی کارایی مطالعات رضایت‌بخش</p>	<p>اطمینان از ارزیابی/کیفیت</p>
<p>Serverهای ارتباطی قوی و مقیاس‌پذیر عملکرد پاسخ‌گویی خودکار به تماس‌ها سیستم پایش بلادرنگ فعالیت‌ها و تماس‌های فردی سیستم جمع‌آوری، آنالیز و گزارش اطلاعات ادغام تلفنی تبادل اطلاعات بین سیستم صوتی و اطلاعات</p>	<p>فن‌آوری</p>
<p>برنامه‌های ویژه مدیریت شرایط اضطراری مانند سیل، آتش‌سوزی یا قطع برق</p>	<p>مدیریت بحران</p>
<p>جلسات منظم با مقامات ایالتی ارائه منظم گزارش</p>	<p>هماهنگی با اداره بهداشت ایالتی</p>
<p>حضور در جلسات برنامه‌ریزی مشترک با پیمانکار بازاریابی توجه ویژه از سوی ایالت برای تبلیغات ویژه گزارش‌های هفتگی به پیمانکار بازاریابی</p>	<p>بازاریابی خط مشاوره تلفنی (مسئولیت ایالتی از طریق پیمانکار بازاریابی‌اش)</p>

نکته دیگر عبارت است از چگونگی مدیریت هزینه‌ها جهت غلبه بر تورم در طول مدت قرارداد. ایالت‌ها اغلب یک مبلغ ثابت سرمایه‌گذاری سالانه برای خدمات مشاوره تلفنی ترک سیگار دارند. اما طی یک قرارداد چند ساله آژانس پیمانکاری باید هزینه‌هایش را مطابق با تغییر قیمت محلی در زندگی روزمره و سایر هزینه‌ها تغییر دهد. اگر دولت نتواند بودجه لازم را در سال‌های آتی افزایش دهد، شاید لازم است پیمانکار یا میزان سرویس‌دهی‌اش را کاهش دهد یا در بخشی از قراردادش در هزینه‌ها صرفه‌جویی کند.

همچنین الزامی است یادآور شد که پیمانکار تعداد تماس‌های ماهانه را کنترل نمی‌کند. برای استفاده مقرون به صرفه از پرسنل قرارداد، خط مشاوره تلفنی باید تبلیغات پیوسته‌ای داشته باشد. این معمولاً وظیفه دولت است نه فراهم‌کننده خط مشاوره تلفنی که به بازاریابی خط تلفنی بپردازد. اکثر دولت‌ها این مسئولیت را به پیمانکار رسانه‌ای می‌سپارند که نظارت بر کل تبلیغات ضد دخانی دارند. دولت باید از سرمایه‌گذاری مناسب جهت بازاریابی خط تلفنی ترک مطمئن باشد و باید بر ارتباط مداوم بین همه گروه‌ها پافشاری کند. کانال‌های ارتباطی بین دولت، آژانس رسانه‌ای و خط مشاوره تلفنی ترک باید در قرارداد قید شود.

#### شکل ۳/۲: مدیریت ویژگی‌های پروپوزال

تجربه	شرح تجربیات ارائه شده یا خدمات مشابه
ظرفیت علمی	آشنایی با پایه علمی برای خطوط تلفنی ترک دانش خدمات ترک سیگار رایج مدیریت بالینی بر پرسنل دسترسی به هیات مشاور علمی
ساختار مدیریتی، الگوی پرسنلی و ویژگی‌های پرسنل	جداول سازمانی برای سازمان مادر و اپراتور خط تلفنی توضیحات شغلی برای همه موقعیت‌های شغلی خلاصه تجربیات پرسنل اصلی نمونه‌ای از برنامه ماهانه پرسنل
امکان مالی	یک نسخه از آخرین حسابرسی مالی
تجهیزات فیزیکی	شرح مراکز پاسخگویی تلفن‌ها و فضای کاری شرح شبکه و تخصیص Serverها سیستم تلفنی از جمله نرم‌افزارهای به کار رفته
توانایی سیستم و توانایی ارائه خدمات پیشنهادی	سطوح خدمات‌رسانی موجود ظرفیت غیرقابل استفاده اضافی قوانین و روند مکتوب برای همه جوانب کار

توانایی به موقع انجام بندهای قرارداد در زمان معین	زمان بندی مشخص با جزئیات برای برنامه ریزی پروژه و اجرا با اشاره به اینکه چه کسی چه کاری را در چه زمانی انجام دهد
منابع	حداکثر تا سه نامه از آژانس هایی که پیشنهادکننده خدمات مشابه ارائه داده
نمونه های کاری	نمونه هایی از محصولات لیست شده به عنوان خدمات ارائه شده

### بازبینی پروپوزال ها

جنبه دیگر فرایند رقابتی عبارت است از آمادگی جهت بازبینی پروپوزال ها به محض دریافت آنها. برای این منظور هیاتی ۳ تا ۷ نفره لازم است تشکیل شود. بطور ایده آل هر بازبین در چند زمینه تخصص دارد. بهترین گزینه ها برای هیات بازبینی عبارتند از مدیران خطوط تلفنی ترک از سایر ایالات، متخصصان ترک دخانیات، پرسنل دولتی با تخصصی در زمینه تجزیه و تحلیل بودجه ها یا تجربه در ارائه خدمات مشابه (از جمله خطوط مشاوره ترک تلفنی مواد مخدر و مشروبات الکلی) و مدیران آژانس ها. الزامی است حداقل یک نفر از اعضای هیات بازبینی دانش جامعی از علم پایه در زمینه خطوط تلفنی ترک داشته باشد. دولت باید دستورالعمل واضحی جهت ارزیابی پروپوزال ها به اعضای هیات بازبینی ارائه دهد به عنوان مثال برگه های امتیازبندی شده آنها می تواند برای حصول اطمینان از یک رویکرد استاندارد به کار رود. به محض دریافت پروپوزال ها و بازبینی آنها توسط دفتر تکمیل قرارداد و حذف پروپوزال های نامناسب، باقی پروپوزال ها باید به هیات بازبینی ارسال گردد و مطابق با دستورالعمل امتیازدهی پروپوزال ها با استفاده از ابزار موجود بازبینی شوند. سپس این هیات با بحث بر روی آنها یک مورد را انتخاب کرده که برای بستن قرارداد مناسب باشد.

### پایش قرارداد

به محض برنده شدن یک قرارداد و بستن قرارداد، روند پایش نیز آغاز می شود. مدیر قرارداد مسئول پیگیری و نظارت بر اجرای تعهدات و بودجه قرارداد و همچنین پایش کیفیت اجرایی پیمانکار است. تماس های آزمایشی می تواند به مدیر قرارداد کمک کند تا زمان انتظار و خدمات مشتری را ارزیابی کند. گزارش های اطلاعاتی ماهانه به همراه شرح روایی سایر فعالیت ها برای پایش قرارداد الزامی است. گزارش هایی حاکی از آنکه چه کسی تماس می گیرد و چه ساعتی تماس ها صورت می گیرد به بهتر کردن فعالیت ها و تبلیغات کمک

می‌کند. همچنین دولت باید به طور منظم با پیمانکار تماس‌های تلفنی و جلسات برقرار کند. در اولین سال فعالیت ممکن است لازم باشد این برنامه‌ها دو بار در ماه اجرا شود. همچنین پایش دقیق استفاده از خدمات نیز الزامی است زیرا این اطلاعات برای تصمیم‌گیری در هر گونه اصلاحیه ضروری در قرارداد مورد نیاز است. به عنوان مثال در اولین سال بکارگیری پیگیری‌های مشاوران تلفنی و درمان جایگزین نیکوتین در واقع بیشتر از بودجه اصلی خواهد شد. در نتیجه دولت باید تصمیم بگیرد که آیا بودجه را تغییر دهد یا معیار شایستگی یا برنامه تبلیغاتی برای این خدمات طی سال‌های آتی را تغییر دهد یا خیر. این تصمیمات تاثیر چشمگیری بر مسیر آینده و هزینه خدمات تلفنی ترک دولتی خواهد داشت.

## مطالعه موردی

### منابع حاصله از تلاش‌های قراردادها در ایالت واشنگتن

روند کار با یک پیمانکار چالش‌های فراوانی به بار می‌آورد اما نتایج مطلوبی نیز عاید می‌سازد چنانچه در ایالت واشنگتن شاهد آن بودیم. همان طور که روند این ایالت نشان داده است، این موضوع امری است وقت‌گیر و نیازمند تلاش فراوان.

در ژانویه سال ۲۰۰۰، شش ماه قبل از آغاز دوره سرمایه‌گذاری این ایالت، اداره بهداشت واشنگتن شروع به نوشتن درخواست پروپوزال‌های خط تلفنی مشاوره ترک نمود. این امر با مشورت مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، بخش کنترل دخانیات اداره بهداشت و سایر ایالاتی که دارای خط تلفنی ترک بودند صورت گرفت. این فرم در ماه ژوئن صادر شد و مهلت ارسال پروپوزال‌ها تا اواسط ماه جولای بود. پیشنهادکنندگان بسیاری پروپوزال‌هایشان را فرستادند و هیات بازبینی پروپوزال‌ها نیز تشکیل شد. این هیات تشکیل می‌شد از مدیریت برنامه متحدالشکل پزشکی ایالت واشنگتن، مدیر قراردادهای خط تلفنی ترک از اداره بهداشت ایالت آرگون، مدیر برنامه و مسئول امور مالی اداره بهداشت ایالت واشنگتن و یک نماینده از بخش کنترل دخانیات اداره بهداشت. این هیات، مرکز تبلیغات بهداشتی را توصیه می‌کند و این توصیه توسط اداره بهداشت ایالتی به تصویب می‌رسد. مرکز تبلیغات بهداشتی در پایان ماه جولای از این تصویب مطلع می‌شود و مذاکرات قرارداد در ماه سپتامبر کامل می‌شود. دولت یک قرارداد سه ساله منعقد می‌کند زیرا به نظر می‌رسد که سرمایه‌گذاری

طی این دوره زمانی پایدار می‌ماند و دولت می‌خواهد در این مدت به انسجام مشخصی در ارائه خدمات برسد.

تلاش‌های ایالت واشنگتن در راه‌اندازی خط تلفنی ترک سیگار منجر به قراردادی شد که نیازهای دولت و پیمانکار را برآورده می‌ساخت به طوری که مسائل مدیریت اطلاعات و ارائه گزارش‌های ویژه را نیز طی کرده بود و به طور غیرمنتظره‌ای با استقبال شدید مخاطبان روبرو شد که این امر نیز باعث دو برابر شدن بودجه قرارداد گردید. این خط تلفنی در ابتدا قرار بود سالانه پیگیری مشاوره‌های ۲۰۰۰ نفر را انجام دهد که کمتر از ۶۰۰ نفر آنها درمان جایگزین نیکوتین دریافت می‌کردند. اما در سومین سال فعالیت خط تلفنی، این خط ۳۴۸۰ نفر را پیگیری درمانی می‌کرد که ۲۸۲۲ نفر آنها از درمان جایگزین نیکوتین استفاده می‌کردند.

علیرغم این چالش‌ها تا دولت اعلام کرد که در مجموع تجربه خوبی داشته‌اند. مطالعه رضایت‌بخشی تماس‌گیرندگان در سال اول نشان می‌دهد که ۸۰٪ تماس‌گیرندگان از خدمات دریافتی راضی بودند و ۷۰٪ معتقد بودند که خط مشاوره تلفنی در روند ترک‌شان مفید بوده است. ۷۵٪ مخاطبان تلاش‌های جدی در زمینه ترک سیگار داشتند و ۱۲/۷٪ آنها شش ماه بعد از برقراری اولین تماسشان سیگار را ترک کردند.

توجه: آدرس لینک این پروپوزال و قرارداد از سوی ایالت واشنگتن در نسخه آنلاین به آدرس زیر قابل رؤیت است:

<http://www.cdc.gov/tobacco>

### توصیه‌ها

- پیش از زمان ارائه خدمات تصمیم بگیرید که چه خدماتی باید توسط پیمانکار ارائه گردد، گروه‌های مخاطب چه افرادی هستند، بودجه موجود چه میزان است و نیازمندی‌های ارزیابی کدامند. این اطلاعات را در فرم درخواست پروپوزال قید کنید.
- حداقل شش ماه پس از صدور فرم درخواست پروپوزال جهت ارائه پیمانکار لازم است زمان کافی برای روند رقابتی پیمانکاران در نظر گرفته شود. حداقل یک ماه به جهت ارائه پروپوزال‌ها به پیشنهادکنندگان فرصت دهید و در صورت نیاز به شناسایی شرکا، زمان بیشتری به آنها بدهید.
- از پیشنهادکنندگان بخواهید که موارد زیر را ارائه دهند: (۱) یک پروپوزال فنی که شرح دهد چگونه فعالیت‌های لازم را انجام می‌دهند، (۲) یک پروپوزال مدیریتی که بیانگر ویژگی‌هایشان باشد و (۳) شرح و جزئیات بودجه لازم.
- یک هیات ۳ تا ۶ نفره جهت بازبینی پروپوزال‌ها تشکیل دهید که متشکل از کارشناسان مربوطه باشد و حداقل یک نفر آنها دانش جامعی از علم پایه مورد نیاز خط تلفنی ترک داشته باشد. برای این هیات، دستورالعمل مشخصی از چگونگی ارزیابی پروپوزال‌ها فراهم کنید.
- به طور خودکار ارزان‌ترین پیشنهادکننده را انتخاب نکنید. یک پروپوزال کم‌هزینه می‌تواند بیانگر این باشد که ارزش کمتری هزینه شده است.
- به محض امضای قرارداد، مدیریت قرارداد را آغاز کنید تا از اجرای بهینه آن اطمینان حاصل نمایید و جهت اصلاح قرارداد در صورت نیاز آماده گردید.





## فصل چهارم

### ملاحظات فنی

## مرور اجمالی

فناوری‌های حمایتگر خطوط مشاوره تلفنی دائما در حال تحول می‌باشند. آنها به طور چشمگیری توانمند و پیشرفته شده‌اند و نسبت به زمان راه‌اندازی اولین خطوط تلفنی قابلیت‌ها و توانایی‌های فراوانی کسب کرده‌اند. سیستم‌های تلفنی نیز تغییرات زیادی به ویژه در زمینه «مراکز تلفن» داشته‌اند. این اصطلاح یک اصطلاح کلی است برای سازمان‌هایی که بخش عمده‌ای از تجارت و فعالیت‌هایشان را به صورت تلفنی انجام می‌دهند که معمولا از یک مکان صورت می‌گیرد و نمایندگان بسیاری نیز دارد. همچنین سیستم‌های اطلاعاتی نیز مجهز به ابزارهای بسیاری شده‌اند که می‌توانند اطلاعات لازم برای عملکرد بهینه این مراکز تلفن را مدیریت نمایند.

همه دولت‌های طرف قرارداد با فروشندگان خدمات خطوط تلفنی مشاوره ترک باید شرح کاملی از فناوری استفاده شده در مرکز تلفن را طلب نمایند. این فصل فناوری‌هایی را بررسی می‌کند که در خطوط تلفنی ترک حائز اهمیت هستند. همچنین با بررسی موردی، فصل را به پایان می‌رسانیم که شرح جزئیات سیستم‌های ویژه و نرم‌افزار مورد استفاده انجمن سرطان آمریکا جهت ارائه خدمات تلفنی ترک به چندین ایالت بیان می‌گردد.

## سیستم‌های تلفنی

خطوط تلفنی ترک سیگار نیز مانند اکثر مراکز تلفن مشخصا از یک سیستم تلفنی تبادل انشعاب خصوصی استفاده می‌کنند. این سیستم‌ها توسط سازندگان بسیاری تهیه می‌شوند و ظرفیت‌های متفاوتی دارند، اما همه آنها نشاندهنده قوی‌ترین سیستم‌های تلفنی موجود می‌باشند. همه سیستم‌های تبادل انشعاب خصوصی دارای یک سرور ارتباطاتی هستند که به مثابه «مغز» سیستم عمل می‌کند. این سرور می‌تواند به صدها یا حتی هزاران تلفن مرتبط شود. زیرا چنین سیستم‌هایی بسط خود را فراهم می‌کنند به طوری که گردانندگان خطوط تلفنی ترک که بخشی از سازمان‌های بزرگتری هستند می‌توانند به جای خریدن یا اجاره کردن یک سیستم جداگانه به راحتی در سیستم تلفنی سازمان مربوطه به فعالیت بپردازند. گردانندگان خطوط مشاوره تلفنی ترک که یک سیستم تبادل انشعاب خصوصی جداگانه دارند نیز افزایش به نسبت ثابت مورد نیازشان را به راحتی انجام می‌دهند. خطوط تلفنی پرسرعت مانند T1، DSL (خطوط ثبت‌نام دیجیتالی) یا ISDN (خدمات ادغام شده شبکه دیجیتال) می‌تواند مقدار زیادی اطلاعات صوتی یا غیره را به قیمت مناسب

جایجا کند. ترافیک‌های شدید تلفنی خطوط تلفنی مشاوره ترک، خطوط T1 بهترین کارایی را دارند. هر خط T1 می‌تواند تا ۲۴ ساعت مکالمه همزمان را برقرار کند. گردانندگان خطوط مشاوره تلفنی با استفاده از خطوط T1 یا پر سرعت به راحتی متوجه مقرون به صرفه بودن آنها به جای خطوط وصل‌کردنی متداول هستند. همچنین نرخ مکالمات راه دور ارزان‌تر می‌باشد زیرا انتقال صدا از طریق خطوط T1 برای جایجاکنندگان ارزان‌تر است و بیشتر مبلغ را فرد مشترک متحمل می‌شود.

شاید اساسی‌ترین عملکرد مرکز تلفن در سیستم تلفنی خطوط مشاوره عبارت است از توانایی به صف قرار دادن مخاطبان و وصل کردن آنها به مشاوران براساس اولویت برقراری تماس آنها از نظر زمانی. خطوط مشاوره تلفنی که به بیش از یک زبان خدمات ارائه می‌دهند باید قابلیت‌های زبانی مشاورانش را در سیستم، کدگذاری کنند، به طوری که قبلاً تماس‌هایی که از خطوط اسپانیایی برقرار می‌شوند را تنها به مشاوران اسپانیایی زبان وصل کنند. همچنین در صورتی که همه مشاوران انگلیسی زبان باشند و تنها تعداد اندکی اسپانیایی زبان در بین مشاوران وجود داشته باشد باید تماس‌های اسپانیایی زبان بر انگلیسی زبانان اولویت داشته باشند. این امر باعث تمایز قائل شدن بین مشاوران دو خط می‌شود.

خطوط تلفنی مشاوره ترک باید سایر مهارت‌های پرسنلش را در سیستم مشخص نماید مانند توانایی پاسخگویی به مخاطبان یا مشاوره دادن. به عنوان مثال همه پرسنل آموزش می‌بینند که به تماس‌های تلفنی پاسخ دهند اما تنها یک سری از افراد آموزش می‌بینند که مشاوره بدهند. این مهارت‌ها را می‌توان در سیستم تلفنی برنامه‌ریزی کرد تا هر کس بتواند به یک تماس پاسخ دهد ولی تنها یک مشاور می‌تواند مشاوره تلفنی ارائه دهد. به منظور توزیع متعادل بار کاری، سیستم می‌تواند به نحوی برنامه‌ریزی شود که پرسنلی که مدت زیادی بدون پاسخگویی تماس تلفنی مانده‌اند، تماس بعدی را پاسخ دهند. موارد فوق، روش‌هایی هستند که در آنها «توزیع‌کننده خودکار تماس‌ها» در سیستم‌های مرکز تلفن باعث می‌گردد خطوط تلفنی مشاوره ترک بتوانند به تعداد زیادی از تماس‌هایشان به درستی و با نظم و ترتیب خدمات ارائه دهند.

خطوط تلفنی مشاوره ترک باید بتوانند عملکرد پرسنل را نظارت و پایش نمایند و بدین منظور فناوری ویژه‌ای نیز وجود دارد. در یک سیستم تلفنی خوب، ناظران به طور مخفیانه و به دلخواه مکالمات را پایش می‌کنند. این امر باعث می‌شود ناظر این بخش اطمینان یابد که پرسنل خدمات مناسبی را ارائه می‌دهند و می‌توانند در مواقع بحرانی مانند تهدید به

خودکشی شرایط را آرام سازند. گوشی‌های آموزشی باعث می‌شود که ناظران بتوانند مشاوران تازه‌کار را پایش کنند و در عین حال مشاوران می‌توانند از جلسات مشاوره‌ای مشاوران کارشناس استفاده کنند.

یک نرم‌افزار پیشرفته باعث می‌شود مدیران گزارش‌های فراوانی در زمینه جنبه‌های مهم فعالیت تلفنی پرسنل فراهم کنند که به عنوان مثال می‌توان اشاره کرد به تعداد و طول مدت پاسخگویی به تماس تلفنی یا ارائه مشاوره، درصد زمانی صرف شده در یک تماس یا حاضر بودن برای پاسخگویی به یک تماس، درصد پاسخگویی به تماس‌ها به طور زنده و غیره. اهمیت دیگر این نرم‌افزار در این است که می‌تواند پایش بلادرنگی بر تماس‌ها داشته باشد به طوری که در هر لحظه می‌تواند نشان دهد چه تعداد از پرسنل درون سیستم در حال برقراری ارتباط هستند، چه تعداد در حال صحبت با مخاطبان هستند، چه تعداد از تماس‌گیرندگان در صف انتظار خط تلفنی رایگان هستند، هر کدام چه مدت زمانی در حال انتظارند و غیره.

همچنین برخی خطوط مشاوره تلفنی ترک از ادغام کامپیوتر یا سیستم تلفنی استفاده می‌کنند که از طریق آن، بین صدای سازمان و سیستم‌های دیتایی اطلاعاتی رد و بدل می‌شود. به عنوان مثال سیستم تلفنی می‌تواند بلافاصله و به طور خودکار شماره تلفن فرد تماس‌گیرنده را ضبط کند و بعد از وارد کردن در سیستم پایگاه داده‌های خط تلفنی متوجه می‌شود که این شماره قبلاً تماس گرفته است یا خیر. در این صورت سابقه تماس‌های قبلی مخاطب در اختیار پاسخگوی فعلی قرار می‌گیرد که به یکپارچگی خدمات کمک می‌کند. همچنین ادغام سیستم کامپیوتری با تلفن می‌تواند برای تماس‌های راه دور بسیار مفید باشد به طوری که پرسنل می‌توانند با استفاده از موس کامپیوتر از شماره‌گیر پرسرعت استفاده کنند. به وسیله ادغام اطلاعات جمع‌آوری شده توسط سیستم تلفنی با اطلاعات جمع‌آوری و وارد شده توسط پرسنل، سیستم کامپیوتری-تلفنی باعث می‌شود خطوط تلفنی ترک فعالیت ساده و موثری داشته باشند و بتوانند عملکردشان را بهبود بخشند.

### سیستم‌های اطلاعات

اپراتورهای خطوط مشاوره تلفنی باید بتوانند گزارش‌های متنوعی فراهم کنند تا کیفیت خوب فعالیت‌هایشان در زمینه ارتباط متقابل با مخاطبان و همچنین آگاه کردن آژانس‌های سرمایه‌گذار از روند فعالیت‌شان را اطمینان دهند. پرسنل خطوط مشاوره تلفنی ترک با در

دسترس داشتن منابع اطلاعاتی مشترک موجود در یک پایگاه داده متمرکز، درون یک شبکه محلی کار می‌کنند. این امر باعث می‌شود چندین پرسنل با شرکت‌کنندگان یکسانی در ارتباط باشند و اطلاعات جمع‌آوری شده از آنها را وارد کنند، بررسی کنند، استنتاج کنند و تجزیه و تحلیل نمایند.

بسیاری از خطوط مشاوره تلفنی ترک رابطین کاربری گرافیکی دارند که پاسخگویی، مشاوره و ارزیابی پروتکل‌ها را انجام می‌دهند و در واقع به عنوان ابزار ممیزی کامپیوتری عمل می‌کنند. نرم‌افزار به کار رفته برای ایجاد ابتدا و انتهای پایگاه داده‌های خطوط مشاوره تلفنی از طریق سازمان تغییر می‌کند، اما تقریباً همه برنامه‌های کاربردی برنامه‌های اختصاصی هستند که به طور ویژه برای هر خط مشاوره تلفنی طراحی می‌شوند. با به کارگیری یک بسته استاندارد تجزیه و تحلیل مانند نرم‌افزار تجزیه و تحلیل آماری و یک برنامه کاربردی مانند «گزارش‌های کریستال»، توانایی‌های گزارش‌دهی ارتقا می‌یابد.

## مطالعه موردی

### کاربرد موثر فناوری توسط خط مشاوره تلفنی ترک سیگار انجمن سرطان آمریکا

در ماه می سال ۲۰۰۰ انجمن سرطان آمریکا خدمات مرتبط با دخانیاتش را با راه‌اندازی یک خط مشاوره تلفنی ترک گسترش داد. این خط در حال حاضر در ایالاتی که برای این خدمات قراردادی بسته‌اند قابل استفاده است. این خط مشاوره تلفنی از مرکز اطلاعات سرطان ملی انجمن سرطان آمریکا در آستین، تگزاس فعالیت می‌کند و به زیربنای ساختاری و ارتباطات سیستم‌های تلفنی مرکز نامبرده دسترسی دارد.

خط مشاوره تلفنی ترک انجمن سرطان آمریکا توانایی ارائه خدمات به خیل عظیمی از درخواست‌ها دارد که ناشی از آگهی‌های تبلیغاتی و برگزاری مراسمی همچون برنامه با شکوه مبارزه با دخانیات آمریکا می‌باشد. مرکز اطلاعات سرطان ملی از تلفن و سیستم وصل کردن زیمنس استفاده می‌کند که قادر است تا ۲۴۴ تماس ورودی و خروجی همزمان را پاسخگو باشد. این مرکز همچنین از نرم‌افزار ترکیبی تلفن کامپیوتری و نرم‌افزار مدیریت نیروی کاری استفاده می‌کند که باعث افزایش کارایی می‌شود. این سیستم تلفنی اطلاعات محل تماس‌گیرنده و شماره تماس وی را بدست می‌آورد که باعث می‌شود پرسنل خط مشاوره بتوانند برنامه خط تلفنی ویژه ایالت مخاطب را تشخیص دهند و برای آنها خدمات ویژه جغرافیایی و برنامه خاص فراهم آورند. کارشناسان پاسخگویی به تماس‌ها می‌توانند قرارهای

مشاوره بعدی برای هر مخاطب برنامه‌ریزی کنند که مناسب با شرایط وی بوده که این امر از طریق نرم‌افزار برنامه‌ریزی سیبل صورت می‌گیرد که به تقویم برنامه‌ریزی مشاوران نیز دسترسی دارد.

پرسنل نیز برای وارد کردن اطلاعات حاصل از پاسخگویی به تماس‌ها و ارائه مشاوره از ابزارهای ممیزی کامپیوتری استفاده می‌کنند. هر پاسخ به هر سؤال یک مورد اطلاعاتی است که یا به صورت فردی یا به صورت ترکیبی با اطلاعات سایر مخاطبان به منظور تجزیه و تحلیل و گزارش‌دهی، بررسی می‌شود. نرم‌افزار Cold Fusion برای جمع‌آوری و ذخیره اطلاعات استفاده می‌شود، اما پرسنل می‌توانند از طریق Microsoft Access به پایگاه داده‌ها دسترسی داشته باشند. کل مدیریت و پاکسازی داده‌ها در Access صورت می‌گیرد و سپس به منظور تجزیه و تحلیل آماری، این اطلاعات به نرم‌افزار تجزیه و تحلیل آماری فرستاده می‌شود.

ذخیره اطلاعات، پشتیبانی و روند بازیابی اطلاعات نیز وجود دارند تا از کلیه اطلاعات و برنامه‌های مرتبط با خط مشاوره تلفنی محافظت شود. به عنوان مثال پاسخ به سئوالات ممیزی درباره پایگاه داده پس از ورود هر اطلاعاتی انجام می‌شود، به جای اینکه در پایان هر مشاوره صورت گیرد. این امر باعث می‌شود در صورت وقوع اختلالی در سیستم، توانایی بازیابی اطلاعات ممیزی بالا رود.

### توصیه‌ها

- هم آژانس‌های منعقدکننده قرارداد خطوط مشاوره ترک سیگار و هم ارائه‌دهندگان خدمات باید از عناصر فناوری مرکز تلفن فعلی آگاه بوده که بتوانند نحوه عملکرد را در خدمات‌رسانی، ساده و موثرتر سازند. این عناصر شامل موارد زیر است:
- سیستم تلفنی تبادل انشعاب خصوصی، شامل یک سرور ارتباطاتی قوی و مقیاس‌پذیر که بتواند به تعداد زیادی تلفن خدمات ارائه دهند.
  - خطوط T1 که خطوط پرسرعت بوده و می‌توانند حداکثر تا ۲۴ تماس همزمان را پاسخگو باشند.
  - توزیع‌کننده خودکار تماس‌ها که مسیر تعداد زیادی تماس را به نحوی مناسب و منظم مدیریت می‌کند.
  - نرم‌افزاری که برای نظارت ناظران بر روی جلسات مشاوره فردی و فعالیت‌های کلی سیستم است.
  - کامپیوتری کردن سیستم تلفنی که تبادل اطلاعات بین صدا و سیستم‌های اطلاعاتی را ممکن می‌سازد.





## فصل پنجم

# پرسنل یک خط مشاوره تلفنی

## مرور اجمالی

اولین قدم در ارزیابی سطح مناسب خدمات و انواع پرسنل یک پیمانکار در خدمات‌رسانی عبارت است از ارزیابی شدت، زمانبندی و ترکیب تماس‌های دریافتی یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار. این امر با مقایسه تلاش‌های برنامه‌ریزی شده تبلیغاتی و تلاش‌های مشابه پیشین انجام شده در ایالت یا سایر ایالات محقق می‌گردد. خوشبختانه تجربیات جمعی ایالات در تبلیغات و راه‌اندازی خطوط مشاوره تلفنی محل استنادی است برای ارزیابی تاثیر هر تلاش تبلیغاتی جدید بر تعداد تماس‌ها.

اولین هدف در انتخاب پرسنل هر سازمان عبارت است از جمع کردن عده‌ای افراد با مهارت‌ها و ویژگی‌های مناسب برای انجام وظایفشان. پس از آن، هدف بعدی عبارت است از برقراری تعادل بین اطمینان بخشی از اینکه پرسنل کافی برای پاسخگویی سریع به سیل عظیم تماس‌ها وجود داشته باشد و همچنین پرسنل در تمام مدت کار واقعا در حال خدمات‌رسانی به مخاطبان باشند. این فصل به راه‌های مختلف تحقق این اهداف می‌پردازد.

## پرسنل پاسخگوی تماس‌ها

### سطح پرسنل

اولین تماس یک تماس‌گیرنده، خط تلفنی مشاوره ترک سیگار معمولا شامل پاسخگویی به برخی سئوالات اساسی در زمینه وضعیت مصرف سیگار، میزان مصرف، انتخاب خدمات و سایر اطلاعات فردی و دموگرافیک است. اطلاعات جمع‌آوری شده در اولین تماس به عنوان سابقه‌ای از مخاطب در پایگاه داده خط تلفنی مشاوره ترک سیگار ثبت می‌شود که اطلاعات بیشتر نیز طی شرکت کردن فرد در برنامه ترک به آنها اضافه می‌شود. مسئولیت پاسخگویی و ارجاع دادن تماس‌ها یا به مشاوران خط تلفنی داده می‌شود یا در برخی موارد به کارشناسان پاسخگویی تلفن‌ها. در هر دو صورت خطوط تلفنی مشاوره ترک باید همواره پرسنل کافی در دسترس پاسخگویی به همه تماس‌های برقرار شده در ساعات کاری باشند. تعداد پرسنل پاسخگو به تماس‌ها نباید براساس تعداد تماس‌های دریافتی طی هفته‌ها یا ماه‌ها باشد بلکه باید براساس تعداد تماس‌های مورد نیاز به پاسخگویی موثر به گروه‌های تماس‌گیرنده‌ای باشد که بلافاصله پس از پخش تبلیغات رسانه‌ای با خط مشاوره تماس می‌گیرند. استفاده از سیستم ارسال پیام صوتی به جای یک فرد پاسخگو برای افرادی که اولین تماسشان را حاصل می‌کنند، مشکلات جدی به بار می‌آورد که این امر باعث دسترسی

بسیاری از آنها می‌شود. اگر چه ارسال پیام صوتی اغلب در مواردی به کار می‌رود که پرسنل خط مشاوره تلفنی در دسترس نباشند، اما بسیاری از مخاطبان به جای پیغام گذاشتن ترجیح می‌دهند تلفن را قطع کنند و ممکن است که برای بار دوم نیز تماسی نگیرند. از آنجایی که سرمایه‌های هنگفتی در تبلیغات رسانه‌ای هزینه شده تا تماس‌های زیادی برقرار شود، از نظر منابع و برنامه‌های کنترل دخانیات بسیار حائز اهمیت است که خط مشاوره تلفنی به منظور پاسخگویی به تماس‌های فراوان مردم به طور زنده باید مجهز به پرسنل کافی باشد. خط مشاوره تلفنی که ۹۰ تا ۹۵ درصد تماس‌هایش را به طور زنده و مداوم طی ساعات کاری پاسخ می‌دهد به عنوان یک خط تلفنی با سرویس‌دهی بسیار خوب به حساب می‌آید. تحقق این امر نیازمند همکاری با تبلیغات رسانه‌ای است به طوری که تماس‌های برقرار شده با خط مشاوره تلفنی در ساعات حضور پرسنل به بیشترین حد ممکن می‌رسد. اپراتورهای باتجربه خطوط مشاوره تلفنی ترک دریافته‌اند که آگهی‌های تلویزیونی تماس‌های گروهی فراوانی تولید می‌کند، به طوری که خط مشاوره تلفنی لازم دارد ۱۰ نفر یا بیشتر برای پاسخگویی به آنها در دسترس داشته باشد (این عدد کاملاً از جایی تا جایی دیگر متفاوت است و به تعداد افرادی که در معرض آگهی‌ها قرار می‌گیرند و عامل دیگری که در فصل ۹ می‌آید بستگی دارد).

اگر خط مشاوره تلفنی نتواند حداقل به ۹۰٪ از تماس‌ها به طور زنده پاسخ دهد، حضور پرسنل پاسخگوی خط تلفنی بیشتر الزامی است. برنامه نیز باید بتواند با تغییر برنامه رسانه‌ای به نحوی دیگر تماس‌ها را پخش کند (مثلاً با پخش چندین آگهی ارزان رادیویی به جای پخش یک آگهی تلویزیونی گران‌قیمت). برای خطوط مشاوره‌ای که خدمات را به بیش از یک زبان ارائه می‌دهند، پرسنل دو زبانه به طور ویژه‌ای با ارزش هستند چرا که می‌توانند دو خط را پوشش دهند.

#### *مهارت‌های پرسنل*

پرسنلی که تماس‌ها را پاسخ می‌دهند باید برخورد تلفنی خوبی داشته باشند، مهارت‌های خدمات‌رسانی خوب به مشتری را بدانند و توانایی تریاژ کردن تماس‌ها را از بین هزاران تماس برقرار شده به خوبی دارا باشند. این تماس‌های فراوان شامل موارد زیر است: مصرف‌کنندگان دخانیاتی که می‌خواهند مشاوره بگیرند، افرادی که فقط مواد کمک آموزشی یا ارجاع به یک برنامه محلی را می‌خواهند، افرادی که مجدداً تماس می‌گیرند و می‌خواهند

با مشاور خاصی صحبت کنند، افرادی که از طرف یکی از اعضای خانواده تماس می‌گیرند، شاغلان گروه بهداشت که در جستجوی خدمات هستند، دانش‌آموزانی که تکالیف و طرح‌های مدرسه‌شان را در این زمینه انجام می‌دهد، افرادی که به قصد شوخی زنگ می‌زنند و سایرین.

به هنگام برقراری تماس‌های فراوان مخاطبان، کارشناس پاسخگویی به تماس‌ها باید بتواند تا ۱۰ یا حتی بیشتر تماس را در یک ساعت پاسخ دهد. اما به دلیل نوسانات تماس‌ها این آمار برای مدت طولانی پایدار نمی‌ماند. یک خط مشاوره تلفنی اگر کارشناسان پاسخگویی استخدام می‌کند باید از آنها بخواهد که در ساعاتی که تلفن زنگ نمی‌خورد آنها باید وظایف دیگری انجام دهند از جمله انجام امور مربوط به پست مواد خودآموز یا تماس گرفتن با برنامه‌های محلی برای حصول اطمینان از اینکه لیست افراد ارجاع شده درست و به روز باشد.

### پرسنل ویژه مشاوره

اکثر خطوط مشاوره تلفنی ترک در صورت امکان برای افرادی که درخواست اولین جلسه مشاوره را دارند بلافاصله این خدمات را فراهم می‌کنند. این یک روند مستقیم است که فرد مصاحبه‌گر در پاسخگویی به خط تلفن یک مشاور باشد. در صورتی که کارشناسان پاسخگویی به تلفن‌ها مشغول باشند، پاسخگویی به فرد مخاطب باید به یک مشاور در دسترس دیگر انتقال یابد. گاهی اوقات فرد تماس‌گیرنده یا برای یک جلسه کامل مشاوره وقت کافی ندارد یا اینکه مشاور در آنجا حاضر نیست. در چنین مواردی برای فرد تماس‌گیرنده یک جلسه دیگر تعیین می‌شود یا درصاف افرادی قرار می‌گیرد که در همان روز یا فردای آن روز با آنها تماس گرفته می‌شود.

### مهارت‌های پرسنل

الزامی نیست که خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار به پرسنلی مجهز شود که مشاوران مجوزدار تاثیر چشمگیری بر مصرف دخانیات فرد تماس‌گیرنده داشته باشند. در حقیقت، کارآمدی خطوط مشاوره ترک در مشاوران فوق حرفه‌ای می‌باشد که از پروتکل‌های مدون استفاده می‌کنند.

به نظر می‌رسد مهارت‌های مشاوره‌ای پایه همچون حس همدردی، شنونده خوبی بودن و

توانایی راهنمایی افراد از طریق یک روند حلال مشکلات موارد اصلی موفقیت یک خط مشاوره تلفنی است که مشاوران آن لازم است دارا باشند. گذراندن دوره‌های آموزشی یا تجربه بالینی فشرده نیز در این زمینه بی‌تاثیر نیست اما با توجه به تمایل اکثر ایالات به دلیل بودجه محدود آنها، می‌توان گفت که یک خط تلفنی مشاوره ترک الزاماً متکی بر دسترسی به خدمات ویژه با مشاوران درمانگر گران قیمت است.

همچنین دلیل دیگری وجود دارد مبنی بر اینکه چرا بهتر است در این موقعیت شغلی افراد فوق حرفه‌ای کار کنند. خطوط مشاوره تلفنی نیاز دارند که مشاورانشان یک عمل را مداوم تکرار کنند و علیرغم تنوع پیشینه و شخصیت مخاطبان، مشاوره برای یک رفتار خاص مانند ترک سیگار می‌تواند یک عمل بسیار تکراری باشد. از این رو برای بسیاری از مشاوران حرفه‌ای که طیف وسیعی از موارد روانشناسی را آموزش دیده‌اند چنین شغلی محدودکننده به نظر می‌رسد. این امر در خطوط مشاوره تلفنی که به طور فعال فعالیت دارند به طور عمده صدق می‌کند.

به عبارت دیگر، کار کردن به عنوان مشاور خط مشاوره تلفنی ترک باعث می‌شود پرسنلی که آموزش رسمی کمتری دیده‌اند یا اینکه به طور همزمان در حال اخذ یک مدرک هستند، تجربه با ارزشی در این زمینه بدست می‌آورند. مشاورانی که به آسانی خودشان را با کار در خطوط مشاوره تلفنی ترک سازگار می‌سازند افرادی هستند که مهارت‌های مشاوره‌ای طبیعی دارند و نه اینکه الزاماً هویتی حرفه‌ای به عنوان یک درمانگر بالینی داشته باشند.

### آموزش

پیگیری استخدام کاندیداهای دارای مهارت‌های مشاوره طبیعی با وجود گذراندن دوره‌های لازم، ضروری است. استخدام کردن و دوره دیدن مهمترین عوامل در برنامه‌های تضمین کیفیت خط مشاوره ترک است. اولین دوره آموزشی برای مشاوران پیش از مجاز شدن آنها در مشاوره دادن به تماس‌گیرندگان شامل مراحل زیر است که عبارتند از: دستورالعمل و بحث‌های کلاسی، اجرای زنده یا ضبط شده مشاوران کارآموده در حین کار، تمرین‌های انجام شده به صورت گروهی یا جفت جفت، اجرای نمایش با پرسنل کارآموده و حتی یک آزمون. برنامه‌های آموزشی برخی خطوط مشاوره ترک با کلاس‌های دانشگاهی از نظر طول مدت و محتوا قابل مقایسه‌اند هر چند که به طور فشرده طی چند هفته برگزار می‌شوند.

برنامه‌های آموزشی، عناوین زیر را پوشش می‌دهند:

- روانشناسی مصرف دخانیات و ذات اعتیاد
  - اصول کلی مشاوره و فرضیه‌هایی که در اصلاح رفتاری موثرند از جمله مشاوره‌های شناخت رفتاری و مصاحبه‌های انگیزشی
  - مفاهیم روانشناختی دیگری که در فهم ترک سیگار موثرند از جمله تاثیر تخطی در دوره ترک که عبارتست از پدیده‌ای که در آن یک خطای کوچک موجب عود کامل مصرف سیگار می‌شود که بر اثر طرز فکر «همه چیز یا هیچ چیز» فرد ترک‌کننده به وجود می‌آید.
  - فنون مشاوره‌ای موثر از جمله داشتن گوش شنوا در حین مشاوره و تاویل و تفسیر کردن
  - نمایش‌های مشاوره‌ای چالشی از جمله تماس‌های بحرانی، شرایط مرگ و میر، رفتار مقاومتی و تماس گیرندگان با علایم روانشناسی.
  - دستورالعمل‌های قانونی و اخلاقی در این زمینه به عنوان گزارش‌های اجباری و حفاظت از محرمانه بودن اطلاعات بیماران.
  - مورد خطاب قرار دادن تنوع کارهای بالینی با توجه به فرهنگ یا قومیت، آموزش، جنسیت، گرایش جنسی، اعتقاد مذهبی و سایر عوامل.
  - روش‌های مدیریتی موثر در درمان از جمله به کارگیری پروتکل‌ها و ابزارهایی جهت تنظیم و ادامه جلسات
  - مسایل بهداشتی مرتبط با مصرف دخانیات و ترک
  - علایم ترک
  - درمان جایگزین نیکوتین و کمک‌های لازم جهت ترک
- پیگیری آموزش ابتدایی با یک برنامه منظم آموزش مداوم باعث می‌شود مشاوران مهارت‌هایشان را گسترش دهند و اطمینان می‌دهد که دانش آنها در این زمینه به روز است.

#### برنامه‌ریزی

هماهنگ کردن برنامه کاری مشاوران به منظور اطمینان بخشی از یک پوشش مناسب در ساعات کاری خط مشاوره تلفنی ترک سیگار الزامی است. سرویس‌دهی پرسنل در شیفت‌های مختلف کاری بخشی از کار تبلیغات رسانه‌ای است به طوری که مردم با دیدن

این تبلیغات بلافاصله می‌توانند با این خط تماس بگیرند. اما باید توجه شود که بسیاری از افرادی که در یک شیفت تماس می‌گیرند در واقع ترجیح می‌دهند که در یک زمان یا شیفت دیگر برای مشاوره تماس بگیرند. به عنوان مثال فرد سیگاری که در زمان استراحت و از محل کارش با خط مشاوره تلفنی ترک تماس می‌گیرد، ترجیح می‌دهد که مشاوره را در خانه و به هنگام بعد از ظهر دریافت کند. در چنین مواردی بهتر است که مشاوران و کارشناسان پاسخگویی به تلفن بتوانند برای مشاوران شیفت‌های دیگر، جلسه مشاوره را برنامه‌ریزی و تعیین کنند. مشاور تعیین شده نیز می‌تواند اولین جلسه مشاوره را آغاز کرده و سپس جلسات بعدی را در پیش می‌گیرد.

به دلیل ذات تکراری این شغل و همچنین عامل فرسودگی شغلی، اکثر خطوط مشاوره تلفنی مشاورانی را که استخدام می‌کنند بیش از ۲۰ تا ۳۰ ساعت در هفته کار نمی‌کنند. به مشاورانی که تمام وقت کار می‌کنند وظایف بیشتری محول می‌شود لذا آنها به میزان ۸ ساعت در روز مشاوره نمی‌دهند. انتظارات تعداد مخاطب جدیدی که در مشاوره به آنها مشاوره می‌دهد در هر برنامه متفاوت است و به عوامل متعددی بستگی دارد. این عوامل شامل موارد زیر می‌باشند: طول مدت و پیچیدگی پروتکل مورد استفاده جهت مشاوره، تعداد و طول مدت جلسات پیگیری مشاوره‌ای که از سوی خط تلفنی با مخاطب تماس می‌گیرد و اینکه آیا مشاوران نیز باید به زنگ تلفن‌ها جواب بدهند، از هر یک پیغام بگیرند یا وظایف دیگری انجام دهند. به طور کلی خطوط مشاوره تلفنی از مشاوران انتظار دارند که در هر ساعت به یک تا دو نفر مخاطب جدید مشاوره بدهند.

در برنامه‌ریزی پرسنلی چه در ارائه مشاوره و چه پاسخگویی به تماس‌ها، یک خط مشاوره تلفنی ترک باید تعادلی بین نیازهای دو گروه برقرار سازد. از طرفی پرسنل کافی باید در طول ساعات عادی کار در دسترس باشد که به تعداد زیاد مخاطبان جدید پس از دیدن یک تبلیغ پاسخ دهند. این امر غیرطبیعی نیست اگر پس از چند ثانیه بعد از پخش یک آگهی تبلیغاتی در خط مشاوره تلفنی در تلویزیون، ده تا پانزده نفر تماس بگیرند، به طوری که حتی ممکن است فقط نیمی از آنها همان لحظه طلب مشاوره کنند. از سوی دیگر، خط تلفنی نیز نمی‌تواند پرسنلی داشته باشد که برای مدتی طولانی بیکار بمانند.

در حالی که برقراری تعادل بین این دو نیاز امر دشواری برای هر خط تلفنی مشاوره است، ولی برای خطوط مشاوره بزرگ یا فروشندگان خطوط مشاوره که به چند ایالت خدمات می‌دهند، مشکلات به این دشواری نیست. علت این امر چنین است که در این خطوط

مشاوره تلفنی تعدادی از مشاورانی که در فواصل بین ارائه مشاوره‌هایشان قرار دارند به هنگام دریافت تماس‌های فراوان مخاطب پس از دیدن تبلیغات می‌توانند به این تماس‌ها پاسخگو باشند. به فرض اینکه مشاوران باید از هر ۶۰ دقیقه، ۴۰ دقیقه مشاوره ارائه دهند، در هر زمانی یک سوم از مشاوران برای پاسخگویی به تماس‌ها آزادند. اگر هر خط مشاوره تلفنی ۶ مشاوره در هر شیفت داشته باشد، تنها دو مشاور می‌تواند به هنگام هجوم تماس‌ها پاسخگو باشد. اما اگر در هر شیفت ۳۰ مشاور وجود داشته باشد در چنین شرایطی ۱۰ مشاور آماده پاسخگویی به تماس‌هاست. این امر نشان می‌دهد که در صورتی که ایالتی قصد افزایش نیرو در خطوط مشاوره‌اش داشته باشد، از نظر اقتصادی و کارایی سود بیشتری نیز عایدش می‌شود.

### پرسنل ویژه نظارت و خطاهای بالینی

معمولاً خطوط مشاوره تلفنی برای هر ناظر ده تا پانزده مشاور تعیین می‌کند. ناظران موظفند از پوشش‌دهی مناسب تماس‌ها، مدیریت صحیح زمانی و بازدهی بالای مشاوران در گروهشان اطمینان حاصل کنند. آنها همچنین پس از تماس‌های دشوار سوالاتشان را نیز مطرح می‌کنند. یک مدیر بالینی متخصص در بهداشت روان و یا موارد بالینی پزشکی چشم‌اندازی از خطاهای احتمالی در مداخلات خط مشاوره تلفنی فراهم می‌کند، به عنوان مثال هنگامی که یک بیمار شواهدی مطرح می‌کند مبنی بر یک بیماری روانشناختی درمان نشده. مدیریت بالینی همچنین اطمینان می‌بخشد از اینکه برنامه آنها پایبند به دستورالعمل‌های قانونی و اخلاقی مربوطه بوده و بر اساس قانون ارائه خدمات مشاوره همان ایالت است.

### مطالعه موردی

#### چشم‌انداز یک پیمانکار از استخدام و آموزش

بسیاری از آژانس‌های ایالتی، برنامه‌های بهداشتی خصوصی و کارفرمایانی که خدمات تلفنی ترک سیگار ارائه می‌دهند با سازمانی از بیرون قرارداد می‌بندند که این خدمات را برای آنها فراهم کنند. مرکز تبلیغات بهداشتی یک ارائه‌دهنده اصلی این خدمات است و روند بسیار مناسبی برای جذب و آموزش متخصصان جدید دارد.



در این مرکز، متخصصان ترک سیگار باید یک مدرک لیسانس در یک شاخه بهداشتی داشته باشند مانند روانشناسی، جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی، بهداشت عمومی یا پرستاری. مدرک فوق دیپلم نیز در صورت داشتن تجربه حرفه‌ای کافی قابل قبول است. متقاضیان باید حداقل یک سال تجربه مرتبط داشته باشند مانند کار در خط مشاوره تلفنی بحران‌های اجتماعی یا مصاحبه چهره به چهره. کار داوطلبانه نیز قابل قبول است. در ضمن این افراد باید حداقل طی دو سال اخیر سابقه استعمال دخانیات نداشته باشند. داوطلبان باید بتوانند با استفاده از یک پروتکل کامل، موارد مربوطه را مدیریت کنند و باید با کامپیوتر آشنایی کامل داشته باشند. توانایی تکلم به یک زبان خارجی نیز یک مزیت محسوب می‌شود.

متخصصان جدید نیز ۵۰ تا ۶۰ ساعت برنامه آموزشی می‌بینند که شامل کلاس‌های حضوری و کار عملی پشت خط تلفن است. کلاس‌های آموزشی شامل موارد زیر است: علم اعتیاد به نیکوتین، مراحل تغییر، فنون مداخله، دارو درمانی و مدیریت موارد خاص (از جمله زنان سیگاری باردار و مخاطبینی با سایر مشکلات سلامتی مانند آسم، دیابت، بیماری قلبی تنفسی و افسردگی). سپس داوطلبان آموزش عملی را می‌گذرانند که شامل گوش دادن به تماس‌هایی است که پرسنل باتجربه پاسخ می‌دهند، شرکت در نمایش‌های تمرینی، پاسخگویی به تماس‌ها و پرسش و پاسخ با ناظران و مربیان. آنها همچنین پروتکل‌ها، برنامه‌های کاربردی پایگاه داده و سیستم اطلاعات کامپیوتری را یاد می‌گیرند.

پس از این دوره‌های آموزشی متخصصان جدید با یک متخصص با تجربه‌تر تشکیل یک گروه دو نفره می‌دهد که این فرد می‌تواند او را حمایت و راهنمایی کند. در اولین ماه‌ها متخصصان جدید کاملاً پایش می‌شوند و یک ابزار استاندارد، کیفیت تماس‌های آنها را ثبت و پایش می‌کند.

به ازای هر ۱۵ متخصص یا ناظر مسئول وجود دارد و حداقل در هر شیفت یک ناظر حاضر است. مرکز تبلیغات بهداشتی دریافته است که کیفیت کار متخصصان هنگامی در هر حد بهینه است که آنها ۲۰ تا ۳۰ ساعت در هفته کار کنند. این متخصصان باید با دو الی سه مخاطب در ساعت کار کنند.

### توصیه‌ها

- به تجربه سایر ایالات در تبلیغ و ترویج و ارائه خدمات خطوط مشاوره تلفنی مراجعه کنید تا احتمال تاثیر هر تبلیغ جدیدی را بر میزان تماس مخاطبان ارزیابی نمایید.
- در صورت استفاده از تبلیغات تلویزیونی، خط مشاوره تلفنی را به تعداد مناسبی پرسنل مجهز کنید چرا که در صورت هر بار پخش این آگهی‌ها با سیل عظیمی از تماس‌ها مواجه می‌شوید.
- کارشناسان پاسخگو به تلفن‌ها در الگوی پرسنلی داشته باشید اما در صورتی که مخاطب طلب مشاوره فوری کند آنها را به مشاوران حاضر انتقال دهید.
- به منظور داشتن متخصصان پاسخگو در آینده به دنبال مهارت‌های ارائه خدمات به مشتری باشید که عبارتند از برخورد تلفنی مناسب و توانایی تریاژ کردن تماس‌های مختلف.
- متخصصان پاسخگویی به تماس‌ها و مشاوران می‌توانند قرارهای مشاوره سایر مشاوران را تعیین کنند تا به مخاطبانی خدمات دهند که می‌خواهند در زمانی دیگر مشاوره بگیرند.
- در مشاوران آینده به دنبال مهارت‌های لازم جهت مشاوره قوی و طبیعی باشید نه مدرک تحصیلی یا مجوز و گواهی‌نامه.
- دوره‌های آموزشی ضمن خدمت برای مشاوران فراهم کنید چرا که این امر شرایط آموزشی متنوعی را به کار می‌گیرد و موضوعات مرتبط فراوانی را پوشش می‌دهد.
- به منظور پیشگیری از فرسودگی شغلی از مشاوران ۲۰ تا ۳۰ ساعت در هفته کار بخواهید یا وظایف دیگری به آنها محول کنید که مجبور نباشند ۸ ساعت در روز فقط مشاوره بدهند.
- یک مدیر بالینی متخصص بهداشت روان یا بالینی باید چشم‌انداز بالینی ارائه داده و پیروی از دستورالعمل‌های قانونی و اخلاقی را اطمینان دهد.

## فصل ششم

# اطمینان از کیفیت در مشاوره تلفنی

### مرور اجمالی

اطمینان از کیفیت در همه سازمان‌های بهداشت عمومی حائز اهمیت است اما طبق یافته‌های مطالعات بالینی مشخص شده است که این امر در سازمان‌های فراهم کننده مداخلات رفتاری به طور اخص از اهمیت بیشتری برخوردار است. مطالعات بالینی معمولاً در شرایط کنترل کیفیت شدید انجام می‌شوند. هنگامی که یافته‌های این مطالعات در یک شرایط دنیای واقعی به کار روند از دقت کنترل کیفیت به طور چشمگیری کاسته می‌شود. با کمتر شدن دقت در این زمینه و تاثیر مداخله نیز کم خواهد شد. گر چه شواهد کارایی خطوط مشاوره تلفنی ترک بسیار زیاد است، اما کارایی همه خطوط مشاوره تلفنی تضمین شده نیست. از این رو و همچنین با توجه به افزایش سرمایه‌گذاری عمومی در خطوط مشاوره تلفنی ترک ضروری است که ایالات و گردانندگان خطوط تلفنی مشاوره کاملاً کیفیت را پایش نمایند.

این فصل اطلاعات زیر را فراهم می‌کند: اطمینان از کیفیت مشاوره ارائه شده از سوی خط مشاوره تلفنی ترک و توصیه‌هایی برای توسعه یک برنامه بهبود کیفیت. در این فصل همچنین یک مطالعه موردی وجود دارد که اطمینان از کیفیت درمان خط مشاوره کلینیک ترک سیگار مایو را مطرح می‌سازد.

### اطمینان از کیفیت در عملکرد روزانه

چنانچه در فصل پنجم بحث شد، استخدام مشاوران مجرب و آموزش دادن آنها دو عنصر مهم از برنامه اطمینان از کیفیت خوب در خطوط مشاوره تلفنی ترک است. پایش کیفیت مداوم خدمات ارائه شده توسط این مشاوران نیز به همین اندازه حائز اهمیت است و یک عملکرد کلیدی در ساختار مدیریت داخلی خط مشاوره تلفنی است. برای این منظور چند روش وجود دارد.

### نظارت

نظارت جامع یک جزء اصلی از اطمینان از کیفیت است. به منظور داشتن سطح بالایی از یک عملکرد خوب توجه به توانایی و خلاقیت الزامی است. جهت کسب اطمینان از کارایی، ناظران باید وظایف زیر را انجام دهند:

- نظارت کردن بر محتوا و نحوه ارائه جلسات مشاوره

- پایش تماس‌های تلفنی
  - برگزاری جلسات پرسش و پاسخ
  - کار کردن با مشاوران جهت افزایش قدرت بالینی آنها در فضاهاى اصلاح رفتارى و درمان اعتیاد
  - نظارت کردن بر مدیریت موارد
- همچنین به منظور اطمینان از کارایی و مناسب بودن کار، یک ناظر باید به طور منظم با هر مشاور در واحدهاى ملاقات کند تا آمار عملکرد را بررسی نمایند. این آمار شامل موارد زیر است:
- تعداد و درصد مخاطبانی که مشاوره می‌گیرند
  - تعداد و زمانبندی جلسات پیگیری برای هر مخاطب
  - میانگین طول مدت جلسات
  - تعداد دفعاتی که برای برقراری با مخاطب تماس حاصل می‌شود
  - درصد زمانی که سیستم در حال برقراری ارتباط است و آماده برای پاسخگویی تماس‌هاست
  - درصد تماس‌هایی که به طور زنده و در یک محدوده زمانی پاسخ داده می‌شود (مثلاً ظرف ۲۰ ثانیه)
  - سایر قوانین عملکرد مرتبط با پروتکل‌های خط مشاوره تلفنی

#### کاربرد پروتکل‌ها

بسیاری از خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار پروتکل‌های مشخصی برای کار با زیرگروه‌های مختلف مخاطبان تهیه می‌کنند. پروتکل‌ها همچنین با توجه به نوع کامل بودن نگرش و میزان التزام مشاوران در پیروی از آنها با هم متفاوت هستند. این پروتکل‌ها عملکرد قدرتمندی دارند برای اطمینان از کیفیت که به عنوان ابزار آموزشی برای مشاوران جدید عمل می‌کنند، حداقل محتوای قابل قبولی برای هر جلسه مشخص می‌کنند و جریان بحث را هدایت نمایند.

همچنین پروتکل‌ها به عنوان یک یادآور دائمی برای مشاوران در موارد بالینی عمل می‌کنند که مهمترین تاثیر را در ترک موفق ایفا می‌کنند. آنها به مشاوران کمک می‌کنند که در توجهشان در موارد مربوطه کامل و جامع عمل کنند اما مختصر و متمرکز. بسیاری از

خطوط مشاوره تلفنی از چندین نوع پروتکل استفاده می‌کنند که دیده شده در مشاوره تلفنی ترک سیگار موثر عمل کرده‌اند. برخی از خطوط مشاوره تلفنی نیز در حال آزمایش پروتکل‌های جدید برای گروه‌های خاص هستند.

### بازخورد همکاران

راه دیگر اطمینان از کیفیت عبارتست از تشویق مشاوران به گرفتن و دادن بازخورد از همکاران. اکثر مشاوران خط مشاوره تلفنی ترک در محیط‌های باز کار می‌کنند که به طور دائم صدای صحبت کردن با سایر مخاطبان را نیز می‌شنوند. این بدین معنی است که آنها در شرایط خوبی قرار دارند که می‌توانند از صحت اطلاعات ارائه شده به مخاطبان در کنار پیروی از پروتکل اطمینان یابند. مشاوران با بازخوردی سازنده بر یک اساس غیررسمی یا بحث‌های رسمی‌تر در جلسات پرسنلی می‌توانند به یکدیگر کمک کنند. برخی از خطوط مشاوره تلفنی جلسات نظارتی گروهی متناوب به طور رسمی‌تر به منظور تبادل بازخوردهای همکاران برگزار می‌کنند. در این جلسات موارد بالینی پرچالش را نیز می‌توان مطرح کرد و مطالعات موردی نیز برای درس‌های فراگرفته بررسی می‌شوند.

### ارزیابی

تقریباً همه خطوط مشاوره تلفنی تا حدودی به طور دائم ارزیابی می‌شوند. این امر حداقل شامل مطالعات پیگیری تلفنی از طریق انتخاب تصادفی مخاطبان پس از شرکت کردن آنها در برنامه ترک است. مصاحبه‌کنندگان اطلاعات رفتاری از جمله وضعیت مصرف سیگار و اطلاعات رضایتبخشی فردی را جمع‌آوری می‌کنند.

چنین مطالعاتی شامل سوالات ویژه درباره تجربه مخاطبان با مشاورانشان است و پاسخ به این سوالات بدون ذکر نام در اختیار مشاورانی قرار می‌گیرد که با آنها کار کرده‌اند. ارزیابی مخاطبان از کیفیت خدمات دریافتی‌شان به بهبود عملکرد و آگاهی مشاوران برای انجام یک کار خوب مفید است. در فصل هفتم اطلاعات بیشتری درباره ارزیابی پیشرو خواهید داشت.

### بهبود کیفیت

اگر چه مدیر قرارداد در ویژگی‌های روزانه اطمینان از کیفیت درون سازمان پیمانکار نقشی ندارد (به عنوان مثال ارائه بازخورد به مشاوران فردی) ولی در عین حال باید اطمینان دهد

که پیمانکار از یک برنامه جامع بهبود کیفیت تبعیت می‌کند. برنامه بهبود کیفیت باید روند کارها، استانداردها و میزان اندازه‌گیری‌های لازم برای اطمینان از کیفیت را شرح دهد و نیز چگونگی گزارش‌دهی از اجرای سازمانی در زمینه‌های مختلف بیمه کیفیت، چگونگی درک اطلاعات گزارش شده و چگونگی استفاده از اطلاعات نه تنها در حفظ کیفیت خدمات بلکه حتی به منظور بهبود آنها را نیز کاملاً توضیح دهد. ممکن است ایالت‌ها بخواهند چگونگی ایجاد انگیزه برای قراردادهای خطوط مشاوره ترک به منظور رسیدن به محک‌های توافق شده یا پیشرفت‌های قابل اندازه‌گیری در طول زمان را مد نظر گیرند.

### مطالعه موردی

#### خط مشاوره تلفنی ترک سیگار کلینیک مایو با اطمینان عملکرد کیفیتی شدیدی

##### فعالیت می‌کند

توجه به پروتکل‌های برنامه راهگشای اطمینان عملکرد کیفیتی خط تلفنی کلینیک ترک سیگار مایو<sup>۱</sup> است. مشاوران از پروتکل‌های کلی ترک سیگار و پروتکل‌های ویژه جمعیت‌ها تبعیت می‌کنند، هر چند که همچنین می‌توانند با پزشکان کلینیک مایو و سایر مشاوران با توجه به موارد البته نه به طور مستقیم مورد خطاب پروتکل‌ها، مشورت کنند. پروتکل‌ها براساس اطلاعات بدست آمده از مطالعات تنظیم شده و موجود می‌باشند و در صورت لزوم، آموزش‌های اضافی نیز ارائه می‌گردد.

جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات تماس‌های تلفنی برای اطمینان کیفیت الزامی است. پایگاه داده‌های خط مشاوره تلفنی امکان استفاده و تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس ساعت، روز، هفته و ماه را فراهم می‌کند. به منظور اطمینان از اینکه سازمان، خدمات زمانمندی را فراهم می‌کند، استانداردهای عملکرد جمعی به شرح زیر می‌باشد:

- میزان آزادسازی هر تماس به میزان کمتر از ۵٪
- پاسخ به ۹۵٪ تماس‌ها طی ۳۰ ثانیه
- پاسخ به ۱۰۰٪ پیام‌ها طی یک روز کاری

<sup>۱</sup> خط مشاوره تلفنی کلینیک ترک سیگار مایو یک مداخله تلفنی ترک سیگار و محصولی از شرکت MMSI بوده که زیرشاخه‌ای از شرکت بهداشتی مایو و موسسه مایو می‌باشد.

- ارسال ۱۰۰٪ بسته‌های ترک طی ۴۸ ساعت
  - ارائه مشاوره‌های فوری برای ۵۰٪ از متقاضیان
- عملکرد مشاوران فردی نیز به منظور کیفیت بالینی به طور دوره‌ای ارزیابی می‌گردد. یک ابزار بازبینی جهت ارزیابی عملکردشان با یک مشتری به کار می‌رود و بیان می‌کند که آیا آنها:
- ارزیابی کاملی از مخاطب انجام داده‌اند.
  - اطلاعات کامل و درستی از محتوای جلسه، محرمانه بودن آن، انتخاب نوع درمان (شامل درمان‌های جایگزین نیکوتین و استفاده از سیستم‌های حمایتی) و عود مصرف بدست آورده‌اند.
  - قرار پیگیری بعدی را تایید کرده‌اند.
  - همه اطلاعات را به نحوی حرفه‌ای و غیرمغرضانه ارائه داده‌اند و از سوالات بی‌انتهای استفاده کرده‌اند و زبان آنها مناسب سطح درک مخاطب بوده است.
- همچنین خط مشاوره تلفنی رضایت و نتیجه داده‌ها را از طریق ارزیابی پیگیری تماس‌ها با نمونه‌ای از شرکت‌کنندگان برنامه بدست می‌آورد. برای اطمینان از اینکه اطلاعات توسط رابطه مشاور و مخاطب، مورد مصالحه قرار نگرفته، این تماس‌ها توسط نیروی کمکی هدایت می‌شوند. پرسنل مدیریت خط مشاوره تلفنی به منظور تشخیص فضاها جهت بهبود و گزارش از روند کار همسو با این اهداف، از اطلاعات استفاده می‌کنند. مدیر خط مشاوره تلفنی به عنوان رهبر یک گروه و یک کمیته بهبود دائمی، پیش از نهایی شدن گزارش، اطلاعات را بررسی می‌کنند. آمار و اعداد و ارقام مورد توجه قرار می‌گیرند و هر گونه پیچیدگی یا اطلاعات نامعین توسط پزشکان کلینیک مرکز ترک دخانیات مایو و هماهنگ‌کننده خط تلفنی شناسایی شده و مورد بازبینی قرار می‌گیرند.



**توصیه‌ها**

- اطمینان یابید که نظارت جامعی بر مشاوران حاکم است که هم مسائل بالینی (مانند آگاهی از فنون اصلاح رفتاری موثر) و همچنین مسائل مدیریتی (مانند کارایی و مفید بودن در مدیریت) را تحت نظر دارد.
- از پروتکل‌های مشاوره‌ای شاهدمحور استفاده کنید.
- موقعیت‌های رسمی و غیررسمی برای مشاوران فراهم آورید که بازخورد سازنده‌ای از همکارانشان دریافت کنند.
- نتایج و اطلاعات رضایتمندی جمع‌آوری شده توسط پرسنل ارزیابی با خود مشاوران بازبینی شود.
- یک برنامه بهبود کیفیت تهیه کرده و از آن پیروی کنید. برنامه‌ای که روند اطمینان از کیفیت استانداردها و قوانین پیگیری عملکرد برنامه را شرح دهد؛ یعنی چگونگی عملکرد، گزارش و تعبیر شود و اینکه چگونه کیفیت در طول زمان بهبود می‌یابد.



## فصل هفتم

# ارزیابی یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار

## مرور اجمالی

ارزیابی یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار سه نتیجه مهم دارد: (۱) اطلاعاتی فراهم می‌آورد که می‌تواند باعث بهبود خدمات گردد، (۲) یک فرایند مسئولیت‌پذیری یا جوابگویی برای پیمانکار به وجود می‌آورد، (۳) اطلاعاتی در زمینه کمیت، کیفیت و ارزش خدمات ارائه شده برای آژانس پیمانکاری فراهم می‌کند. ارزیابی می‌تواند شامل ارزیابی نیازها باشد که باعث می‌شود فعالیت‌های برنامه با نیازهای مربوطه هماهنگ شود. این امر عبارتست از روند ارزیابی و تهیه برنامه فعالیت‌ها به منظور درک آژانس سرمایه‌گذاری یا افراد بیرون از پروژه از آنچه انجام شده است. ارزیابی همچنین شامل تجزیه و تحلیل کارایی آن بوده و اطلاعات نهایی را نیز فراهم می‌کند که وجود خط مشاوره تلفنی را توجیه کرده و کارایی مداخلات خاص آن را اطلاع‌رسانی می‌نماید.

افزودن ارزیابی به فعالیت‌های مورد نیاز یک خط مشاوره تلفنی، قاعدتا بار کاری را افزایش می‌دهد اما بخش مهمی از این ارزیابی زمانی انجام می‌شود که خط مشاوره تلفنی خدماتش را ارائه دهد و برنامه نیز تمام سوابق را به دقت ثبت کند. به عنوان مثال، اکثر خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار برای تماس‌گیرندگان مواد کمک آموزشی ارسال می‌کنند. جهت دریافت این مواد، تماس‌گیرندگان باید آدرس پستی ارائه دهند که شامل کد پستی باشد. کدهای پستی نشانه خوبی برای درآمد خانواد است چرا که برای هر کد پستی پرونده‌های اجتماعی اقتصادی وجود دارد. بنابراین با ثبت اطلاعات جهت ارائه خدمات خوب امکان ارزیابی عملکرد برنامه با توجه به تنوع جمعیت از نظر اجتماعی اقتصادی وجود دارد. محتوا و شدت ارزیابی فعالیت‌ها، توسط اهداف خط مشاوره تلفنی تعیین می‌گردد که از یک ایالت تا ایالت دیگر نیز متفاوت می‌باشد. سوالات زیر، محتوای عمومی سولاتی است که به ارزیابی فعالیت‌های اکثر خطوط مشاوره تلفنی کمک می‌کند.

- هدف این خط مشاوره تلفنی ترک چیست؟
- این خط مشاوره تلفنی ترک به چه گروه‌هایی خدمات ارائه می‌دهد؟
- این خط مشاوره تلفنی ترک چه انواع و مقدراری از خدمات ارائه می‌دهد؟
- خدمات خط مشاوره تلفنی ترک چه اثراتی دارد؟
- مخاطبان خط مشاوره تلفنی ترک چه میزان از خدمات ارائه شده رضایت دارند؟
- خط مشاوره تلفنی ترک چه میزان در برنامه بزرگتر کنترل دخانیات سهیم است؟

علاوه بر آزمایش کردن این سوالات محتوایی، این فصل درباره مسائل منطقی سخن به میان می‌آورد که عبارتند از زمان‌بندی ارزیابی‌ها و اینکه چه کسی آنها را رهبری می‌کند.

### عناصر سازنده نقشه ارزیابی

#### هدف خط مشاوره تلفنی ترک

هدف یک خط مشاوره تلفنی ترک معمولاً توسط آژانس سرمایه‌گذار به هنگام صدور فرم درخواست پروپوزال تعیین می‌شود. هدف از ایجاد مشاوره تلفنی ترک عبارتست از افزایش توصیه‌های شاغلین گروه بهداشت، مورد هدف قرار دادن گروه‌های خاص مانند زنان سیگاری باردار، عمل کردن به عنوان منابع جهت ارائه توصیه برای ترک سیگار سریع و تریاژ کردن مخاطبان به برنامه‌های بهداشتی‌شان یا به برنامه‌های محلی یا ارائه خدمات جامع ترک به هر فردی که متقاضی آن است. متغیرهای منتخب برای ارزیابی خدمات یک خط مشاوره ترک باید با هدف خط مشاوره تلفنی ترک مرتبط باشد.

اکثر خطوط مشاوره ترک ایالتی موجود بدین منظور تاسیس شده‌اند که خدمات متنوعی را برای گروه‌های مختلف مخاطبان فراهم آورند که شامل ارسال اطلاعات خودآموز تا پیگیری مشاوره‌های تلفنی می‌باشند. در پشت این هدف کلی، معمولاً اهداف فرعی نیز وجود دارد که با اصطلاحات ملموسی قابل بیان می‌باشند و ترجیحاً دارای محک‌های از قبل تعیین شده‌ای هستند برای مقایسه عملکرد در طی زمان (به عنوان مثال، درصد مصرف‌کنندگان دخانیات با سابقه اقلیت‌های نژادی که از خط مشاوره تلفنی خدمات گرفته‌اند). این اهداف فرعی نیز باید در مراحل اولیه پروژه تعیین گردند.

اغلب خطوط مشاوره تلفنی ترک در ارتباط با تبلیغات رسانه‌ای ضد دخانی نیز به کار می‌روند، با این فرض که هر دو این فعالیت‌ها یکدیگر را حمایت می‌کنند. در چنین حالتی، ارزیابی باید در نظر گیرد که خط مشاوره تلفنی چگونه و تا چه حد اهداف تبلیغات رسانه‌ای را حمایت می‌کند (به عنوان مثال مورد توجه واقع شدن برای اختلافات جغرافیایی در مصرف دخانیات و دسترسی به درمان موثر).

اطلاعات ارزیابی همچنین اشاره دارد به نیازی برای اصلاح اهداف خط مشاوره تلفنی. به عنوان مثال، خط مشاوره تلفنی که ویژه خدمات‌رسانی به نوجوانان سیگاری است و این گروه سنی را از طریق تبلیغات مورد هدف قرار می‌دهد ممکن است تماس‌های بسیاری نیز از سوی بزرگسالان حتی بیشتر از نوجوانان دریافت کند. آژانس طرف قرارداد نیز به این

اطلاعات نیاز دارد تا تصمیم آگاهانه‌ای گیرد در مورد اینکه آیا اهداف اصلی طرح را اصلاح کند یا خیر.

#### جمعیت‌های مورد هدف

اصلی‌ترین ارزیابی یک خط مشاوره تلفنی ترک، کاربرانش را کاملاً وصف می‌کند. این وصف شامل اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس و قومیت است. یک ارزیابی پایه همچنین سایر اطلاعات مربوطه را نیز ارزیابی می‌کند مانند سطح مصرف دخانیات، سابقه ترک، تمایل به ترک، مواجهه با دود تحمیلی دخانیات و محدودیت استعمال دخانیات در محل سکونت. از آنجایی که اطلاعات درباره این متغیرها نیز به اندازه اهداف ارزیابی برای مداخلات بالینی مفید است، لازم است به هنگام برقراری اولین تماس مصرف‌کننده دخانیات این اطلاعات به عنوان بخشی از روند کاری جمع‌آوری شود.

بهتر است آن دسته از مصرف‌کنندگان دخانی که با خط مشاوره تلفنی ترک تماس می‌گیرند را با آنهایی که در جمعیت عمومی قرار دارند مقایسه کرد. این امر مشخص می‌سازد تاثیر خط مشاوره تلفنی ترک چقدر بوده و اینکه آگهی‌های تبلیغاتی چه تاثیری بر گروه‌های مورد هدف داشته‌اند. به عنوان مثال، اگر ۲۰٪ مصرف‌کنندگان دخانی یک ایالت افراد لاتین هستند، در صورت دریافت ۲۰٪ یا بیشتر از تماس‌های تلفنی از این گروه افراد می‌توان نتیجه گرفت که پس خط مشاوره تلفنی ترک عملکرد خوبی داشته است. اما اگر درصد تماس‌های دریافتی این گروه کمتر از درصد مصرف‌کنندگان دخانی آن ایالت باشد، نتیجه می‌شود به کارگیری یک راهکار تبلیغاتی متمرکزتر الزامی است. چنین اطلاعاتی برای تصمیم‌گیری آگاهانه درباره بهترین نتیجه‌گیری در مورد اولویت‌های جمعیتی ایالت ضروری می‌باشد. با در نظر داشتن این موضوع بهتر است از مخاطبان در اولین تماسشان سوال شود که آنها درباره این خط مشاوره تلفنی ترک چه چیزهایی شنیده‌اند.

برای یک خط مشاوره تلفنی جدید، مقایسه اطلاعات آن با اطلاعات سایر خطوط مشاوره تلفنی مشابه می‌تواند مفید باشد. به عنوان مثال، اگر یک خط مشاوره تلفنی با هدف مشخص خدمات‌رسانی به افراد سیگاری سالمند به این نتیجه برسد که افراد کمتری نسبت به انتظارشان با آنها تماس گرفته، آنگاه بهتر است اطلاعات آن خط را با اطلاعات سایر خطوط مشاوره ترک مشابه مقایسه نمود. استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده از تعداد زیادی ایالت، تخمین واقع‌بینانه‌ای می‌زند از میزان افراد سیگاری سالمندی که از یک خط مشاوره

تلفنی ترک استفاده می‌کنند یا راهکارهای تبلیغاتی مشخص را نشان می‌دهد که در جذب این گروه موفق عمل کرده‌اند.

#### *انواع و تعداد خدمات فراهم شده*

پس از تعیین اطلاعات پایه افراد مخاطب، مرحله بعدی عبارت است از انجام یک روند ارزیابی از خدمات فراهم شده، جدیت هر نوع خدمات و درصد مخاطبانی که هر گونه خدمات دریافت می‌کنند. این نکته حائز اهمیت است که فرایند ارزیابی با توضیح اصطلاحات آغاز شود. به عنوان مثال یک تماس تلفنی در یک خط مشاوره تلفنی ترک به چه معناست؟ آیا تماسی که نیمه‌کاره قطع شود به عنوان یک تماس واقعی یا کامل محسوب می‌شود؟ آیا دسترسی به هر پیام ضبط شده نیز به عنوان یک تماس مجزا محسوب می‌شود؟ چه چیزی به عنوان یک مشاوره محسوب می‌شود؟ آیا مخاطبانی که سوالات خاصی درباره ترک دارند اما خودشان را معرفی نمی‌کنند نیز مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟ آیا حداقل زمان پیش از شروع مکالمه نیز به عنوان مشاوره محسوب می‌شود؟ یک پروتکل مشاوره چندگانه شامل چند جلسه است؟ همه این اصطلاحات و سوالات باید به دقت شرح داده شوند.

خطوط مشاوره تلفنی تاسیس شده به طور کلی یک سری خدمات ارائه می‌دهند و این فرصت را برای مخاطبان فراهم می‌کنند که خودشان انتخاب کنند به چه خدماتی نیازمندند. پایش استفاده از خدمات مختلف خطوط مشاوره تلفنی ترک، اطلاعات مهمی برای تصمیم‌گیری در خدمات‌رسانی فراهم می‌آورد. برای مثال، مشاوره، مشکل‌ترین فعالیت در خدمات خطوط مشاوره تلفنی ترک است، بنابراین تعداد مخاطبانی که این خدمات را برمی‌گزینند به طور چشمگیری بر هزینه عملکرد خط مشاوره تلفنی تاثیر می‌گذارد. علاوه بر این، تعداد افراد سیگاری که یک سرویس خاص را انتخاب می‌کنند در خطوط مشاوره تلفنی متخلف کاملاً متفاوت است. خطوط مشاوره تلفنی ترک نیویورک و Wisconsin به مخاطبان این امکان را می‌دهند که با یک مشاور آموزش‌دیده صحبت کنند، نام و آدرس خود را بیان کنند تا بسته‌های کمک‌آموزشی دریافت کنند یا به پیام‌های ضبط شده گوش فرا دهند. در نیویورک تقریباً یک سوم مخاطبان یکی از این خدمات را انتخاب می‌کنند. اما در Wisconsin بیش از ۷۵٪ مخاطبان علاوه بر دریافت بسته‌های ارسالی، خدمات مشاوره را نیز انتخاب می‌کنند (McAfee 2002).

علاوه بر استفاده از مدارک مکتوب خدمات‌رسانی، یک ارزیابی می‌تواند عواملی را بررسی کند

که در انتخاب یک سرویس از سوی مخاطب موثر است. تعداد اندکی از مخاطبانی که برای نخستین بار با خط مشاوره تماس می‌گیرند، به ویژه آنهایی که با دیدن آگهی‌های تبلیغاتی رسانه‌ای این کار را انجام داده‌اند، کاملاً می‌دانند که این خدمات چه هستند یا اینکه مشاوره تلفنی گرفتن به چه معناست. از این رو، انتخاب نوع سرویس آنها تحت تاثیر نحوه ارائه منوی خدمات خط مشاوره تلفنی است. عوامل دیگر مانند ساعات کاری مشاوران و میزان مشاوره‌ها نیز در انتخاب خدمات مخاطبان موثر است.

درک عوامل موثر در انتخاب سرویس از سوی مخاطب (براساس نتایج ارزیابی) به آژانس طرف قرارداد و موسس آن کمک می‌کند که بار کاری خط مشاوره تلفنی ترک را برنامه‌ریزی و مدیریت کند (مثلاً با کنترل تعداد مخاطبان خواهان مشاوره یا با ارتقا قابلیت خط مشاوره در سوق دادن افراد سیگاری به سوی یک درمان جدی‌تر). مدیریت موثر بار کاری به حفظ کیفیت بالا و مصرف بهینه منابع به ویژه به هنگام دریافت سیل عظیمی از تماس‌های تلفنی پیش‌بینی شده کمک می‌کند.

### اثرات خدمات

یکی از مراحل مهم در ارزیابی خطوط مشاوره تلفنی ترک عبارت است از تعیین تعداد مخاطبانی که با استفاده از آن خط تلفنی واقعا مصرف دخانیات را ترک کرده‌اند. نتیجه اطلاعات کمک می‌کند که تلاش‌های این برنامه را توجیه نموده و به اطلاع می‌رساند که آیا این مداخلات واقعا موثر بوده‌اند یا خیر.

در اینجا نیز شرح دادن مراحل و اصطلاحات حائز اهمیت است، به ویژه شرح آنچه به عنوان «ترک» محسوب می‌شود. توضیحات بسیاری در متون علمی مختلف برای این اصطلاح آمده است که عبارتند از عدم مصرف برای حداقل یک روز (در یک نقطه زمانی در پیگیری فرد) تا حداقل ۱۲ ماه (Veliar et al. 1992, Hughes et al. 2003). انجمن تحقیقات نیکوتین و دخانیات اخیرا مقاله‌ای به چاپ رسانده است درباره بررسی میزان ترک موفق در مداخلات آزمایشی (Hughes et al. 2003). این مقاله عدم مصرف را طی ۶ یا ۱۲ ماه مداوم مداخله بالینی به همراه سایر دوره‌های ترک به عنوان ارزیابی ثانویه (مثلا عدم مصرف به مدت ۷ یا ۳۰ روز در پیگیری ۶ یا ۱۲ ماهه) بررسی می‌کند.

میزان ترک کامل کاملاً بستگی دارد به اینکه چه مقیاس یا ارزیابی برای شرح یک ترک موفق صورت گرفته است. خطوط مشاوره تلفنی که آن را سخت‌گیرانه‌تر وصف می‌کنند مثلا



به معنی ترک مداوم ۱۲ ماهه در نظر دارند، میزان ترک کامل نیز در آنها کمتر است از خطوطی که تعریفشان از ترک آسان تر است مثلاً ۷ روز است (تعداد شرکت کنندگانی که در پیگیری‌ها به مدت ۷ روز سیگار نکشیده‌اند). مطالعات چاپ شده در این زمینه نیز اغلب، ترک را مشابه یکدیگر شرح نداده‌اند، اما نکته حائز اهمیت این است که هر دو صنعت حداقل باید در متن خود یک دست و یکسان باشد. هنگامی که سنجش یک ترک موفق صورت می‌گیرد، ساده‌ترین رویکرد این است که درصد مخاطبانی را محاسبه کند که در یک نقطه زمانی مشخص ترک کرده‌اند (مثلاً ۶ ماه پس از اولین تماس تلفنی). این امر یک ایده کلی از میزان موفقیت در ترک مخاطبان فراهم می‌آورد.

محدودیت استفاده از چنین رویکرد ساده‌ای برای نتایج ارزیابی این است که نمی‌تواند تعیین کند چه درصدی از آمار ترک ناشی از کمک گرفتن از خط مشاوره تلفنی ترک است و چه درصدی بدون استفاده از این مداخله است. جهت تعیین درصد آمار ترک ناشی از خدمات مشاوره خط تلفنی ترک انجام یک مطالعه تصادفی کنترل شده الزامی است، اما امتناع از ارائه خدمات به اعضای گروه کنترل شده برای اهداف ارزیابی یک بخش نامطلوب در خدمات است.

در تنظیمات برخی خدمات، روشی وجود دارد جهت جداسازی اثرات مشاوره خط تلفنی ترک از آمار کلی ترک بدون امتناع از ارائه خدمات به گروهی از مخاطبان (Zhu et al. 2002). اما اکثر خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار می‌توانند تنها یک آمار ترک ساده بدون مقایسه با یک گروه کنترل بدست آورند. در چنین مواردی، مجلات ویژه‌ای وجود دارد که گزارش ارزیابی باید درک خوانندگان را از آمار ترک گزارش شده مشخص سازد (در ادامه متن آمده است).

#### آمار ترک گزارش شده

میزان آمار ترک براساس چگونگی محاسبه آن کاملاً متغیر است. در صورت عدم وجود یک گروه کنترل شده تصادفی برای مقایسه، یک گزارش ارزیابی باید در نشریه‌های خاصی بیاید که نتایج به درستی قابل بررسی باشد. همچنین گزارش باید:

- لیستی از مخاطبان تهیه کنید که چگونه برای حجم نمونه ارزیابی انتخاب شدند، زیرا آمار ترک کاملاً می‌تواند تغییر کند براساس اینکه چه افرادی از دریافت این خدمات محروم بوده‌اند.
- در نمونه ارزیابی همه ویژگی‌های مخاطب را که می‌تواند در موفقیت یا عدم موفقیت او در

- ترک موثر باشد شرح دهید مثلا تعداد سیگارهای مصرفی و انگیزه ترک وی.
- در یک حجم نمونه از کل شرکت‌کنندگانی که مایل به دریافت مشاوره بودند یک آمار ترک مداوم طولانی مدت تهیه کنید بدین ترتیب که تعداد شرکت‌کنندگانی که اعلام کرده‌اند طی زمان قید شده (مثلا ۶ یا ۱۲ ماه) دخانیات مصرف نکرده‌اند را تقسیم بر تعداد افرادی کنید که به مرحله پیگیری رسیده‌اند.
  - آمار تماس‌ها را برای حجم نمونه ارزیابی تعیین کنید زیرا آمار افرادی که در پیگیری‌ها وارد نشده نیز می‌تواند بر آمار ترک تاثیر گذارد.
  - یک تجزیه و تحلیل اضافی تهیه کنید با این فرض که افرادی که از پیگیری‌ها جا افتاده‌اند هنوز دخانیات مصرف می‌کنند (یعنی تعداد شرکت‌کنندگانی که اعلام می‌کنند طی مدت قید شده دخانیات مصرف نکرده‌اند بر تعداد افرادی که برای حجم نمونه ارزیابی انتخاب شده‌اند تقسیم شود) بدون توجه به اینکه آیا کاملا و با موفقیت مورد پیگیری قرار گرفته‌اند. عدم رعایت موارد فوق هنگامی که هیچ گروه کنترلی وجود ندارد شدیداً مانع از قضاوت درست خواننده نسبت به آمار ترک گزارش شده می‌گردد.

#### رضایتمندی مخاطب

یک نتیجه مهم دیگر، رضایتمندی مخاطبان است. اطلاعات مربوط به میزان رضایتمندی مخاطبان از خدمات ارائه شده، بخشی از سوابق عمومی بوده و اغلب در سیاست‌گذاری و تصمیمات سرمایه‌گذاری نقش مهمی به عهده دارد. همچنین محصول پایش مداوم بر رضایتمندی کاربر، اطلاعاتی است که برای بهبود خدمات مفید است، بنابراین در آینده نیز کاربران رضایتمندی بیشتری خواهند داشت.

یک روش ساده برای بدست آوردن اطلاعات مربوط به رضایتمندی عبارت است از انجام یک مطالعه تصادفی بر روی افراد سیگاری که یکی از خدمات خط مشاوره تلفنی ترک سیگار را دریافت می‌کنند (این خدمات شامل مواد کمک آموزشی، پیام‌های ضبط شده، مشاوره فردی و ... می‌باشد). این مطالعات می‌توانند شامل سوالات باز بوده که طراحی شده‌اند برای استخراج ایده‌هایی جزئی‌تر، از جمله «تجربه شما به هنگام برقراری اولین تماس با خط مشاوره تلفنی چه بود؟»، «آیا او اطلاعاتی درباره چگونگی ترک سیگار داشت، است؟»، «آیا کار دیگری هست که خط مشاوره تلفنی ترک باید انجام دهد؟»

روشی دیگر برای پایش رضایتمندی مخاطب، مطالعه بر روی شکایات مخاطبان از خط مشاوره تلفنی ترک است. گر چه همه شکایات برحق نیستند (مثلا یک فرد سیگاری ممکن است شکایت داشته باشد که مشاورش با او تماس نگرفته است، در حالی که در واقع مشاور با او تماس گرفته ولی فرد سیگاری سر ساعت قرار مشاوره حاضر نشده)، ولی برخی از مخاطبان تجربه رضایتمندی کمتری خواهند داشت. از آنجایی که همه مخاطبان ناراضی، شکایاتشان را اظهار می‌کنند، لذا توجه ویژه به هر شکایت دریافتی می‌تواند مانع از نشر ناراضی‌های پنهان در برنامه گردد.

#### *نقش خط مشاوره تلفنی ترک در برنامه‌های کنترل دخانیات*

تاکنون، بحث درباره ارزیابی بر روی نقش خط مشاوره تلفنی ترک در ارائه خدمات بالینی متمرکز بوده است. اما یک خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی معمولاً نقش به‌سزایی در برنامه‌های کنترل دخانیات بزرگتر ایفا می‌کند، بنابراین این امر نیز مهم است که سهم مشارکت این خط مشاوره تلفنی در کاهش کلی مصرف دخانیات ارزیابی شود. تعیین دقیق کمی سهم یک بخش از یک برنامه بزرگ کنترل دخانیات کار دشواری است زیرا این برنامه‌ها با نیت ادغام بخش‌های مختلف به منظور اشتراک مساعی صورت می‌گیرد (Fishbein et al. 2000). اما ملاحظات بسیاری وجود دارد که در ارزیابی تاثیر خط مشاوره تلفنی ترک بر افراد موثر است.

اولین ملاحظه، تاثیر مستقیم خط مشاوره تلفنی ترک است. تاثیر کلی مستقیم یک خط تلفنی بر مصرف‌کنندگان محصولات دخانی، تولید تعداد بیشتر افراد تماس‌گیرنده و کارایی خدمات است. اگر یک خط مشاوره تلفنی ترک کارا بودنش را حفظ کند بدون در نظر داشتن تعداد تماس‌ها، آنگاه تاثیر خط مشاوره تلفنی ترک بر جامعه با درصد تماس‌گیرندگان سیگاری ارتباط مستقیم خواهد داشت.

اکثر خطوط تلفنی مشاوره ترک ایالتی در حال حاضر به یک تا پنج درصد جمعیت کلی مصرف‌کنندگان دخانی ایالتشان در هر سال می‌رسد. این حقیقت رسیدن آنها بیش از این رقم نیست به طور کلی به دلیل موانع مالی است که باعث می‌شود خطوط مشاوره تلفنی ترک، خدمات تبلیغات و یا هر دو مورد را محدود سازند. افزایش بودجه سرمایه‌گذاری، درصد رسیدن به آمار ذکر شده افراد سیگاری را نیز بالا می‌برد که در عوض تاثیر مستقیم کلی خط مشاوره تلفنی را نیز افزایش می‌دهد. اما بدون افزایش بودجه، هر افزایش مادی در تعداد

تماس‌ها نیازمند تلاش جهت متعادل‌سازی تاثیر خدمات است با ظرفیت خط مشاوره تلفنی که تماس‌های افزایش یافته را پاسخ می‌دهند. برای افزایش ظرفیت پاسخگویی خط مشاوره تلفنی ترک بدون متحمل شدن هزینه بیشتر نیز شدت درمان برای هر فرد سیگاری لازم است کاهش یابد که ممکن است منجر شود به تاثیرگذاری کمتر بر هر تماس گیرنده. با این حال، یک پروتکل مداخله کم تاثیرتر که تعداد مخاطبان بیشتری را پاسخگو است می‌تواند مقرون به صرفه‌تر از یک پروتکل موثرتر باشد که پاسخگوی مخاطبان کمتری است. همچنین ارزیابی دقیقی لازم است تا نقطه تعادل را در جایی مستقر کند که باعث شود خط مشاوره تلفنی بیشترین تاثیر مستقیم را با یک مقدار سرمایه مشخص بر جا گذارد.

مورد دوم قابل ملاحظه هنگامی است که ارزیابی تاثیر جمعیتی خط مشاوره تلفنی ترک صورت می‌گیرد یعنی هنگامی که میزان پاسخگویی واقعی یک خط مشاوره تلفنی ترک بیشتر از تعداد مصرف‌کنندگان دخانیاتی است که تماس می‌گیرند. یعنی افراد سیگاری بیشتری تبلیغات رسانه‌ای را دریافت می‌کنند و با خط مشاوره تلفنی تماس می‌گیرند. در یک مطالعه کنترل شده تنها در حدود یک سوم افراد سیگاری که از خط مشاوره تلفنی مطلع بودند به طور واقعی با آن تماس گرفتند (Ossip-Klein et al. 1991). اما میزان آمار ترک کلی در بین گروه مطلع از خط مشاوره تلفنی بیش از گروه بی‌خبر از این خدمات بود که این امر نشان می‌دهد آگاهی از خط مشاوره تلفنی حتی بر افراد سیگاری که تماس نگرفتند نیز تاثیر داشته است. بنابراین برای آزمایش چنین تاثیرات غیرمستقیمی انجام مطالعات بیشتری الزامی می‌باشد.

مورد سوم قابل ملاحظه تشریک مساعی بالقوه بین خطوط مشاوره تلفنی دولتی و سایر بخش‌های برنامه‌های جامع کنترل دخانیات است. در هر رویکرد جامع، امید بر این است که تاثیر ادغام بیشتر از مجموع تاثیرات تک‌تک برنامه‌هاست. یک نوع فرضیه تشریک مساعی عبارت است از اینکه قابل دسترس بودن یک خط مشاوره تلفنی؛ تاثیر یک تبلیغ رسانه‌ای ضد دخانی بر شیوع مصرف دخانیات را نیز افزایش می‌دهد. یعنی اگر مبالغه صرف شده بر خط مشاوره تلفنی بر گسترش تبلیغات رسانه‌ای صرف می‌شد، تاثیر کلی بر شیوع مصرف نیز کمتر می‌شد. اگر چه هیچ مطالعه‌ای این فرضیه را آزمایش نکرده است، اما لازم به ذکر است ایالاتی که کاهش شدید مصرف دخانیات داشتند (کالیفرنیا، ماساچوست، آریزونا و آریگان) همگی برای برنامه‌های جامع کنترل دخانیات سرمایه‌گذاری کرده بودند که این

برنامه‌ها نیز شامل خطوط مشاوره تلفنی ترک و تبلیغات گسترده رسانه‌ای می‌شد (Farrelly 2003).

## موارد منطقی

### زمان‌بندی

زمان‌بندی یک فعالیت ارزیابی باید با هدفش و انواع اطلاعات جمع‌آوری شده تعیین گردد. چنانچه پیشتر نیز اشاره شد، ارزیابی می‌تواند به محض برقراری اولین تماس با مخاطب صورت گیرد، یعنی هنگامی که آنها اطلاعات مربوط به خود را به منظور دریافت خدمات، ارائه می‌دهند. علاوه بر اطلاعات دموگرافیک اصلی، سایر مثال‌های اطلاعات لازم به جمع‌آوری عبارت است از مصرف روزانه (یا هفتگی) دخانیات و زمان اولین سیگار مصرفی پس از بیداری در صبح که هر دو از عوامل وابستگی به نیکوتین هستند. معمولاً بهتر است تا جایی که ممکن است همه اطلاعات لازم را در اولین تماس بدست آورد که با ارائه خدمات مداخله نداشته باشد. این امر به طور ویژه برای متغیرهایی حائز اهمیت است که به مرور زمان تغییر می‌کنند (مانند اعتماد به نفس مخاطب در توانایی‌اش برای ترک سیگار) بنابراین اطلاعات پایه برای مقایسه‌های بعدی در دسترس می‌باشد.

احتمالاً بهتر است کمی بعد از ارائه خدمات یک ارزیابی ساده از رضایتمندی کاربران صورت گیرد. اما به هنگام انجام یک ارزیابی رسمی از آمار ترک، این امر مهم است که اطمینان حاصل کنیم از اینکه شرکت‌کنندگان تماس‌های تلفنی ارزیابی را با تماس‌های مشاوره‌ای اشتباه نگیرند. لذا برای رسیدن به این هدف، لازم است یک «وقفه» حداقل یک ماهه بین آخرین تماس در پروتکل مشاوره و اولین تماس در پروتکل ارزیابی لحاظ شود. برای بدست آوردن اطلاعات صحیح درباره عود مصرف، تلاش‌های مجدد جهت ترک، تغییر در محیط اجتماعی و غیره) برقراری تماس‌های مجدد جهت ارزیابی الزامی است.

پس از ارائه کامل خدمات، جمع‌آوری اطلاعات توسط یک گروه ارزیابی بی‌طرف برای ارزیابی خط مشاوره تلفنی ترک الزامی است، سوالات بسیاری را می‌توان با توضیح آسان جمعیت خط مشاوره تلفنی و استفاده از خدمات پاسخ داد، چنانچه پیش از این نیز شرح داده شد. در حال ارائه خدمات نیز اطلاعات زیادی می‌توان جمع‌آوری کرد. بدین منظور اهمیت مدیریت دقیق اطلاعات نباید اغراق‌آمیز باشد. ایالات باید مشخص سازند که از ارزیابی اولیه چه چیزی می‌خواهند بدانند و باید با ارزشیاب مستقل خود (اگر چنین فردی را دارند) و پرسنل

مدیریت خط مشاوره تلفنی ترک کار کنند تا اطمینان حاصل نمایند که پایگاه داده‌ها در مراحل اولیه این فرایند آماده شده و شامل همه متغیرهایی است که برای ارزیابی الزامی است و تجزیه و تحلیل آینده را تسهیل می‌بخشد.

اگر چه بهتر است که ارزیابی از ابتدا صورت گیرد و در طول برنامه نیز ادامه یابد، اما نه مقرون به صرفه و نه ضروری است که همه شرکت‌کنندگان را ارزیابی کرد. اکثر خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالتی به هزاران نفر خدمات ارائه می‌دهند. در چنین مواردی الزامی است تنها یک تعداد نمونه از شرکت‌کنندگان را به صورت تصادفی ارزیابی کرد. فقط اگر یک خط مشاوره تلفنی به تعداد اندکی از مخاطبان خدمات ارائه می‌داد، ارزیابی همه شرکت‌کنندگان می‌تواند صورت گیرد.

#### *ارزیابی انتخاب پرسنل*

یک باور کلی معتقد است که تنها افراد خارج از یک پروژه می‌توانند ارزشیاب‌های بی‌طرفی باشند. برخی از آژانس‌های سرمایه‌گذاری ایالتی ترجیح می‌دهند ارزشیابی‌هایشان را توسط افرادی انجام دهند یا حداقل تحت نظر افرادی باشند که بخشی از پرسنل خط مشاوره تلفنی ترک نیستند. اما ارزشیابی‌های ارزشمندی نیز می‌تواند با وجود پرسنل همان پروژه صورت گیرد. پژوهشگران مداخله (و پژوهشگران پزشکی) به طور عادی اثرات درمان‌هایی را که طراحی کرده‌اند ارزیابی می‌کنند و همچنین دستورالعمل‌های اخلاقی وجود دارد که بر این اقدام علمی حاکم باشد. اما اگر یک پیمانکار خط مشاوره تلفنی ترک، مداخله خود را ارزیابی می‌کند، لازم است که حداقل ارزیابی پرسنل جدا از پرسنل مداخله‌گر باشد. علت این امر این است که حتی اگر پرسنل مداخله در طول ارزشیابی بی‌طرف باشند، شرکت‌کنندگان برنامه ممکن است به طور مغرضانه پاسخ‌های مطلوب جامع ارائه دهند، اگر فرد ارزشیاب میزان موفقیت آنها همان فردی باشد که خدمات را ارائه می‌دهد.

یکی از مزایای انجام ارزیابی پیگیری تماس‌ها به ویژه مواردی که به منظور بهبود خدمات خط مشاوره تلفنی ترک است عبارت است از اینکه پرسنل ارزیابی بتوانند رابطه کاری نزدیکی با پرسنل مداخله داشته باشند تا موارد حائز اهمیت را شناسایی کنند و پرسشنامه‌هایی طراحی کنند که این موارد را به سرعت پاسخگو باشند. ارزیابی تنها یک روند غیرفعال حسابرسی نیست برای آنچه روی داده است بلکه یک روند فعال تحقیقاتی است که

باعث می‌شود یک خط مشاوره تلفنی ترک به طور دائم خلاق باشد، راهکارهای جدید برای کمک به افراد سیگاری پیدا کند و خدماتش را به مناطق جدید گسترش دهد.

### توصیه‌ها

- ارزیابی را یک جزء انفکاک‌ناپذیر فعالیت‌های خط مشاوره تلفنی ترک قرار دهید، چرا که هم برنامه را جوابگو می‌سازد و هم باعث پیشرفت خدمات می‌گردد.
- ارزیابی را از ابتدای کار وارد برنامه کنید با شمرده بیان کردن اهداف کلی و اهداف جزئی خط مشاوره تلفنی، تعیین نشان‌های اصلی و تصمیم‌گیری بر اطلاعات ضروری که باید جمع‌آوری شوند.
- پرسنل خط مشاوره تلفنی ترک باید سوابق دقیق را حفظ کنند که با انجام این کار بخش عمده‌ای از ارزیابی نیز انجام می‌شود.
- در ارزیابی یک خط تلفنی مشاوره ترک سیگار موارد زیر آزمایش گردد: تا چه میزان به جمعیت مورد هدفش رسیده است، انواع و تعدد خدمات ارائه شده، اثرات خدمات، رضایتمندی مخاطب و سهم آن در یک برنامه کنترل دخانیات جامع و وسیع‌تر.
- به هنگام گزارش نتایج موارد زیر را فراهم کنید: شرح جزئیات روند انتخاب حجم نمونه شرکت‌کنندگان مورد ارزیابی، همچنین میزان تماس برای پیگیری‌ها، میزان آمار ترک دائم طولانی مدت برای افرادی که مورد پیگیری قرار گرفتند و یک تجزیه و تحلیل اضافی با این فرض که همه افرادی که پیگیری‌ها را از دست دادند همواره دخانیات مصرف می‌کنند.
- مشخص سازید که آیا افرادی که نتوانستند مورد پیگیری قرار گیرند از تجزیه و تحلیل حذف شده‌اند.
- به هنگام استفاده از توضیحات و معیارهای لازم برای رفتار ترک سیگار همواره منسجم و یکپارچه عمل کنید.





## فصل هشتم

# هزینه‌های مرتبط با فعالیت یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار

## مرور اجمالی

چنانچه پیشتر نیز اشاره شد، اکثر خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار به عنوان خدمات بالینی مستقل و مجزایی عمل نکرده، بلکه بخشی از یک برنامه جامع کنترل دخانیات می‌باشند. بنابراین هزینه‌های تخمینی برای یک خط مشاوره تلفنی ترک تا حدی بستگی دارد به نقشی که قرار است در آن برنامه بزرگتر ایفا کند. به عنوان مثال آیا طراحی شده است که پیام‌های ترک تبلیغات رسانه‌های گروهی را با ارائه خدمات ارزان به تعداد کثیری از مخاطبان افزایش دهد؟ یا آیا قرار است مشاوره‌های جامع و جدی‌تری را به تعداد مخاطبان کمتری ارائه دهد؟ آیا هدفش این است درمان جامعی را به هر فرد سیگاری ارائه دهد که نیازمند کمک است یا شبکه امنی باشد برای افرادی که قادر نیستند به سیستم مراقبت‌های بهداشتی دسترسی داشته باشند؟ پاسخ به این گونه سوالات نیازمند محاسبه هزینه‌های آنهاست زیرا این امر باعث می‌شود ساختار خدمات خط مشاوره تلفنی ترک را که بر هزینه‌ها نیز تاثیر می‌گذارد به درستی تعیین سازد.

این فصل هزینه‌های خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار را از دو منظر مورد بررسی قرار می‌دهد. منظر اول متمرکز می‌شود بر ساختار داخلی یک بودجه خط تلفنی مشاوره ترک یعنی درصدی از سرمایه که اختصاص داده شده به فعالیت‌های مهم و متنوع درون سازمانی. منظر دوم نیز هزینه‌های یک خط تلفنی مشاوره ترک را بررسی می‌کند که مرتبط است با هزینه‌های سایر فعالیت‌های درون برنامه جامع کنترل دخانیات.

## تخمین هزینه‌های سالانه توسط فعالیت‌های اصلی

یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار به طور کلی سه فعالیت عمده دارد:

- دریافت تماس‌ها (پاسخ به تماس‌های تلفنی حاصل از شرکت‌کنندگان جدید برنامه و ارسال مواد کمک آموزشی).
- مشاوره
- ارزیابی

علاوه بر موارد فوق، فعالیت‌های حمایت‌گرانه مهم دیگری نیز وجود دارد. یکی از این موارد هماهنگی با فعالیت‌های تبلیغاتی است (از آنجایی که تبلیغات رسانه‌های گروهی به طور کلی توسط یک آژانس جداگانه انجام می‌گیرد، یک بودجه رسانه‌ای جداگانه باید در نظر گرفته

شود). فعالیتهای دیگر شامل فراهم کردن حمایت‌های کلی نظارتی برای پروژه است که موارد زیر را شامل می‌شود: پشتیبانی برای تلفن، پایگاه داده و تسهیلات محاسباتی، مدیریت خدمات پاک‌سازی و آموزش‌دهی.

اکثر ایالات می‌توانند انتظار داشته باشند بین ۶۵ تا ۸۰ درصد بودجه‌های فعالیتی‌شان را صرف پاسخگویی به تماس‌ها و ارائه مشاوره کنند. اگر هدف اولیه یک خط تلفنی مشاوره جدید ارائه مشاوره جامع proactive است (که اکثر خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالات متحده از این الگو پیروی می‌کنند)، مرحله پاسخگویی به تماس‌ها در حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد بودجه را به خود اختصاص می‌دهد؛ مشاوره در حدود ۵۵ الی ۶۵ درصد و ارزیابی در حدود ۱۰ درصد بودجه است. باقیمانده بودجه صرف آموزش پرسنل، گسترش و بهبود مواد کمک‌آموزشی و فعالیتهای تبلیغاتی درون خط مشاوره تلفنی می‌گردد (با این فرض که اکثریت تبلیغات رسانه‌ای توسط یک سازمان مجزا انجام می‌شود). هزینه‌های فراهم کردن حمایت‌های اداری و فنی در هر گروه شامل می‌شود.

به عبارت دیگر اگر نخستین هدف یک خط مشاوره تلفنی ترک سیگار فراهم کردن مشاوره تلفنی reactive به طور مختصر به تعداد زیادی مخاطب است که این خط بین مرحله پاسخگویی به تماس‌ها و ارائه مشاوره برای مخاطبان فراهم می‌کند. اما سهم کلی بودجه که به هر دو فعالیت فوق اختصاص دارد احتمالاً بین ۶۵ تا ۸۰ درصد باقی می‌ماند و کمی با یک خط تلفنی ترک که تحت الگوی proactive مشاوره می‌دهد نیز تفاوت دارد.

بسیاری از ایالات در حدود ۱۰٪ بودجه خط مشاوره تلفنی ترکشان را به ارزیابی اختصاص داده‌اند. چنانچه در فصل هفتم نیز بحث شد، ارزیابی برای سلامت کلی برنامه الزامی است و بودجه این فعالیت باید به عنوان بخش اصلی بودجه یک خط تلفنی ترک در نظر گرفته شود. در تصویرسازی حوزه ارزیابی، بهتر است پیش‌بینی شود که اگر ادامه فعالیت خط مشاوره تلفنی ترک لازم به توصیه باشد چه اطلاعاتی لازم است.

سوالی که اغلب با توجه به محاسبه هزینه خط مشاوره تلفنی ترک مطرح می‌شود این است که هزینه مشاوره با یک فرد سیگاری چقدر است (McAlister et al. 2004). پاسخ این سوال به عوامل متعددی بستگی دارد که عبارتند از هزینه زندگی در محیطی که خط مشاوره تلفنی واقع شده، سابقه تحصیلی پرسنل ارائه دهنده خدمات، ارائه یا عدم ارائه دارو و کارایی خدمات. اما متغیر اصلی عبارت است از جامعیت نسبی مشاوره فراهم شده.

هیچ محاسبه کاربردی کلی از هزینه مشاوره هر فرد وجود ندارد زیرا پروتکل‌های مشاوره خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار موجود از نظر طول مدت و فشردگی کاملاً متفاوت می‌باشند. برای پروتکل‌های مشاوره proactive که معمولاً هدفشان برقراری ۴ تا ۶ تماس برای هر فرد است، هزینه کلی مشاوره هر فرد بین ۱۷۵ تا ۲۳۰ دلار می‌شود. اگر چه این محاسبات گاهی شامل هزینه ارزیابی یک حجم نمونه از مخاطبان نیز می‌شود. برای پروتکل‌های مشاوره proactive یک رقم ویژه هر فرد وجود ندارند، اما طبیعتاً هزینه فراهم کردن جلسات مشاوره مختصر reactive کمتر از جلسات فشرده proactive است.

یک سوال مهم دیگر درباره خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی این است که چه مبلغی نشانگر یک سطح حداقل قابل قبول برای سرمایه‌گذاری است. سرمایه‌گذاری معقولانه برای یک خط مشاوره تلفنی ایالتی تضمین می‌کند که فعالیت این مجموعه توسط پرسنلی است که در سطح مکفی بوده و باعث می‌شود این مجموعه به عنوان بخش مهمی از برنامه جامع کنترل دخانیات ایالت فعالیت کند. یک خط مشاوره تلفنی ترک مزایای بسیاری دارد که باعث می‌شود به خوبی نقش مهمی در یک برنامه جامع کنترل دخانیات ایالتی ایفا کند. به عنوان مثال، خدمات ترک مناسبی را فراهم می‌کند. اما اگر یک خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی به خوبی تبلیغ نشود یا پرسنل خوبی نداشته باشد، نقش آن نیز در آن مجموعه کم‌رنگ‌تر می‌شود.

در سال ۲۰۰۱ میانه بودجه سالانه برای خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالات متحده ۶۰۰۰۰۰ دلار بود (Zhu 2002a) که این مبلغ شامل هزینه‌های تبلیغاتی نمی‌شد. میزان بودجه لازم در هر ایالت تا حد زیادی به میزان جمعیت مصرف‌کننده دخانیات آن ایالت بستگی دارد. یک روش خام محاسبه یک سطح حداقل بودجه این است که فرض کنیم ۲٪ مصرف‌کنندگان بزرگسال ایالت سالانه با خط مشاوره تلفنی تماس می‌گیرد و این رقم را ضربدر ۱۳۰ دلار نماییم (عدد ۱۳۰ دلار با توجه به دلار در سال ۲۰۰۴ ناشی از ضرب کردن کمترین هزینه برای هر مخاطب [۱۷۵ دلار] است، در حدود ۷۵٪ با این فرض که ۲۵٪ مخاطبان از مشاوره استفاده نمی‌کنند). هنگامی که این روش محاسبه برای مقایسه ایالاتی به کار می‌رود که در حال حاضر دارای خط مشاوره تلفنی ترک هستند، نشان داده می‌شود که به طور کلی ایالات پرجمعیت‌تر در مقایسه با ایالات کم‌جمعیت‌تر، پول کمتری صرف خطوط مشاوره تلفنی ترک می‌کنند.

## ارزیابی هزینه یک خط مشاوره تلفنی ترک در رابطه با سایر هزینه‌های کنترل دخانیات:

معمولا یک خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی جدید شديداً به تبلیغات رسانه‌ای وابسته است چرا که افراد سیگاری از طریق این تبلیغات از وجود آن مطلع می‌گردند (فصل نهم). بنابراین بودجه تبلیغاتی کاملاً مرتبط است با بودجه عملکرد. از آنجایی که موانع رسانه‌ای برای خط مشاوره تلفنی اغلب با سایر مواضع ضد دخانی رسانه‌ای خریداری می‌شوند، جداسازی میزان دقیق هزینه صرف شده برای تبلیغات خط مشاوره تلفنی کار مشکلی است. اما همواره یک ارزیابی حدسی می‌تواند بودجه‌ای برای گرداندن خط مشاوره تلفنی تعیین کند. الزامی است که برای یک خط تلفنی مشاوره ترک قانونی تخصیص یابد که برای هر دلاری که صرف تبلیغات می‌شود یک دلار نیز صرف فعالیت‌های این خط تلفنی گردد.

به هنگام بررسی هزینه‌های عملکرد خط تلفنی ترک در رابطه با هزینه‌های سایر فعالیت‌های ضد دخانی، مشاهدات زیر در رابطه با تبلیغات بدست آمد: نخست اینکه با توجه به تلاش‌های تبلیغاتی یکسان، افراد سیگاری بیشتر از یک خط مشاوره تلفنی ترک استفاده می‌کنند تا از خدمات بالینی بهره ببرند. در یک مطالعه جدید مشخص شد که افراد سیگاری چندین برابر ترجیح بیشتری دارند که از یک خط مشاوره تلفنی ترک استفاده کنند تا اینکه در یک گروه بالینی حضور یابند. این در حالی است که دسترسی به هر دو خدمات برای آنها یکسان بوده و هر دو خدمات به صورت رایگان بوده است (McAfee 2002). این نتیجه نشان می‌دهد که به کارگیری تعداد یکسانی از مصرف‌کنندگان دخانیات در مشاوره‌های خط مشاوره تلفنی ترک به طور معناداری کم هزینه‌تر از به کارگیری آنها در کلینیک‌های سنتی ترک دخانیات است.

دوم اینکه ممکن است دوره‌هایی لازم باشد که تبلیغات خط مشاوره تلفنی ترک محدود گردد تا جلوی تعداد زیاد مخاطبان را که بیش از پرسنل این خط تلفنی است، اندک ننگه دارند. «معضل» داشتن تعداد انبوه مصرف‌کنندگان دخانیات که مخاطب این خدمات هستند با تجربه برنامه‌های گروه‌های سنتی ترک که اغلب تسهیل‌کنندگان آموزش‌دیده بیشتری نیز دارند در تضاد است چرا که تعداد افراد شرکت‌کننده در این خدمات بسیار کم است.

این مشاهدات نشان می‌دهد که در اکثر موارد، قابلیت افزایش میزان فعالیت‌های خط مشاوره تلفنی ترک وجود دارد چرا که تبلیغات اضافی خطوط تلفنی مشاوره ترک منجر به برقراری تماس تعداد کثیری از افراد سیگاری برای استفاده از این خدمات می‌گردد. البته بسط

عملکردی خط تلفنی مشاوره ترک نیازمند افزایش بودجه است. مبلغ تخصیص یافته برای یک خط تلفنی مشاوره اغلب نشانگر سهم بزرگی از بودجه ایالتی برای ترک است. اما مبلغ تخصیص یافته برای ترک معمولاً تنها نشانگر سهم کوچکی از بودجه کل ایالتی برای کنترل دخانیات است. به عبارت دیگر، ایالت‌ها مبلغ اندکی برای ترک فراهم می‌کنند اما اکثر آنچه که برای این منظور فراهم می‌کنند نیز به خطوط مشاوره تلفنی ترک سپرده می‌شود.

در صورتی که یک ایالت نیاز داشته باشد تبلیغات گسترده‌تری به رسانه‌هایش بدهد یا نیاز دارد مصرف‌کنندگان بیشتری با خط تلفنی مشاوره ترک تماس بگیرند اما افزایش بودجه آن برای بسط خط مشاوره تلفنی عملی نیست، این گزینه مطرح می‌شود که پروتکل‌های مشاوره‌ای از تعدد و مدت کمتری برخوردار گردند، بنابراین به تعداد افراد بیشتری می‌توان مشاوره داد. در این صورت احتمالاً تاثیر مشاوره‌های کوتاه‌تر به هر فرد کمتر از مشاوره‌های طولانی مدت‌تر است. با این وجود تاثیر کلی آن بر جمعیت سیگاری، چشمگیر خواهد شد اگر پروتکل مشاوره‌ای کوتاه‌تر باعث شود به تماس‌های تلفنی بیشتری پاسخ داده شود. تاثیر مستقیم کلی یک خط مشاوره تلفنی ترک، محصول تعداد افرادی است که از آن استفاده می‌کنند و میانگین تاثیر بر هر فرد است. لذا یک خط مشاوره تلفنی به لحاظ نظری حتی می‌تواند با مشاوره‌های کوتاه‌تر نیز تاثیرگذار باشد.

اما در طولانی مدت در صورت استفاده از مداخلات کوتاه مدت‌تر تعداد مخاطبانی که در ترکشان دچار عود می‌شوند نیز افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به اعتبار خط تلفنی ترک به عنوان یک راهکار ترک موثر لطمه وارد کند. بنابراین اگر بودجه اضافی وجود داشته باشد یک گزینه مطلوب‌تر برای افزایش تاثیر خط مشاوره تلفنی ترک لازم است پروتکل مشاوره با جدیت بیشتری طراحی شود و ظرفیت برنامه ارائه خدمات به مخاطبان نیز افزایش یابد. این رویکرد از شدت نگرانی‌های قابل توجه تسهیل‌کننده پروتکل‌های موثر می‌کاهد.

اکثر خطوط مشاوره تلفنی ترک موجود، ترکیبی است از مشاوره‌های proactive و reactive و سایر خدمات با هزینه‌های متغیر و این در حالی است که تمام تلاش خود را در استفاده بهینه از بودجه موجود اعمال می‌کند. استفاده بهینه از بودجه یک موضوع متحول‌کننده است حتی برای ایالتی با تجربه وسیعی در خطوط مشاوره تلفنی مشاوره ترک، همچنین این یک اشتباه محض است که برنامه‌های مبتنی بر اعداد ساده (مانند هزینه هر فرد) را با هم مقایسه کرد بدون اینکه آزمایش دقیق پروتکل تمامی خدمات و منطق لازم برای هر بخش صورت گیرد. علاوه بر این، جمعیت سیگاری و ترکیب مخاطبان خط مشاوره تلفنی

ترک به مرور زمان تغییر می‌کند، بنابراین حتی ایالات دارای خطوط تلفنی ترک منظم نیز باید به صورت دوره‌ای، خدمات و ساختارهای هزینه‌ای مربوطه را مطابق با دستور کار یک برنامه بزرگتر کنترل دخانیات ارزیابی کند.

### توصیه‌ها

- به منظور استفاده از یک بودجه حداقل در خط تلفنی مشاوره ترک سیگار ایالتی از دستورالعمل‌های زیر پیروی کنید:
  - برای یک خط مشاوره ترک تلفنی جدید، بودجه عملکرد باید معادل مبلغی باشد که تخصیص یافته است به بخش تبلیغاتی خط مشاوره تلفنی ترک.
  - یک روش خام محاسبه سطح سرمایه‌گذاری برای فعالیت‌ها این است که فرض نمود سالانه ۲٪ از افراد سیگاری بزرگسال ایالت به خط مشاوره تلفنی ترک تماس می‌گیرند و سپس این رقم را در ۱۳۰ دلار ضرب نمود.
  - در حال حاضر، میانه بودجه سالانه برای خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالتی در حدود ۶۰۰.۰۰۰ دلار است.
  - هزینه هر فرد سیگاری که از پروتکل مشاوره proactive شاهدمحور استفاده می‌کند بین ۱۷۵ تا ۲۳۰ دلار است.
- برای فعالیت‌های اصلی خطوط مشاوره تلفنی ترک، بودجه‌های عملکردی تخصیص دهید که به شرح زیر می‌باشند:
  - ۱۰ تا ۱۵ درصد برای پاسخگویی به تماس‌ها
  - ۵۵ تا ۶۵ درصد برای مشاوره
  - ۱۰ درصد برای ارزیابی
  - ۱۰ تا ۲۵ درصد برای سایر هزینه‌ها
- بودجه لازم برای ارزیابی در بودجه محاسبات نیز در نظر گرفته شود چرا که بخش ارزیابی برای موفقیت یک خط مشاوره تلفنی الزامی است.
- برای تعیین اینکه هزینه یک خط مشاوره تلفنی ترک چگونه با بودجه کل برنامه کنترل دخانیات مطابقت داشته باشد، موارد زیر را پیروی کنید:

- به کارگیری افراد سیگاری در استفاده از خدمات تلفنی مشاوره ترک بسیار ارزان تر از به کارگیری آنها در استفاده از مشاوره‌های چهره به چهره حضوری است زیرا افراد سیگاری نیز به دلایل متعددی ترجیح می‌دهند از مشاوره تلفنی استفاده کنند.
- افزایش بودجه یک خط تلفنی مشاوره ترک می‌تواند نیازهای دست نخورده خدمات تلفنی ترک را برآورده سازد و بازده این خط را افزایش دهد. اکثر خطوط تلفنی ترک ایالتی نسبت به سطح پرسنل‌شان میزان درخواست خدمات بیشتری داشته‌اند.
- برنامه‌های گروهی اغلب بیشتر به مربی‌های دوره دیده نیاز دارند تا به برنامه‌های کوچک که تعداد افراد سیگاری کمتری در آنها شرکت می‌کنند.



## فصل نهم

# تبلیغات خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار

### مرور اجمالی

کلید موفقیت تبلیغات رسانه‌ای مقرون به صرفه یک خط تلفنی مشاوره ترک، یک رویکرد جامع است که از انواع رسانه‌ها و پیام‌های مناسبی استفاده نموده و مخاطبان را به خوبی مورد هدف قرار دهد. براساس تجربه خطوط مشاوره تلفنی ایالتی موجود، توصیه می‌شود ایالات با یک آژانس تبلیغاتی یا رسانه‌ای حرفه‌ای کار کنند که با وجود تجربه‌شان در بازاریابی اجتماعی بتوانند باعث بسط تبلیغات‌رسانی موثر گردند.

این فصل نقش تبلیغات خط مشاوره تلفنی ترک را در تبلیغات ضد دخانی وسیع‌تر بررسی می‌نماید که عبارتند از: مفاهیم اصلی بازاریابی سنتی و اجتماعی حامل تبلیغات خط مشاوره تلفنی و همچنین استفاده تلویزیون، رادیو و سایر کانال‌های تبلیغاتی و راهکارهای روابط عمومی. این فصل همچنین شامل یک مطالعه موردی می‌باشد که راهکارهای تبلیغاتی خط مشاوره تلفنی ترک ایالت آریزونا را بررسی می‌کند.

### پیمانکار رسانه‌ای

ایالاتی که دارای خطوط تلفنی ترک هستند نیز تبلیغات رسانه‌ای ضد دخانی دارند. بنا به دلایل متعددی به طور کلی کار تبلیغات یک خط مشاوره تلفنی ترک را نیز همان آژانسی انجام می‌دهد که کل تبلیغات را انجام می‌دهد. نخست، در دسترس بودن خدمات رایگان ترک، یکی از چندین پیامی است که لازم است در تبلیغات مطرح شود و کار کردن با تنها یک پیمانکار رسانه‌ای باعث می‌شود تبلیغات منسجمی تهیه شود که کل پیام‌های ضد دخانی را پوشش دهد. این امر حتی باعث ایجاد اشتراک مساعی بین پیام‌های تبلیغاتی می‌گردد، مثلاً وقتی که یک آگهی تبلیغاتی خوش ساخت درباره مضرات دود تحمیلی دخانیات هشدار می‌دهد در عین حال خط مشاوره تلفنی را نیز ترویج می‌دهد یا وقتی که یک آگهی ضد دخانی فاقد شماره تلفن خط مشاوره تلفن ترک است، مردم را برای آگهی‌های تبلیغاتی بعدی آماده می‌سازد.

همچنان دلایل مهم دیگری نیز برای تعیین قرارداد فقط با یک آژانس وجود دارد. یکی از این دلایل این است که توصیه می‌شود به جای چندین قرارداد، تنها یک قرارداد تنظیم گردد. اگر چه پیمانکار اصلی ممکن است زیرگروه‌هایی داشته باشد که تبلیغات را به آنها بدهد (مثلاً یک شرکت بازاریابی متخصص برای گروه لاتین زبان)، اما موفقیت کلی تبلیغات به همان آژانس اصلی بستگی دارد.

بستن قرارداد با آژانسی که در بازاریابی اجتماعی تخصص دارد نیز حائز اهمیت است. بازاریابی اجتماعی متفاوت از بازاریابی سنتی است به طوری که هدفش ترویج رفتارهایی است که باعث بهبود سلامت و بهداشت می‌شود، در حالی که هدف بازاریابی سنتی، فروش محصولات است. بر خلاف اختلاف اهداف آنها، مفاهیم مهم زیادی از بازاریابی سنتی به بازاریابی خطوط مشاوره تلفنی ترک منتقل می‌شود، ایالاتی که به هنگام انتخاب پیمانکار رسانه‌ای گزینه‌های محدودی دارند می‌خواهند کل قرارداد را به شرکتی بدهند که بیشترین صلاحیت را دارد.

بدون در نظر گرفتن اینکه برای پیمانکاری رسانه‌ای تبلیغات خط مشاوره تلفنی ترک چه شرکتی انتخاب می‌شود، ارتباط مداوم و شفاف بین ایالت، پیمانکار رسانه‌ای و خط مشاوره تلفنی اجزای مهم در یک تبلیغ موثر می‌باشند. پرسنل خط مشاوره تلفنی باید از قبل از همه تبلیغات رسانه‌ای مطلع باشند. هدایای تبلیغاتی، چاپ در نشریات، چاپ تبلیغات جداگانه، پخش برنامه‌های زنده، برنامه‌های ضبط شده صوتی و تصویری باید پیش از شروع تبلیغات تهیه گردند. هنگامی که داستان‌های جدیدی جایگزین تلویزیون و نشریات می‌شود چندین نسخه از این داستان‌ها نیز باید هر چه سریع‌تر برای پرسنل خط تلفنی ترک فرستاده شود. آگاه‌سازی پرسنل از تبلیغات رسانه‌ای نه تنها باعث پاسخگویی به مخاطبان می‌گردد، بلکه باعث می‌شود بر اثر این تبلیغات پرسنل نیز اطلاعات مورد نیاز را بهتر جمع‌آوری نمایند.

### بسط تبلیغات

ضروریات تبلیغات یک خط مشاوره تلفنی جدید متفاوت از ضروریات خطوط تلفنی فعلی می‌باشند که نام آشنایی داشته و سیستم‌های ارجاعی نیز آنها را به خوبی می‌شناسند. یک خط مشاوره تلفنی جدید باید آگاهی عمومی ایجاد کند، بنابراین تبلیغاتش نیز کاملاً به آگهی‌های تلویزیونی و رادیویی بستگی دارد. با رشد آگاهی و ارجاعات، تمرکز تبلیغات نیز ممکن است تغییر کند: خطوط تلفنی تاسیس شده ممکن است از تبلیغات بیشتری برای تماس‌های ثابت استفاده کنند، گروه‌های خاص را مورد هدف قرار دهند و در مناسبت‌های خاص ایجاد انگیزه نمایند. در هر یک از این موارد، بسط آگهی‌های تبلیغاتی موفق برای خط مشاوره تلفنی پیچیده‌تر از انتخاب مهمترین آگهی‌های تلویزیونی و خریدن زمان پخش است. یک آگهی خط مشاوره تلفنی ترک برای موفق شدن باید مشتری‌مدار باشد و اصول

اصلی بازاریابی اجتماعی را به کار گیرد.

### درسهایی از بازاریابی سنتی

بازاریابی اجتماعی نوعی از بازاریابی است که متفاوت از بازاریابی سنتی بوده و هدف آن ترویج رفتارهایی است که بهداشت و سلامت را ارتقا می‌بخشد، نه اینکه بر تصمیم‌های خرید تاثیر بگذارد. اما علیرغم این اختلاف در اهداف آنها مفاهیم اصلی زیادی از بازاریابی سنتی به بازاریابی خطوط مشاوره تلفنی ترک منتقل می‌شود.

یک مفهوم اصلی، ایده‌ای است که خدمات خط مشاوره تلفنی ترک به عنوان یک کالا دیده می‌شود. مخاطبان آینده به قیمت برقراری تماس تلفنی این کالا را می‌خرند. خط مشاوره تلفنی ترک نیز به عنوان یک کالا باید نسبت به مشتریان احتمالی جاذبه ایجاد کند و به پرسش‌های آنها پاسخ دهد که آیا این روش به خوبی نتیجه می‌دهد، راحتی استفاده از آن چگونه است، آیا این خدمات برای آنها مناسب است و غیره. یک تبلیغ موثر، با اشاره به برخی مزایای استفاده از خط مشاوره تلفنی و ایجاد انگیزه برای استفاده از این خدمات، پاسخ‌های مثبتی به سوالات فوق می‌دهد. سوالاتی که در ذهن مشتریان احتمالی هر محصولی به وجود می‌آید تا حد زیادی به متغیرهای فردی بستگی دارد که عبارتند از سن، جنسیت، زمینه فرهنگی و موقعیت اجتماعی اقتصادی، بنابراین یک آگهی موثر باید با آگاهی کامل از جمعیت مورد هدف آغاز به کار کند.

یک مفهوم مهم دیگر این است که خدمات خط مشاوره تلفنی ترک نیز مانند همه کالاها باید برای مشتری یک هزینه‌ای داشته باشد. مخاطبان احتمالی پیش‌بینی می‌کنند که از آنها خواسته می‌شود یک رفتار ریشه‌دواننده را ترک کنند و آنها نیز در انجام چنین کاری دچار ناراحتی می‌شوند. این بخش هزینه روانشناختی برقراری تماس است. همچنین آنها ممکن است فکر کنند پرسنل خط مشاوره تلفنی آنها را تحقیر می‌کنند یا به آنها نق می‌زنند که این امر به هزینه‌های مفروض آنها نیز می‌افزاید. یک آگهی موثر باید راه‌هایی برای کاهش هزینه‌های مفروض پیدا کند، مثلاً به مخاطبان اطمینان دهد که آنها همدردی و احترام دریافت می‌کنند و یاد می‌گیرند که چگونه می‌توانند آسان‌تر سیگار را ترک کنند.

سومین مفهوم این است که دسترسی مفروض به کالای مورد نظر در تصمیم‌گیری مشتریان نقش مهمی دارد که آیا از آن استفاده کنند یا خیر. از آنجایی که مصرف‌کنندگان محصولات دخانی ممکن است ندانند چگونه و کجا می‌توان به خدمات ترک موثر دسترسی یافت، یک

آگهی می‌تواند تاکید کند که خدمات تلفنی ترک «تنها با یک تماس تلفنی با شما فاصله دارد.»

در پایان اینکه یک آگهی تبلیغاتی موثر خط تلفنی ترک، تحقیقات بازاریابی‌اش را در چه حوزه‌هایی-کانال‌های رسانه‌های گروهی از جمله تلویزیون، رادیو، بیلبرد یا کانال‌های روابط عمومی مانند حمایت‌های مالی، شرکت در برنامه‌های مناسبی و غیره- به کار گیرد که بیشترین تعداد مخاطب را به طور موثر مورد هدف قرار دهد. شرکت‌های با تجربه، آگهی‌های بازاریابی اجتماعی موثر خود را برای گروه‌های مورد هدف شناسایی شده ارائه می‌دهند و نیازی ندارند از ابتدا شروع کنند اما می‌توانند این کار را روی اطلاعاتی بسازند که از مطالعه گروه‌های مورد هدف در خط مشاوره تلفنی ترک بدست آمده است (Earle 2000, Weinreich 1999). همچنین نباید در نظر داشت رویکردی که در یک ایالت به خوبی عمل می‌کند به همان خوبی در یک ایالت دیگر نیز جواب بدهد، اما هر گونه اطلاعاتی درباره اثربخشی یک رویکرد می‌تواند به عنوان یک نکته مرجع، مفید باشد. مرکز منابع رسانه‌ای مراکز کنترل و پیشگیری بیماری شامل آگهی‌های ضد دخانی برای تلویزیون، رادیو، نشریات و ... می‌باشد که در دسترس ایالات می‌باشد (برای اطلاعات بیشتر به این آدرس مراجعه کنید <http://www.cdc.gov/tobacco/mcerc/index.htm>).

### مفاهیم اصلی بازاریابی اجتماعی

علاوه بر این مفاهیم کلی بازاریابی که به آنها اشاره شد، مفاهیم دیگری نیز وجود دارد که مختص بازاریابی اجتماعی بوده و باید به هنگام تهیه تبلیغات یک خط مشاوره تلفنی ترک از آنها استفاده کرد (Weinreich 1999). یکی از این مفاهیم درباره مخاطبان اولیه و ثانویه است. البته در تبلیغات خطوط مشاوره تلفنی ترک، مصرف‌کنندگان دخانیاتی که می‌توانند تشویق به برقراری تماس با این خدمات گردند، مخاطب اولیه محسوب می‌شوند. اما مخاطبان ثانویه مهم دیگری نیز وجود دارد. یکی از آنها شامل مصرف‌کنندگان دخانیاتی است که ممکن است با خط مشاوره تلفنی ترک تماس نگیرند اما با این حال بر اثر دیدن تبلیغات، اقدام به ترک می‌کنند. با توجه به نیاز برای وقوع کاهش ممکن در شیوع مصرف دخانیات با وجود بودجه‌های عمومی محدود، این مطلوب‌ترین نتیجه‌ای است که باید هدف اصلی آگهی تبلیغاتی برای هر خط مشاوره تلفنی ترک باشد. دوستان و اعضای خانواده مصرف‌کنندگان دخانیات، مدافعان محلی کنترل دخانیات،

ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و سیاست‌گذاران از مخاطبان ثانویه خطوط مشاوره تلفنی ترک دخانیات می‌باشند. یک آگهی بازاریابی موثر تلاش می‌کند که مورد توجه این مخاطبان قرار گیرد زیرا این افراد می‌توانند مصرف‌کنندگان را تشویق به برقراری تماس کنند. بنابراین، توسعه شراکت با سازمان‌هایی که اعضایشان این دسته از مخاطبان است حائز اهمیت است زیرا این گروه‌ها می‌توانند پیام خط تلفنی مشاوره ترک را به مخاطبانی برسانند که ممکن است دسترسی به این آگهی‌ها نداشته باشند. این موضوع به طور کامل در فصل دهم بررسی می‌شود.

یک مفهوم دیگر عبارت است از تاثیر قوانین بر تغییر رفتارها. به عنوان مثال ایجاد محیط‌های کاری و رستوران‌های عاری از دخانیات می‌تواند رفتارهای فردی را حمایت کند- در برقراری تماس با خط مشاوره تلفنی ترک و اقدام به ترک دخانیات- که این اتفاق خود از اهداف اولیه آگهی‌های خط مشاوره تلفنی ترک است. در حقیقت این حمایت در دو جنبه اثر می‌کند، به عنوان مروج استفاده از کمک‌های موثر ترک باعث می‌شود قوانین ضد دخانی نیز با مقبولیت بیشتری روبرو گردند.

آخرین مفهوم حائز اهمیت در بازاریابی اجتماعی تبلیغات این است که برخلاف تبلیغاتی که کالاهایی را می‌فروشند، این تبلیغات به طور مستقیم به فعالیت نمی‌پردازند. تبلیغات یک خط مشاوره تلفنی ترک نیز مانند تلاش‌های سایر بازاریابی‌های اجتماعی، به طور کلی مبتنی بر بودجه‌های عمومی محدودی هستند که ممکن است براساس اولویت‌ها نیز تغییر نمایند. به همین دلیل الزامی است که نسبت به مسائل مالی هوشیار بود و نایل شدن تبلیغات به اهدافش را ارزیابی و محاسبه نمود، بنابراین در صورت نیاز، برای حفظ سرمایه‌ها باید یک مورد اجباری را به کار گرفت.

## تلویزیون و رادیو

### انتخاب پیام‌های موثر

تبلیغات رسانه‌ای خطوط مشاوره تلفنی ترک طیف وسیعی از راهکارها را به کار گرفته‌اند که عبارتند از روش‌های خوف‌دهنده (مانند تبلیغ استرالیا که می‌گفت «هر نخ سیگار به شما آسیب می‌رساند»)، شواهد تکان‌دهنده (مانند مجموعه‌ای تلویزیونی در ماساچوست که نشان می‌داد افراد بر اثر مصرف سیگار می‌میرند)، آگهی‌هایی که اثرات دود تحمیلی را به تصویر می‌کشاند (مثلا در تبلیغی در کالیفرنیا یک فرد سیگاری گریه و زاری می‌کرد از اینکه او بر

اثر مصرف سیگارش باعث مرگ همسر خود شده) و سناریوهای کم‌مدی (مانند تبلیغات آریزونا که درباره مردی به نام چاک است که در گیر و دار مراحل ترک سیگار می‌باشد). به طور خلاصه به نظر می‌رسد که تنها یک پیام «مناسب» که با اقبال روبرو شود وجود ندارد زیرا تغییرات دوره‌ای پیام‌ها باعث می‌شود اذهان عمومی همواره نسبت به خط مشاوره تلفنی ترک، شاداب و جدید بماند (Anderson & Zhu 2000).

به عبارت دیگر، برخی پیام‌ها توجه مخاطبان را برای برقراری تماس جلب نمی‌کنند (Powers 2000; Powers et al. 2000a, 2000b, 2001)، یا حتی آنها را فراری می‌دهد (Rosen 2000). به عنوان مثال یک آگهی که اشتباه طراحی شده بود با وجود اینکه گروه مورد هدفش زنان سیگاری باردار در آریزونا بود به دلیل اینکه در دوره‌هایی که باید، پخش نمی‌شد باعث گردید افرادی که به تشخیص خود باردار محسوب می‌شدند تعدادشان در برقراری تماس کاهش یابد. استفاده از اطلاعات مجموعه گروه‌های بررسی شده، آگهی‌های پی در پی با تصاویر مثبتی از زنان باردار و پیامی از نیروبخشی، تعداد تماس‌های زنان باردار و زنان در هر سنی را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد (Powers et al. 2000a). همچنین ایالات باید بدانند که نشان دادن مصرف دخانیات به هر نحوی می‌تواند اثرات نامطلوبی در انگیزه برای مصرف دخانیات باشد (Earle 2000) درحالی که هدف، ایجاد رفتار ترک دخانیات یا برقراری تماس با خط مشاوره تلفنی ترک است.

انجام تحقیق‌های آگاه‌کننده در حوزه‌های رسانه‌ای قبل از پخش شدن از رسانه‌ها، اطلاعات باارزشی بدست می‌آورد. تبلیغات حرفه‌ای چیزهای زیادی از بایدها و نبایدهای گروه‌های مطالعه شده آموخته‌اند.

#### *تصمیم‌گیری برای محل و تکرار پیام‌ها*

در برخی تبلیغات بازاریابی اجتماعی، هدف، مطرح کردن موضوع به سرعت و بدون اشتباه در اذهان مردم است. ولی دیگر مهم نیست که پیگیری آن پیام نیز با قدرت اکران اولیه آن است یا خیر، زیرا هدف این است که شروع به تفکر و صحبت درباره یک موضوع خاص بهداشتی نمایند. حال آنکه در تبلیغات خط مشاوره تلفنی ترک، هدف اصلی ایجاد برقراری تماس با این خط در طول زمان است، به قدری که پرسنل موجود را مشغول نگه دارد اما نه آنقدر که کیفیت ارائه خدمات تضعیف شود. ترکیب صحیح تبلیغات برای حفظ تعداد تماس‌ها به صورت مداوم و قابل مدیریت نیازمند دانش کافی در این زمینه است.

تلویزیون و رادیو همواره مطلوب‌ترین رسانه برای اطلاع‌رسانی عمومی درباره خدمات خط تلفنی مشاوره ترک بوده است و تعداد کثیری از مصرف‌کنندگان را تشویق به برقراری تماس می‌کند. آگهی‌های تبلیغاتی را می‌توان در این رسانه‌ها در زمان‌های از پیش تعیین شده جا داد، این امر باعث می‌شود قطعیت زیادی بدهد که به مخاطب مورد نظر رسیده است. اما این روش گران‌ترین گزینه است. منعطف بودن نسبت به زمان پخش آگهی، هزینه آن را کاهش می‌دهد اما ممکن است احتمال دیده شدن توسط مخاطبان مورد نظر نیز کاهش یابد (Weinreich 1999). خدمات عمومی اطلاع‌رسانی ارزان‌ترین گزینه برای تلویزیون و رادیو است اما گروه اندکی را مخاطب قرار می‌دهد زیرا آگهی‌ها عموماً در برنامه زمانی جا داده می‌شوند که توسط سایر آگهی‌دهندگان خریداری نشده باشند، مثلاً اغلب بعد از زمانی است که خط مشاوره تلفنی ترک تعطیل شده است. یک قانون کلی در تبلیغات رادیو و تلویزیون این است که مواجهه مداوم و دسترسی به گروه هدف رموز موفقیت در جاگیری رسانه‌ای است (Weinreich 1999).

برای تخمین درصد مخاطبان مورد نظر برای مواجهه با یک پیام تبلیغاتی از نرخ ناخالص و نرخ گروه هدف استفاده می‌شود. تعداد و زمانبندی آگهی‌ها و هزینه خرید نیز به هنگام تخمین تاثیر بر مخاطب حائز اهمیت می‌باشند. به عنوان مثال آگهی‌های تبلیغاتی که در ساعات پرمخاطب یا طی برنامه‌های محبوب تلویزیونی پخش شوند احتمال دیده شدن توسط تعداد مخاطبان بیشتری را دارد، البته هزینه بیشتری هم دارند. از آنجایی که هزینه‌های رسانه‌ای وابسته به نرخ ناخالص است، اگر یک فرجه زمانی هزینه‌ای بیش از دیگری داشته باشد، قطعاً تاثیر بیشتری نیز بر مخاطب خواهد داشت.

اما لازم است به خاطر داشت که خطوط مشاوره تلفنی ترک تعداد محدودی پرسنل برای پاسخگویی به تماس‌ها در هر زمانی دارند، بنابراین هدف از یک آگهی تبلیغاتی، تاثیرگذاری بر تعدادی کمتر، امر مطلوب‌تری باشد. در این صورت همه افراد در خط مشاوره تلفنی مشغول بوده و سطح ارائه خدمات به مشتری بالا خواهد بود. به طور کلی، پخش آگهی‌های رادیو آسان‌تر از آگهی‌های تلویزیونی است، اگر چه یک رویکرد تلویزیونی برای ایجاد تماس‌های بیشتر، الزامی است.

یک روش دیگر برای ایجاد یک تعداد تماس به طور پیوسته این است که آگهی‌ها را به طور سلسله‌وار یا متناوب در بازارهای عرضه مختلف یا طی چندین هفته پخش نمود. به عنوان مثال، ایالتی که دارای چندین بازار عرضه است می‌تواند آگهی‌هایش را میان بازارهای



مختلف بچرخاند و هر آگهی را در هر یک از بازارها به مدت یک هفته پخش کند. پیش از آنکه آن را به بازار بعدی ارائه دهد، یا اینکه می‌تواند آگهی‌های کنترل دخانیات را همواره در همه بازارها پخش کند و تنها آگهی‌های خط مشاوره تلفنی را تغییر جهت دهد. خریداران رسانه‌ای حرفه‌ای می‌توانند برنامه سلسله‌واری را بسط دهند (خرید رسانه‌ها به طور متناوب در بازارهای متفاوت) که مطابق با نیازها و بودجه ایالتی باشد.

### سایر کانال‌های تبلیغاتی

در کنار رادیو و تلویزیون، روش‌های تبلیغاتی بسیاری وجود دارد و از آنجایی که هیچ یک از آنها به اندازه رادیو و تلویزیون در ترغیب مردم برای برقراری تماس با خط مشاوره تلفنی تاثیرگذار نیستند، این دو رسانه طولانی‌ترین تاثیر را می‌گذارند. سایر رسانه‌ها شامل بیلبوردها، تبلیغات روی اتوبوس‌ها، ایستگاه‌های اتوبوس و کیوسک‌ها و راهنمای تلفن مانند کتاب اول می‌باشد. شانس تبلیغ کردن همچنین در موارد زیر وجود دارد. علائم تبلیغاتی پست، پوستره‌های موجود در محل‌های کار، بیمارستان‌ها، کتابخانه‌ها، مطب‌ها، مراکز بهداشتی و غیره. علاوه بر آگاه کردن مخاطبان احتمالی خط مشاوره تلفنی ترک، چنین تلاش‌هایی باعث می‌شود خط مشاوره تلفنی حضور یک جمعیت را حس کند. محتوای تبلیغاتی همگن که به طور حرفه‌ای تهیه و طراحی شده باشد، با توزیع از طریق پست در مناسبت‌های مردمی، در داروخانه‌ها و غیره باعث انسجام این حضور و ترغیب ارجاعات می‌گردد. این تلاش‌ها سالانه منجر به ارجاعات دهان به دهان فراوانی می‌شود (Anderson & Zhu 2000).

استفاده از پیمانکار رسانه‌ای برای جا دادن موضوعات در روزنامه‌های محلی یا اخبار رادیو و تلویزیون، منبع مناسب دیگری از مواجهات رسانه‌ای است. این فرصت‌های تبلیغاتی، مزیت‌های فراوانی دارند. جا دادن داستان‌های تبلیغاتی باعث می‌شود یک خط مشاوره تلفنی به هنگام کار با رسانه‌ها برای جلب مخاطب داستان‌هایی را طراحی کند. داستان‌های چاپ شده و الکترونیک عموماً طولانی‌تر از داستان‌های اخباری است و باعث می‌شود فضا و زمان زیادی صرف معرفی خدمات خط مشاوره تلفنی ترک گردد. علاوه بر ارائه شماره تلفن خط مشاوره تلفنی ترک و اصول کلی این خدمات، می‌توان یک داستان از تجربیات شخصی مخاطبان را نیز مطرح کرد. شهرهای بزرگ اغلب به جمعیت‌های گوناگون اطلاع‌رسانی می‌کنند که این امر از طریق روزنامه‌های خارجی زبان و ایستگاه‌های رادیو و تلویزیون

صورت می‌گیرد. یک روش دیگر برای مطرح کردن این خدمات، اشاره به آنها در خبرنامه‌ها به ویژه خبرنامه‌های تهیه شده توسط شرکت‌های بیمه درمانی است. کار کردن با این مجراهای رسانه‌ای متخصص روش موثری برای تاثیرگذاری بر گروه‌های هدف است. هزینه اصلی برای روابط رسانه‌ای عبارت است از هزینه حفظ پرسنل خوب روابط رسانه‌ای یا یک شرکت روابط عمومی.

همچنین افکار «بازاریابی روابط» در فعالیتهای روابط عمومی به سوالات زیر پاسخ می‌دهد: تصویر عمومی خط مشاوره تلفنی ترک چيست يا آیا اصلا تصویری دارد؟ آیا خط مشاوره تلفنی ترک در رسانه‌ها تنها هنگامی وجود دارد که تبلیغات پولی وجود داشته باشد یا هنگامی که بحرانی وجود دارد یا اینکه آیا خط مشاوره تلفنی ترک بخشی از جامعه است به عنوان یک کل؟ بازاریابی روابط می‌تواند راهکارهایی ارائه دهد که تصویر همراه یک سازمان و آگاهی مردم از آن سازمان را بنا نهد. حمایت‌های مالی، عضویت در سازمان‌های مردمی، شرکت در مراسم مردمی و داوطلبی کارمندان، فعالیت‌هایی هستند که روابطی را با سایت‌های کاری، مؤسسات مراقبت بهداشتی و عموم مردم به وجود می‌آورند.

بازاریابی روابط همچنین باعث ترغیب برقراری تماس با خط مشاوره تلفنی ترک می‌شود. یک توصیه شخصی از یک منبع موثق مانند یک دوست، پزشک همکار، کارمند خط مشاوره تلفنی ترک یا فردی که از طریق این خط سیگار خود را ترک کرده، تایید قدرتمندی است. بکارگیری راهکارهای لازم جهت ترغیب مردم برای استفاده از این خدمات ترک «بازاریابی ویروسی» نامیده می‌شود زیرا ارجاعات فردی، اطلاعات را مانند یک ویروس از فرد «مبتلا» به فردی دیگر انتقال می‌دهد خدمات خوب، به مخاطبانی انتقال می‌یابد که تجربه مثبتی از آن دارند لذا انگیزه‌ای ایجاد می‌شود برای گفتن به دیگران، بنابراین خدمات خط مشاوره تلفنی، سلسله‌وار پخش می‌شود. این امر با تبلیغات پولی از طریق بیان داستان‌های رسانه‌ای و سایر کانال‌ها نیز بیشتر انتقال می‌یابد.

### ارزیابی تبلیغات

روش‌های زیادی را می‌توان برای ارزیابی تبلیغات به کار برد. مطالعه از طریق شماره‌گیری تلفن به طور تصادفی می‌تواند روشی باشد برای ارزیابی دیده شدن تبلیغات (چند نفر از افرادی که تبلیغات را دیده‌اند، آن را به خاطر دارند). تجزیه و تحلیل تعداد تماس‌های یک خط مشاوره تلفنی ترک در حین سلسله آگهی‌های انتخاب شده یا سایر تبلیغات، نشان

می‌دهد چند نفر بعد از دیدن یک آگهی، خواندن یک داستان در روزنامه یا شرکت در یک برنامه، اقدام به ترک می‌کنند. در پایان، پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات در جلسه اول نیز می‌تواند شامل پرسشی باشد مبنی بر اینکه فرد تماس‌گیرنده چگونه از این خط تلفنی مطلع شده است. این امر می‌تواند تاثیر تبلیغات و تلاش‌های روابط عمومی را ارزیابی نماید.

### مطالعه موردی

#### آگهی‌های تبلیغاتی آریزونا راه‌حلی برای مشکلات افراد سیگاری

هنگامی که خط مشاوره تلفنی ترک تازه تاسیس آریزونا در اوایل سال ۱۹۹۵ تاسیس شد، بودجه آن تنها صرف ارائه خدمات به جوانان و زنان باردار می‌شد و تبلیغات آن تنها از طریق روابط عمومی کم‌هزینه و مراسم محلی بود، از این رو میزان تماس‌ها اندک بود (زیر ۵۰۰ تماس در سه ماه)، پرسنل آن کم و خدمات به مشتری اندک بود. در سال ۱۹۹۶، این خط مشاوره تلفنی شروع به دریافت بودجه‌های ایالتی مالیات دخانیات نمود و در ژوئن ۱۹۹۷ این بودجه‌ها افزایش یافت تا اطلاعات ترک رایگان، خدمات مشاوره تلفنی و مکتوبات خودآموز ترک (به زبان اسپانیایی و انگلیسی) را در سرتاسر آریزونا پوشش دهد. در ژانویه ۱۹۹۸ نیز ایالت جهت آگهی‌های تلویزیونی خدمات خط مشاوره تلفنی ترک سرمایه‌گذاری کرد.

طی دو سال مالی آتی (۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰) آگهی‌های بازار عمومی، تبلیغات این خط تلفنی را در قالب مردی به نام چاک تهیه کرد که در مراحل ترک سیگار و در حال دست و پنجه نرم کردن با مشکلاتش است. این تبلیغات طی بهترین زمان‌های پخش و در طول پخش محبوب‌ترین سریال‌های تلویزیون اکران می‌شد. به موجب این تبلیغات، تعداد تماس‌ها به هفته‌ای ۵۰۰ تماس افزایش یافت (Powers 2000; Powers et al. 1999, 2000a, 2000b)، و آوازه‌آشنایی با نام این خط مشاوره به بیش از ۹۰٪ رسید. به موجب این تبلیغات پرتکرار، ۷۵٪ از مخاطبان بیان کردند که با این خط مشاوره تلفنی از طریق تلویزیون آشنا شدند. آمار کل تماس‌ها افزایش یافت، خدمات به مشتری گسترش یافت تا پیشگیری از عود و ارجاعات و خدمات اطلاعات‌رسانی درباره ترک و منابع محلی و ارائه مشاوره با تماس مشاوران را نیز شامل گردد. با اولین تبلیغات تلویزیونی بیش از ۹۵٪ از تماس‌گیرندگان خدمات اطلاع‌رسانی خط مشاوره تلفنی را انتخاب کردند، اما با افزایش آگاهی از این خط، درصد مشتری‌هایی که خواستار چند جلسه مشاوره بودند تا ۶۰٪ افزایش یافت.

محدودیت‌های مالی در سال مالی ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲ کاملاً آگهی‌های تلویزیونی را کاهش داد و راهکارهای استخدام خط مشاوره تلفنی از آگهی‌های پولی به ارجاعات تغییر یافت. خط مشاوره تلفنی با پروژه‌های کنترل دخانیات مردم نهاد و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی سخت‌کوشانه کار کرد تا دسترسی به این خدمات را در سطح ایالت افزایش دهد که این امر نیز با ساخت یک شبکه از ارجاعات با پیگیری مشاوران و کلاس‌های عمومی میسر گشت.

### توصیه‌ها

- از طریق آژانس‌های حرفه‌ای رسانه‌ای یا تبلیغاتی تجربه‌دار در بازاریابی اجتماعی، تبلیغات رسانه‌ای خط مشاوره تلفنی را گسترش دهید.
- اصول پایه در بازاریابی اجتماعی را جهت بسط برنامه ارتباطات جامع بکار گیرید تا مخاطبان بسیاری برای خط مشاوره تلفنی را شناسایی کرده، پیام‌های مناسب و کانال‌های رسانه‌ای را تعیین کرده تا مورد توجه مخاطبان زیادی قرار گیرند.
- رسانه‌ها و راه‌کارهای رسانه‌ای متنوعی از جمله تبلیغات پولی و روابط عمومی را به کار گیرید.
- به منظور تحت تاثیر قرار دادن افراد گوناگون، پیام‌های مورد نظر را در مجاری مناسب آزمایش و بسط دهید.
- همه فعالیت‌های رسانه‌ای را با مدیریت خط مشاوره تلفنی هماهنگ نمایید تا از کیفیت خدمات به مشتری و پرسنل کارآمد اطمینان حاصل نمایید.
- یک هشدار بهداشتی تصویری منسجم و قابل تشخیص را بسط دهید و مواد کمک‌آموزشی را نیز از طریق پست، مناسبت‌ها، محل‌های کاری، موسسات بهداشتی درمانی، اینترنت و سایر مجراهای تبلیغاتی توزیع نمایید.

## فصل دهم

# شراکت خط مشاوره تلفنی ترک سیگار

## مرور اجمالی

خطوط مشاوره تلفنی ترک به دلایل مختلف با سازمان‌ها و مؤسسات دیگر شریک می‌شوند. نخست به این دلیل که بودجه تبلیغات رسانه‌ای اغلب محدود است، ایالات سعی دارند از طریق شراکت با سازمان‌هایی که مصرف‌کنندگان دخانیات را به ترک ارجاع می‌دهند، تبلیغات خط مشاوره تلفنی خود را حمایت نمایند. حتی در صورت وجود بودجه لازم برای تبلیغات رسانه‌ای قوی طی دوره زمانی کوتاه مدت نیز اغلب ایالات به منظور توسعه روابط، افزایش ارجاعات و حفظ بودجه‌های تبلیغاتی خود اقدام به جذب شریک می‌نمایند. دوم اینکه سازمان‌های مردمی شرکت‌کننده در یک برنامه جامع کنترل دخانیات ایالتی نیازمند منبعی است برای ارجاع افرادی که قصد ترک دارند و خطوط مشاوره تلفنی ترک نیز به منظور رفع این نیاز با آنها شریک می‌شوند. در پایان اینکه، شراکت با چنین سازمان‌هایی، خط مشاوره تلفنی ترک را در اذهان هزاران فرد حرفه‌ای در سراسر ایالت نهادینه می‌سازد و باعث می‌شود آنها نیز مصرف‌کنندگان دخانیات را بیش از پیش تشویق به ترک کنند.

شرکای خط مشاوره تلفنی ترک دارای طیف متفاوتی هستند از جمله شرکای ساده‌ای که هدفشان ترویج خدمات این خط مشاوره تلفنی و ترغیب افراد در برقراری تماس است. دسته دیگر شرکای پیچیده‌تر می‌باشد که قصدشان ادغام خطوط مشاوره تلفنی ترک در برنامه‌های جامع کنترل دخانیات است. گروه بعدی حتی گروه پیچیده‌تری است، یعنی روابط پیچیده‌تری با شرکای در سطح سیستم بهداشتی مانند برنامه‌های بهداشتی درمانی دارند. این فصل موارد زیر را بررسی می‌کند: انواع شرکای خط مشاوره تلفنی، ارائه اطلاعات درباره شناسایی و سرمایه‌گذاری در موقعیت‌های شراکتی و بررسی یک مطالعه موردی درباره تلاش‌های انجام شده جهت ایجاد یک شبکه پیچیده شراکتی در ایالت ماساچوست.

## شراکت جهت تبلیغ و ارجاعات

برای خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار، ساده‌ترین و شایع‌ترین شرکا آنهایی هستند که هدفشان ترویج خدمات خط مشاوره ترک و افزایش ارجاعات آنهاست. به طور کلی خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالتی چنین روابطی را از طریق تعداد کثیری از گروه‌های مدنی، اجتماعی، بهداشتی و آموزشی فراهم می‌کنند. به منظور ایجاد و حفظ این شرکا، دولت یا پرسنل خط مشاوره تلفنی ترک می‌تواند در مراسم حمایت شده از سوی سازمان‌های مردم نهاد شرکت کنند یا با سایت‌های اینترنتی ارائه‌کننده برنامه‌های ویژه محیط‌های کاری،

مدارس تسهیلات بهداشتی درمانی یا سایر سایت‌های دیگر تماس حاصل نمایند. آنها همچنین می‌توانند مواد یا اجناس تبلیغاتی تهیه کنند مانند کارت یا بروشورهای طراحی شده برای اعضا یا پرسنل سازمان‌های شریک تا آنها را توزیع نمایند.

### گسترش روابط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی

پرسنل بهداشتی درمانی که مایلند پیش از ارجاع بیماران، اطلاعات بیشتری بدست آورند از سوی خط مشاوره تلفنی ترک کالیفرنیا مورد تشویق قرار می‌گیرند. همچنین ارجاعات پزشکان نیز با یک کارت تشکرآمیز و یک کالای تبلیغاتی حامل پیام و تلفن‌های برنامه مورد قدردانی قرار می‌گیرند. این اقدامات باعث شده این خط مشاوره تلفنی ترک سیگار ارتباطاتش را با هزاران مطب پزشک در سراسر ایالت حفظ گسترش دهد؛ مطب‌هایی که فعالانه بیماران مایل به ترک را به این خط تلفنی ارجاع می‌دهند.

از نظر استراتژیکی برای برنامه‌ریزی و ایجاد این روابط ارجاعی ساده، ایالات باید با شناسایی انواع مختلف سازمان‌های مرتبط با گروه هدف خط تلفنی شروع به کار کنند که این امر باعث می‌شود آگاهی مردم از خدمات خط مشاوره تلفنی ترک افزایش یابد، سپس در نظر داشته باشند کدام یک از آنها بیشترین تماس تلفنی را منجر می‌شوند. مورد هدف قرار دادن جمعیت‌های مصرف‌کننده دخانیات که توسط یک سازمان شریک شناسایی شده‌اند رویکرد امیدبخشی در استخدام است (Lando et al. 1992).

ایالت‌ها باید ایجاد روابط تبلیغاتی را با طیف وسیعی از سازمان‌ها در نظر گیرند که عبارتند از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان، سازمان‌های مردم‌نهاد، دانشگاه‌ها و سایر نهادها. شراکت با چنین آژانس‌ها و مؤسساتی کانال‌های پخش و روش‌های تبلیغاتی خدمات خط مشاوره تلفنی ترک را در پاسخ به تبلیغات رادیویی و تلویزیونی برای تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان دخانیات فراهم می‌کند که عبارتند از جمعیت‌های اقلیت مانند اقلیت‌های، مهاجران جدید، گروه‌های مورد هدف صنایع دخانی و افراد سیگاری که احتمال تماس‌شان با خط مشاوره تلفنی ترک کمتر است. ارجاعات ساده و روابط تبلیغاتی از جمله این کمک‌ها یک پایه و اساس قابل پیش‌بینی و همیشگی از تماس‌ها را به وجود می‌آورند که مکمل تماس‌های اتفاقی ناشی از رسانه‌هاست.

### تلاش‌های مشترک ارجاعات ارائه‌کنندگان خدمات درمانی را افزایش

#### می‌دهد

خط مشاوره تلفنی ترک سیگار ایالت ویسکنسین برنامه‌ای ترتیب داد برای مرتبط کردن ارائه‌دهندگان خدمات درمانی با خط مشاوره تلفنی ترک به نام «دورنگار برای ترک». ارائه‌دهندگان خدمات درمانی با استفاده از یک فرم ارجاعی کلی، نام و شماره تلفن‌های بیماران مایل به ترک از طریق خط مشاوره تلفنی را از طریق دورنگار ارسال کرده، سپس به طور مستقیم با بیماران تماس گرفته می‌شود تا به آنها مشاوره ارائه گردد.

### شراکت جهت ادغام خط مشاوره تلفنی ترک در یک برنامه جامع کنترل دخانیات

گرچه اکثر شراکت‌ها باعث برقراری تماس، با خط مشاوره تلفنی می‌شود، اما برخی از شراکت‌ها باعث می‌شوند خطوط مشاوره تلفنی ترک نیز راهی به سوی سایر گزینه‌های درمانی باشند. در این حالت، یک خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی لیستی از منابع برنامه‌های ترک گروهی محلی را به همه تماس‌گیرندگان ارائه می‌دهند. برخی از آنها حتی مخاطبان را مستقیماً به سایر خدمات وصل می‌کنند.

شرکایی که همکاری تنگاتنگ خدمات خط مشاوره ترک را با ایالت، بخش و برنامه‌های کنترل دخانیات محلی افزایش می‌دهند، برای برنامه‌های ادغامی کامل کنترل دخانیات حائز اهمیت می‌باشند. در ایالات دارای برنامه‌های جامع کنترل دخانیات، خط مشاوره تلفنی ترک می‌تواند منبع اصلی درون زیرساخت کنترل دخانیات باشد که کاملاً مرتبط با کل ایالت و برنامه‌ها و مؤسسات محلی است. به عنوان مثال در نیویورک که خط مشاوره تلفنی ترک سیگار با انجمن‌های کنترل دخانیات محلی همکاری نزدیکی دارد، انجمن‌های بسیاری خط مشاوره تلفنی ترک را در تبلیغات رسانه‌ای مطرح کرده و سایرین نیز از آن به عنوان منبع ارجاعات برای برنامه‌های مردم نهاد خدمت‌گزار گروه‌های حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای استفاده می‌کنند. خطوط مشاوره تلفنی ترک همچنین می‌توانند با سایر برنامه‌های بهداشت عمومی و بیماری‌های مزمن و مؤسسات همکاری داشته باشند که عبارتند از برنامه‌های کنترل سرطان، بهداشت مادر و کودک و برنامه‌هایی ویژه زنان باردار به منظور ترویج استفاده از خدمات ترک توسط گروه‌های پرخطر.

در ایالات دارای برنامه جامع کنترل دخانیات، خطوط مشاوره تلفنی ترک گاهی با اساس



برنامه‌های ایالتی یا محلی ادغام می‌شوند که به موجب ارزش تخصص ویژه آنها در ترک دخانیات است. در ایالاتی همچون ماساچوست، آریزونا، واشنگتن و نیویورک خطوط مشاوره تلفنی ترک در بسیاری از برنامه‌ها و پروژه‌های ایالتی فعال می‌باشند، مثلاً علاوه بر ارائه خدمات مشاوره تلفنی برنامه TryToStop مرکز منابع دخانی ایالت ماساچوست در آموزش، کمک‌های فنی، تبلیغات رسانه‌ای و فعالیت‌های تبلیغاتی و ترویجی نقش مهمی در ایالت، منطقه و برنامه‌های کنترل دخانیات محلی به عهده دارند.

خطوط تلفنی مشاوره ترک باید به نحوی طراحی شوند که مکمل سایر برنامه‌ریزی‌های کنترل دخانیات در سطح ایالتی و مردمی باشد. خط مشاوره تلفنی ترک براساس منابع ترک ایالتی و اولویت‌های خدمات می‌تواند به همه شهروندان یا گروه‌های منتخب با اولویت خدمات‌رسانی کند. برخی ایالت‌ها خدمات جدی ترک را برای گروه‌های با اولویت بالاتر در نظر می‌گیرند که به طور مثال عبارتند از زنان باردار یا مصرف‌کنندگان دخانیات فاقد بیمه یا بیمه‌شده توسط بیمه Medicaid. همانطور که در نظارت بر اطلاعات نیز به آن اشاره شد شرکای احتمالی باید بر اساس نیازهای کلی و کمبود خدمات یا پاسخگویی به نیازهای ضروری انتخاب شوند. به عنوان مثال، یک خط مشاوره تلفنی می‌تواند با آژانس‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در بین گروه‌های زیر همکاری کنند یعنی گروه‌هایی که مورد هدف صنایع دخانی بوده یا گروه‌های دارای ناهماهنگی‌های بهداشتی مشهود یا در محیط‌های کاری دارای تعداد زیاد پرسنل سیگاری از جمله اتحادیه‌های تجاری یا مسئولان جابجایی شهرهای بزرگ.

### شراکت جهت مورد هدف قرار دادن بزرگسالان جوان

دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها شرکای مناسبی برای ایالاتی هستند که قصد به وجود آمدن آمار بالای ترک سیگار را در بین افراد ۱۸ تا ۲۴ سال دارند. انجمن سرطان آمریکا در مری‌لند، از سوی بخش بهداشتی شهر بالتیمور کمک هزینه‌ای دریافت کرد که خدمات خط مشاوره تلفنی ترک ارائه دهد و سایر مداخلات کنترل دخانیات را نیز از جمله مؤسسات شبکه محور در هشت پردیس دانشگاهی تبلیغ نماید.

### شراکت در سطح سیستم‌های بهداشتی

ایالت‌ها می‌توانند دسترسی به خطوط مشاوره تلفنی ترک را افزایش دهند که این امر به

طریق زیر محقق می‌شود یعنی با به کارگیری شراکت‌ها در کل سیستم‌ها مانند سازمان‌هایی با اعضای فراوان در سطح ایالتی یا «سازمان‌های چتری» مانند انجمن‌های تجاری و حرفه‌ای. این سازمان‌ها می‌توانند خدمات خط مشاوره تلفنی را تبلیغ کرده یا حتی از طرف سازمان‌های کوچکتری که امکان اقدام انفرادی برای آنها وجود ندارد، قراردادهایی برای این گونه خدمات به امضاء رسانند.

سیستم‌های بهداشتی درمانی و برنامه‌های سلامت شرکای طبیعی خط مشاوره تلفنی ترک سیگار می‌باشند. خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالتی فراوانی با برنامه‌های سلامت اجرا شده در ایالات مربوطه شراکت دارند. در برخی موارد، برنامه‌های سلامت پیش از اقدام ایالتی مشاوره‌های تلفنی را جهت ترک سیگار ارائه می‌دهند. به هنگام تاسیس خطوط مشاوره ترک عمومی جدید، این ایالات مراقب بودند تا از رقابت با برنامه‌های سلامت جلوگیری کنند و دلیلی بیابند برای متوقف کردن ارائه این خدمات. به عنوان مثال، پیش از تاسیس خط مشاوره تلفنی ترک در مینه‌سوتا، برنامه‌های سلامت مختلفی که مهمترین آنها برنامه Blue Cross/Blue Shield مینه‌سوتا و کلینیک مایو می‌باشند، مشاوره‌های تلفنی به اعضای خود ارائه می‌دادند که اکثریت شهروندان مینه‌سوتا را نیز تشکیل می‌دادند. همچنین هنگامی که ایالت یوتا خط مشاوره تلفنی بزرگسالان را تاسیس کرد، برنامه بهداشتی Intermountain نیز از قبل، خدمات مشاوره‌ای ترکش را ارائه می‌داد که شامل بیش از یک پنجم شهروندان ایالتی می‌شد. طبق تعهدات مشارکت با خطوط مشاوره تلفنی ترک ایالتی، هر یک از این برنامه‌ها برای اعضای خود مشاوره ترک فراهم می‌آورند. خط مشاوره تلفنی ایالتی باعث می‌شود اعضای برنامه با ارزیابی همه مخاطبان جهت پوشش بیمه و انتقال اعضا به برنامه‌های مناسب، به سوی استفاده از این خدمات روانه می‌شوند.

سایر ایالات نیز شراکت‌های خلاقانه‌ای را با برنامه‌های سلامت گسترش داده‌اند. ایالت ماساچوست با همه برنامه‌های سلامت اصلی مذاکره کرد تا برای ارجاعات از طریق دورنگار و ارائه مشاوره تلفنی سیستم کلی اتخاذ کنند. خط مشاوره تلفنی Roswell Park (ایالت نیویورک) با شرکت Univera Healthcare یک برنامه مشاوره رایگان به نام QUIT123 برای افراد پرخطر در برنامه سلامت راه‌اندازی کرد. این برنامه برای خدمات خط مشاوره تلفنی هزینه‌ای پرداخت می‌کند که طبق آن، مطب‌های پزشکان برای بیماران یک فرم استفاده از خط مشاوره تلفنی را از طریق دورنگار می‌فرستند. سپس پرسنل خط مشاوره تلفنی ترک به منظور مشاوره با بیمار تماس حاصل می‌کنند. بنابراین یک فرم بازخورد بیمار به پزشک

مربوطه ارسال می‌شود. خط مشاوره تلفنی ترک نیز این خدمات را برای سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی فراهم می‌آورند. ایالت‌ها ایده‌های دیگری نیز برای شریک شدن هزینه‌ها با برنامه‌های سلامت دارند که آنها را راهی برای افزایش دسترسی به خطوط مشاوره تلفنی ترک می‌دانند. خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار باید در صورت امکان با ایجاد پیوند و تقویت روابط در همه سطوح سیستم بهداشتی شراکت‌های لازم را به وجود می‌آورند. به عنوان مثال، تماس با بیماران از طریق ارجاعات دورنگاری و گزارش بازخورد آنها از سوی خط مشاوره تلفنی ترک به منظور تقویت مداخلات می‌تواند برای ارائه‌دهندگان خدمات و سازمان‌های همکار نیز مفید باشد. همکاری بین برنامه‌های اصلی سلامت جهت ساخت و تقویت یک سیستم کلی ارجاعات به خدمات مشاوره تلفنی ترک ایالتی یک امر ایده‌آل است. برای ارائه‌دهندگان خدمات به ویژه آنهایی که در چندین برنامه سلامت شرکت دارند چنین سیستمی می‌تواند موانع دسترسی به درمان موثر برای بیمارانشان را کاهش دهد. مورد تحسین قرار گرفتن و انجام تبلیغات مشترک با گروه‌های پزشکی و حرفه‌ای و سازمان‌های داوطلب از طریق خبرنامه اعضا، وب سایت‌ها و جلسات سالانه روش‌های دیگری برای تشویق و تقویت استفاده از خدمات مشاوره تلفنی ترک سیگار می‌باشد.

### مطالعه موردی

#### ترک - شراکت ایالت ماساچوست در برقراری پیوند ۱۲۰۰۰ ارائه‌دهنده خدمات و بیمارانشان با مشاوره تلفنی ترک سیگار

برنامه ترک یک شراکت ناموازی بین بخش بهداشت عمومی ایالت ماساچوست و هشت برنامه سلامت تجاری و بیمه Medicaid است. برنامه ترک، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و بیماران سیگاری‌شان را به مشاوره تلفنی و سایر خدمات ترک پیوند می‌دهد. برنامه ترک از شروع کارش در سال ۲۰۰۲ با ۶۰۰۰ ارائه‌دهنده خدمات درمانی همکاری داشته و تا حد متخصصان، دندانپزشکان و مدیران برنامه‌های سلامت توسعه یافته است. این برنامه همچنین برای استفاده در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی تنظیم شده و تغییرات در سطح سیستم‌ها در این مرکز را حمایت می‌کند.

این برنامه ترک یک برنامه ارجاعی از طریق دورنگار است که قابل استفاده توسط هر ارائه‌دهنده خدمات درمانی و هر بیمار بدون توجه به وضعیت بیمه او می‌باشد. بیمارانی که از

این برنامه استفاده می‌کنند توسط مرکز منابع ترک دخانیات (برنامه TryToStop) مطلع می‌شوند و مشاوره‌های چند جلسه‌ای رایگان، مشاوره اینترنتی به آدرس <http://www.trytostop.org> و ارجاعات لازم به برنامه‌های درمانی مردم نهاد به آنها ارائه می‌شود. پزشکان گزارش بازخوردی از پیشرفت و نتایج بیمار دریافت می‌کنند و برنامه‌های سلامت، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی نیز گزارش‌های فشرده‌ای به صورت فصلنامه دریافت می‌نمایند.

کلیه پزشکان در ماساچوست به بسته برنامه ترک دسترسی داشته که شامل ابزار سیستم اداری، فرم ارجاع بیمار و مواد آموزشی بیمار می‌باشد. این بسته‌ها توسط بیش از ۱۰۰ نماینده ارائه‌دهندگان برنامه سلامت و آموزش‌دیده از سوی دانشکده پزشکی ماساچوست به خدمات درمانی ارائه می‌شوند. مواد برنامه ترک همچنین در آدرس زیر نیز وجود دارد: <http://www.quitworks.org>

در فضای مؤسسات، فعالیت گروه کاری این برنامه با بخش بهبود کیفیت بیمارستان‌ها و رهبری بالینی جهت ادغام آن با سیستم‌های مراقبت بیمار، ارجاع بیمار و فرم رضایتمندی و آموزش درمانگران می‌باشد. تاکنون بیش از ۵۰۰۰ درمانگر و ارائه‌دهنده خدمات درمانی در ماساچوست، بسته‌های برنامه ترک را دریافت کرده‌اند و هزاران فرد سیگاری نیز از خدمات آن استفاده کرده‌اند.

به موجب همکاری با ایالت، برنامه‌های سلامت ماساچوست سبب توسعه دسترسی بیماران به درمان شادمحور دخانیات می‌گردد. انجمن پزشکان ایالت ماساچوست، انجمن دندانپزشکان ماساچوست، انجمن پزشکان اطفال ایالت ماساچوست، انجمن سرطان آمریکا، انجمن قلب آمریکا، انجمن ریه آمریکا و انجمن مراکز بهداشتی ماساچوست نیز این برنامه ترک را حمایت می‌کنند.

**توصیه‌ها**

- به دنبال موقعیت‌های مناسب جهت شراکت با سیستم‌های بهداشتی، گروه‌های مردم نهاد و سازمان‌های تجاری و حرفه‌ای باشید تا خدمات خط مشاوره تلفنی ترک را تبلیغ نمایید.
- کلیه سیستم‌هایی را که عضویت فراوانی می‌پذیرند مورد هدف قرار دهید: از جمله برنامه‌های سلامت، سیستم‌های آموزشی آژانس‌های خدمات انسانی و بهداشت عمومی، بیمه‌ها، اتحادیه‌های تجاری و بازرگانی و سایر سازمان‌ها.
- روابطی را بنا نهید که همکاری وثیق خدمات خط مشاوره تلفنی ترک را با ایالت، بخش و برنامه‌های محلی کنترل دخانیات تقویت کند.
- شرکا و جمعیت‌های مورد هدف را از نظر استراتژیک به نحوی انتخاب کنید که همسو با اهداف کلی برنامه کنترل دخانیات، نیازها و گروه‌های با اولویت باشند.
- شرکای خود را به نحوی انتخاب کنید که خدمات خط مشاوره تلفنی ترک سیگار را تبلیغ نموده و مداخلات لازم در سطح سیستم‌ها و تغییرات سیاست‌گذاری در سازمان‌های شریک را مورد تشویق قرار دهند.



## فصل یازدهم

# جهت‌گیری‌های آینده

### مرور اجمالی

خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار در آینده در دو زمینه توسعه می‌یابد. یکی در زمینه افزایش خدماتی که ارائه می‌دهند تا شامل پروتکل‌های جدید مشاوره‌ای برای گروه‌های خاص و راهکارهای مداخله‌ای شود که فراتر از مشاوره است. دوم اینکه چنانچه شراکت‌های فعلی خطوط مشاوره تلفنی ترک افزایش یابد تاثیرگذاری این خطوط بر مردم نیز بیشتر خواهد شد و امکان جدیدی برای همکاری و ارائه خدمات تخصصی فراهم می‌آید. اعمال این تغییرات تلاش بیشتری در بین مردم ایالات مختلف به وجود می‌آورد که همکاری دوجانبه‌ای برای بسط پروتکل، مدیریت عملکرد و ارزیابی برنامه حاصل می‌شود.

### افزایش ارائه خدمات

اگرچه تحقیقات نشان داده است که مشاوره تلفنی در شرایط متعددی موثر واقع شده، اما شواهد لازم برای افراد سیگاری بزرگسال انگلیسی و اسپانیایی زبان اندک می‌باشد. چنانچه شواهدی دال بر تاثیرپذیری مداخلات برای سایر گروه‌ها وجود داشته باشد همچنین خطوط مشاوره تلفنی ترک، ظرفیت خود را جهت ارائه خدمات ویژه زبان و فرهنگ‌های خاص به گروه‌های بیشتر افزایش دهند، لیست خدمات مشاوره‌ای شاهدمحور نیز افزایش خواهد یافت. همچنین، همانطور که خطوط مشاوره تلفنی ترک سیگار تجربه بالینی بیشتری بدست می‌آورند و به چالش‌های جدیدی پاسخ می‌دهند، با پروتکل‌های موجود خود نیز هماهنگ خواهند شد. به عنوان مثال افراد سیگاری که از دارودرمانی‌های جدیدی استفاده می‌کنند ممکن است برنامه‌های مشاوره‌ای متفاوتی نیاز داشته باشند. زیرا هر رژیم دارویی، زمانبندی خود را دارد و خطوط تلفنی مشاوره ترک باید پروتکل‌های خود را تنظیم کنند تا از بیماران مصرف‌کننده این داروها حمایت کرده، وضعیت خود را در پایان رژیم دارویی ارزیابی نموده و به هنگام کم کردن یا قطع داروها آنها را حمایت کنند تا از احتمال عود آنها بکاهند.

هر چه خطوط مشاوره تلفنی ترک در ایالت خود بیشتر نهادینه شوند، تعداد مخاطبانی که به طور مکرر تماس می‌گیرند نیز افزایش می‌یابد و نیاز برای روش‌های موثر کمک به آنها نیز افزایش می‌یابد. در عین حال، تعداد تماس‌گیرندگان قبلی که دچار عود مصرف شده‌اند و دیگر تماس نگرفته‌اند نیز افزایش می‌یابد اما اپراتورهای خط مشاوره تلفنی نیز به دنبال راهی برای کمک به آنها هستند. آشنایی که این مخاطبان قبلی با خطوط مشاوره تلفنی ترک دارند باعث ارتباط مجدد گشته و پرسنل خط مشاوره تلفنی نیز می‌توانند به آنها کمک



کنند تا تلاش مجددی برای ترک نمایند. پروتکل‌هایی که مشاوران را ملزم به برقراری تماس با مخاطبان می‌سازد به طور ویژه‌ای برای این نوع افراد سیگاری موثر است. هر چقدر که خطوط تلفنی ترک منابعمش را بیشتر گسترش دهد، راهکارهای مداخله‌ای بیشتری اتخاذ می‌کند و از مواد کمک آموزشی و مشاوره تلفنی کمک می‌گیرد. این راهکارها شامل هزینه‌های سنگین راهاندازی می‌شود اما هزینه‌های حاشیه‌ای اندک نیز وجود دارد که شامل فعالیت‌های شبکه‌ای، خدمات تلفن گویا و ارسال پستی مناسب می‌باشد. به عنوان مثال، هر چه تعداد افراد استفاده‌کننده از اینترنت افزایش یابد، احتمال استفاده این افراد از خدمات ترک مناسب نیز به وسیله اینترنت بیشتر خواهد شد. همچنین می‌توان برخی از مخاطبان را به برنامه اینترنتی پیشگیری از عود به جای پیگیری‌های مشاوره‌ای هدایت کرد، اگر چه این راهکار هنوز آزمایش نشده است. همچنین از دید خدمات تلفن گویا که از طریق آن مخاطبان به اطلاعات جزئی و شخصی دست می‌یابند، امکان ارائه اطلاعات ترک از طریق این رسانه را افزایش می‌دهد. در نهایت روش کاربردی تواما با تکنولوژی ضعیف ارسال خودکار نامه‌های مناسب باعث می‌شود خطوط تلفنی مشاوره ترک میزان اشتغالشان با مخاطبان را افزایش دهد تا حمایت‌های بیشتری به افراد ارائه دهند اما همه این راهکارهای خلاقانه لازم است قبل از استفاده فراگیر ارزیابی شوند. با استفاده از نرم‌افزار مدیریت روابط مشتری ترکیب راهکارهای مداخله‌ای جاری یا اضطراری را اعمال کرد. این نرم‌افزار قصد دارد شرایطی فراهم کند که سازمان‌ها بتوانند از طریق انواع رسانه‌ها (تلفن، دورنگار، پست الکترونیک و غیره) به مشتریان بیشتری خدمات ارائه دهند که این امر براساس اولویت فردی هر مشتری می‌باشد. اگر چه کاربرد نرم‌افزار مدیریت روابط مشتری موجود موفقیت اندکی در رسیدن به اهداف سازمان‌ها داشته است، اما اصلاحات لازم در دست اجراست و چنانچه راهکارهای مداخله‌ای خطوط مشاوره تلفنی ترک پیچیده‌تر شود می‌تواند به چنین برنامه‌هایی تکیه کنند.

### افزایش تاثیر بر گروه‌ها

ایالاتی که برنامه‌های جامع کنترل دخانیات را اعمال می‌کنند به هنگام برقراری تعادل در اولویت‌ها با مشکلات فراوانی روبرو می‌شوند. پاسخ به اینکه چه مقدار سرمایه صرف ترک می‌شود کار آسانی نیست چرا که در مقابل سایر اولویت‌ها از جمله پیشگیری از دسترسی جوانان به دخانیات یا کاهش مواجهه با دود تحمیلی می‌باشد از این رو، لازم است افرادی که

در زمینه ترک دخانیات کار می‌کنند اطمینان یابند که تلاش‌هایشان نه تنها در سطح مصرف‌کنندگان فردی دخانی بلکه در سطح جامعه نیز موثر باشد. خطوط مشاوره تلفنی ترک اهمیت زیادی به دست آورده‌اند زیرا آنها شواهدی از کارایی بالینی خود و همچنین اثربخشی در شرایط واقعی فراهم کرده‌اند و این امر همچنین به دلیل توانایی‌شان در جهانی کردن خدمات ترک نیز می‌باشد. اما همچنان لازم است مطالعات بیشتری انجام شود بر روی تاثیر تبلیغات و کارایی خطوط مشاوره تلفنی ترک در زمینه شیوع مصرف دخانیات در ایالاتی که دارای این خطوط می‌باشند. هر خط مشاوره تلفنی ترک سالانه به هزاران مصرف‌کننده دخانیات خدمات ارائه می‌دهد- آماری که به ندرت سایر خدمات رفتاری توانسته‌اند به آن دست یابند- و در طول زمان، بسیاری از خطوط مشاوره تلفنی ترک افزایش شدیدی در مصرف از آنها داشته‌اند. با این وجود، خطوط مشاوره تلفنی ترک در حال حاضر تنها سالانه برای یک تا پنج درصد از مصرف‌کنندگان دخانیات در ایالات خود در دسترس می‌باشد. از این رو، برای تاثیر بیشتر آن بر روی جمعیت، آمار مصرف از این خدمات حتی بیشتر از این نیز باید افزایش یابد. براساس تجربه خطوط مشاوره تلفنی ترک خصوصی که در خدمت برنامه‌های سلامت هستند دیده می‌شود که خطوط مشاوره تلفنی ترک در سراسر ایالت به طور بالقوه می‌تواند سالانه به ۱۰٪ از جمعیت مصرف‌کنندگان دخانیات خدمات‌رسانی کند (McAfee 2002).

### مشارکت به منظور رشد

به نظر می‌رسد آمار استفاده از خطوط مشاوره تلفنی ترک، اندک باشد. این امر نه به دلیل عدم علاقه ترک یا بر اثر این باور که کمک گرفتن ضرورتی ندارد (Zhu & Anderson 2000) نمی‌باشد، بلکه به این دلیل است که میزان سرمایه موجود برای تبلیغات و اداره آنها مناسب نیست. هجوم زیاد تماس‌ها با خط مشاوره تلفنی به طور معمول به هنگام پخش تبلیغات نیز نشان‌دهنده تقاضای زیاد برای این خدمات است. در نتیجه همانطور که خطوط مشاوره تلفنی ترک سعی در افزایش تاثیر بر مردم را دارند، به دنبال راه‌های جدید برای افزایش آگاهی عمومی و استفاده از خدمات و روش‌های پرداخت این خدمات نیز می‌باشند. یکی از روش‌هایی که خطوط مشاوره تلفنی ترک می‌تواند به اهداف فوق دست یابند، انجام مشارکت بیشتر با سیستم مراقبت بهداشتی است. در حدود ۷۰٪ افراد سیگاری حداقل یک بار در سال به پزشکان خود مراجعه می‌کنند (CDC 1993a)، اما کمتر از ۵٪ آنها از خط

مشاوره تلفنی ترک استفاده می‌کنند (Zhu 2002a). همانطور که در فصل یک اشاره شد، محدودیت‌های زمانی اغلب مانع می‌شود پزشکان بتوانند مشاوره‌های ترک شخصی به بیماران سیگاری ارائه دهند. پزشکان نیز این معضل را با ارجاع دادن بیماران به یک خط مشاوره تلفنی ترک رفع می‌کنند (Schroeder 2003). بسیاری از خطوط مشاوره تلفنی ایالتی با پزشکان همکاری داشته‌اند اما همکاری آنها در حال محدود شدن به پزشکان است که علاقه ویژه‌ای به ترک دارند.

به منظور افزایش چشمگیر استفاده از خدمات بهداشتی، ارجاعات خط مشاوره تلفنی ترک باید بر یک سطح نظام‌مند نهادینه شود اگر کلینیک‌ها به طور دائم مصرف‌کنندگان دخانیات را شناسایی کنند، آنها را تشویق به ترک کرده و راضی به برقراری تماس با یک متخصص ترک نموده‌اند، پرسنل خط مشاوره تلفنی نیز می‌توانند برای آنها مشاوره فراهم آورند. در این زمینه تلاش‌های بسیاری صورت گرفته است. به عنوان مثال در ایالت آریزونا، خط مشاوره تلفنی ترک از ارجاعات ارسالی توسط دورنگار استفاده کرده تا مشتریان برنامه تکمیلی تغذیه‌ای ویژه زنان، نوزادان و کودکان (WIC) را شناسایی کرده که مشاوره‌های لازم را جهت ترک به آنها ارائه دهند. برنامه WIC مشتریان سیگاری را شناسایی کرده، از آنها اجازه کتبی دریافت می‌کند جهت کمک به ترک آنها که مشاوره تلفنی بتواند با آنها تماس گیرد و همچنین اطلاعات را به خط مشاوره تلفنی از طریق دورنگار ارسال می‌کنند. مطالعات نشان داده است که یک رویکرد برقراری تماس از سوی خط تلفنی جهت ارائه مشاوره به طرز مشهودی درصد بیماران سیگاری دریافت‌کننده مشاوره ترک را افزایش می‌دهد. در یک مطالعه با استفاده از این رویکرد آمار استفاده از مشاوره از ۳٪ به ۳۵٪ افزایش یافت (Cummins et al. 2002).

سیستمی که اجازه می‌دهد پرسنل کلینیک یک بیمار را (با رضایت خودش) به مشاوره بفرستد و این امر هنگامی صورت گیرد که بیمار هنوز در مطب پزشک است و از طریق سیستم برنامه‌ریزی امن اینترنتی صورت گیرد، روند ارجاعات را حتی مفیدتر نیز می‌سازد. در یک الگویی که هزینه‌ها به طور مشترک پرداخت می‌شوند همکاری موثر بین بخش خصوصی و دولتی مشهود است و استفاده از خطوط مشاوره تلفنی ترک و درمان بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات را کاملاً افزایش می‌دهد به طوری که سازمان‌های بهداشتی مدیریت شده تنها هزینه خدماتی را تقبل می‌کنند که به طور مستقیم به این سیستم برنامه‌ریزی شده مربوط باشند، حال آن که ایالت همچنان تمامی خدمات دریافتی را

می‌پردازد.

لازم به ذکر است که چنین همکاری بین خطوط مشاوره تلفنی ترک و سازمان‌های بهداشتی مدیریت شده نیز می‌تواند کیفیت درمان وابستگی به دخانیات را در سیستم بهداشتی بهبود بخشد. برای مثال، خطوط مشاوره تلفنی ترک می‌توانند باعث افزایش پذیرش بیمار برای درمان ترک نسخه‌های پزشک گردند به عنوان مثال درمان جایگزین نیکوتین از طریق ارائه اطلاعات کامل درباره مصرف صحیح داروها به بیمار، پاسخگویی به پرسش‌های آنها درباره اثرات جانبی داروها و غیره. خطوط مشاوره تلفنی ترک حتی می‌توانند مستقیماً باعث کمک در ترک شوند و موانع دسترسی و وسوسه‌های بیمار در پیروی از توصیه‌های پزشک رفع نمایند. برخی از خطوط مشاوره تلفنی ترک چنین کارهایی را انجام داده‌اند (McAfee 2000) به طوری که مطالعات نشان داده‌اند که کاهش موانع دارودرمانی، مصرف آن را افزایش می‌دهد (Hopkins et al 2001).

خطوط مشاوره تلفنی ترک همچنین باعث حمایت بیمار در پذیرش روند درمان ترک می‌شود به طوری که به آنها کمک می‌کنند تا از سایر خدمات حمایتگر محلی موجود (مانند کلاس‌های ترک ویژه فرهنگ‌های مختلف) یا مشاوره‌های فردی یا ترکیبی با خط مشاوره تلفنی استفاده کنند. بدین ترتیب، یک خط مشاوره تلفنی ترک می‌تواند به عنوان قطبی از سیستم ایالتی جامع خدمات ترک شاهد محور به فعالیت بپردازد. بنابراین باعث افزایش تاثیر بر جمعیت مورد نظر نه تنها از طریق ارائه خدمات مشاوره موثر شده، بلکه از طریق افزایش استفاده از سایر منابع موجود در ترک از جمله دارودرمانی‌ها و برنامه‌های ترک گروهی می‌گردد (Pacific Center on Health and Tobacco 2003).

چنانچه ایالت‌ها سعی در گسترش فعالیت خطوط مشاوره تلفنی ترک خود دارند، باید موانع ناشایست ایجاد شده توسط برخی گروه‌های مصرف‌کننده دخانیات نیز مورد خطاب قرار دهند. آنها نباید صرفاً از افزایش آمار کلی استفاده از این خدمات راضی باشند. آنها همچنین باید اختلاف در شیوع مصرف دخانیات و استفاده از منابع ترک را نیز مورد نظر گیرند. همچنین دیده شده است که خطوط تلفنی بیشتر از برنامه‌های بالینی سنتی می‌توانند به افراد سیگاری با زمینه‌های اقلیت قومی خدمات‌رسانی کنند (Zhu et al. 1995). از آنجایی که مصرف سیگار به طرز رو به رشدی در بین افراد با وضعیت اجتماعی اقتصادی ضعیف متمرکز شده، الزامی است که خطوط مشاوره تلفنی ترک برای کمک به این قشر تلاش خود را افزون کند. بسیاری از مصرف‌کنندگان دخانیات متعلق به وضعیت اجتماعی اقتصادی

ضعیف، دارای بیمه درمانی نامناسبی بوده و به اندازه دیگران از سیستم بهداشتی استفاده نمی‌کنند. خطوط مشاوره تلفنی ترک در زمینه ترک به عنوان «برابرکننده» عمل کرده‌اند زیرا تلفن جزو محدود چیزهایی است که اکثر مردم دارا می‌باشند فارغ از اینکه متعلق به سطح ضعیف اجتماعی اقتصادی باشند (Fiore et al. 2004). علاوه بر این، خدمات خط مشاوره تلفنی ترک ایالتی به طور رایگان برای مخاطبان فراهم می‌باشد. این دو مورد موفق باعث می‌شود خطوط مشاوره تلفنی ترک برای مناطقی با سطح ضعیف اجتماعی اقتصادی به عنوان مداخله ایده‌آلی برای عموم مردم محسوب گردد. به عنوان مثال، تبلیغات هدفمند بیلبوردها می‌تواند در مناطقی با سطح ضعیف اجتماعی اقتصادی به نمایش درآید.

هدف افزایش اثرگذاری خطوط مشاوره تلفنی ترک بر مردم می‌تواند از طریق سیاست‌گذاری‌های قوی حمایت گردد مانند قوانینی که از سوی سوکمیسیون ترک وزارت بهداشت و کمیسیون خدمات انسانی استعمال دخانیات و بهداشت ایالات متحده آمریکا مطرح شده است (Fiore et al. 2004). در برنامه ملی ترک دخانیات، این کمیسیون نظارتی ملی دعوت به تاسیس شبکه ملی خطوط مشاوره تلفنی ترک نمود که دسترسی کلی به مشاوره‌های شاهدمحور و داروهای ترک دخانیات و یک پورتال ملی برای هر ایالت یا منطقه دارای خط مشاوره تلفنی ترک را فراهم می‌آورد. همچنین درخواست حمایت‌های مالی نمود که فراتر از مبلغ دریافتی فعلی خطوط مشاوره تلفنی ترک است.

به منظور حمایت جدی از قوانین حمایتگر، خطوط مشاوره تلفنی ترک باید موفقیت‌های خود را محکم‌تر کرده و ارزش خود را به عنوان یک رویکرد جمعیت محور موثر در زمینه ترک بنا نهد. همچنین جهت ارائه حمایت‌های علمی جامع‌تر برای چنین قوانینی به انجام تحقیقات بیشتر الزامی است.

### همکاری رو به رشد

با هدف کمک به تحکیم موفقیت‌ها و برداشتن گام فعال‌تری در کاهش شیوع مصرف دخانیات در ایالات، سرمایه‌گذاران خطوط مشاوره تلفنی ترک، محققان و اپراتورها کنسرسیومی تشکیل دادند تا همکاری با خطوط مشاوره تلفنی را در ایالت‌ها افزایش دهند (Ossip-Klein 2002, Bailey 2003). این کنسرسیوم قصد دارد نه تنها به سازمان‌های عضو کمک کند، بلکه قصد دارد باعث پیشرفت این زمینه نیز گردد.

از این همکاری، مزایای متعددی حاصل می‌گردد. اول اینکه یک کنسرسیوم باعث می‌شود

اطلاعات و تجربیات به طور مفیدتر و کامل‌تر از حالت عادی روند انتشارات استاندارد توزیع گردد. برای مثال، اطلاعات عملی درباره عملکرد خط مشاوره تلفنی ترک که احتمال چاپشان در مجلات بررسی هم‌تراز کم می‌باشد به سادگی از طریق یک کنسرسیوم قابل انتشار است. نکته دوم این است که یک کنسرسیوم همکاری در زمینه تحقیق و آموزش را تسهیل می‌نماید. تنوع طبیعی که در بین خطوط تلفنی ترک وجود دارد شرایط ایده‌آلی را برای تحقیق فراهم می‌سازد. آنها همچنین باعث به وجود آمدن نیاز برای انباشتگی داریم و نشر سریع آگاهی در بین بنیان‌گذاران خطوط مشاوره تلفنی ترک و پزشکان می‌گردند. سوم اینکه، یک کنسرسیوم می‌تواند استانداردهای حداقل برای خدمات‌رسانی را وضع کرده و قوانین تضمین کیفیت مناسب را بهبود بخشد تا اطمینان دهد که خطوط مشاوره تلفنی عضو از یک مجموعه شاهد محور قوی در حال فعالیت می‌باشند. در آخر اینکه، یک کنسرسیوم می‌تواند آگاهی عموم و قوانین لازم را بهبود بخشد با این محتوا که خطوط مشاوره تلفنی ترک چه کارهایی می‌توانند و باید انجام دهند تا باعث کاهش شیوع مصرف دخانیات گردد.

**منابع:**

Anderson CM, Zhu SH. The California Smokers' Helpline and low-SES smokers. Paper presented at the National Conference on Tobacco or Health, San Francisco, CA, November 19-21, 2002.

Anderson CM, Zhu SH. The California Smokers' Helpline: A Case Study. Sacramento, CA: California Department of Health Services, 2000.

Bailey L. The alliance for tobacco cessation: lessons learned about expanding coverage for evidence-based tobacco dependence treatment. Paper presented at the Ninth Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, New Orleans, LA, February 19-22, 2003.

Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction* 2004;99(3):369-377.

Borland R, Segan CJ, Livingston PM, Owen N. The effectiveness of callback counselling for smoking cessation: a randomized trial. *Addiction* 2001;96(6):881-889.

Burns DM. Smoking cessation: recent indicators of what's working at a population level. In: National Cancer Institute. Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 00-4892, November 2000:99-128.

Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health. Unpublished quitline data.

Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs—United States, 1995-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002a;51(14):300-303.

Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002b;51(29):642-645.

Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—August 1999. Atlanta, GA: U.S. Department of

Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999.

Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit—United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993a;42(44):854-857.

Centers for Disease Control and Prevention. Use of smokeless tobacco among adults—United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993b;42(14):263-266.

Cummins SE, Zhu SH, Anderson CM. Telephone quitlines for high-risk or hard-to-reach populations. Paper presented at the National Conference on Tobacco or Health, San Francisco, CA, November 19-21, 2002.

Curry S, McBride C, Grothaus LC, et al. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(6):1005-1014.

Earle R. *The Art of Cause Marketing: How to Use Advertising to Change Personal Behavior and Public Policy*. Lincolnwood, IL: NTC Business Books, 2000.

Farrelly MC, Pechacek TF, Chaloupka FJ. The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981-2000. *Journal of Health Economics* 2003;22(5):843-859.

Fiore MC, Croyle RT, Curry SJ, et al. Preventing 3 million premature deaths and helping 5 million smokers quit: a national action plan for tobacco cessation. *American Journal of Public Health* 2004;94(2):205-210.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, June 2000.

Fishbein HA, Unger JB, Johnson CA, et al. Interaction of population-based approaches for tobacco control. In: National Cancer Institute. *Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population*. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 00-4892, November 2000:223-233.



Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive Medicine* 1986;15(5):451-474.

Floyd RL, Rimer BK, Giovino GA, et al. A review of smoking in pregnancy: effects on pregnancy outcomes and cessation efforts. *Annual Review of Public Health* 1993;14:379-411.

Greenwald P, Cullen JW. The new emphasis in cancer control. *Journal of the National Cancer Institute* 1985;74(3):543-551.

Hatsukami DK, Severson HH. Oral spit tobacco: addiction, prevention and treatment. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;1(1):21-44.

Hollis J, Polen M, Whitlock E, et al. Efficacy of a brief tobacco prevention and cessation program for teens seen in routine medical care (Teen REACH). Paper presented at the National Cancer Institute Youth Tobacco Research Meeting, Palm Harbor, FL, June 2002.

Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;20(Suppl 2):16-66.

Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, et al. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;5(1):13-25.

Lando HA, Hellerstedt WL, Pirie PL, et al. Brief supportive telephone outreach as a recruitment and intervention strategy for smoking cessation. *American Journal of Public Health* 1992;82(1):41-46.

Lichtenstein E, Glasgow RE. Smoking cessation: what have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60(4):518-527.

Lichtenstein E, Zhu SH, McAfee T. Smoking cessation quitlines: fusing research and practice. Symposium presented at the 24th Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, Salt Lake City, UT, March 19-22, 2003.

Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, et al. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research* 1996;11(2):243-257.

McAfee T. Increasing the population impact of quitlines. Paper presented at the North American Quitline Conference, Phoenix, AZ, May 8-10, 2002.

McAfee T, Sofian NS, Wilson J, et al. The role of tobacco intervention in population-based health care: a case study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;14(Suppl 3):46-52.

McAlister AL, Rabius V, Geiger A, et al. Telephone assistance for smoking cessation: one year cost effectiveness estimations. *Tobacco Control* 2004;13(1):85-86.

McDonald P, Colwell B, Backinger CL, et al. Better practices for youth tobacco cessation: evidence of review panel. *American Journal of Health Behavior* 2003;27(Suppl 2):S144-S158.

Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, et al. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000;9(Suppl III):iii80-iii84.

Mermelstein R. Youth smoking cessation. Paper presented at Tobacco Control Research: Investing in Science for the Public's Health. Washington, DC, June 17-19, 2003.

Niaura R, Abrams DB. Smoking cessation: progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(3):494-509.

New Jersey Comprehensive Tobacco Control Program. 2001 Annual Report. New Jersey Department of Health and Senior Services, 2001. Available at <http://www.state.nj.us/health/as/ctcp/annualreport.htm>. Accessed March 24, 2004.

Orleans CT, Melvin CL, Marx JF, et al. National action plan to reduce smoking during pregnancy: the National Partnership to Help Pregnant Smokers Quit. *Nicotine & Tobacco Research* 2004; 6(Suppl 2):S269-S277.

Orleans CT, Schoenbach VJ, Wagner EH, et al. Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59(3):439-448.

Ossip-Klein DJ. The concept of a consortium for quitlines. Paper presented at the North American Quitline Conference, Phoenix, AZ, May 8-10, 2002.

Ossip-Klein DJ, McIntosh S. Quitlines in North America: evidence base and applications. *American Journal of Medical Science* 2003;326(4):201-205.

Ossip-Klein DJ, Giovino GA, Megahed N, et al. Effects of a smoker's hotline: results of a 10-county self-help trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59(2):325-332.

Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;9(2):148-154.

Pacific Center on Health and Tobacco. Linking a Network: Integrating Quitlines with Health Care Systems, 2003. Available at <http://www.paccenter.org>. Accessed March 24, 2004.

Padgett DI, Zhu SH, Sun J, Strychacz C. Characteristics of smokeless tobacco users calling a statewide tobacco cessation quitline. Paper presented at the National Conference on Tobacco or Health, San Francisco, CA, November 19-21, 2002.

Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal* 2000;321(7257):323-329.

Powers P. Impact of media on the Arizona Smokers' Helpline: three-year comparison. 11th World Conference on Tobacco or Health, Chicago, August 6-11, 2000. Available at <http://www.tepp.org/presentations>. Accessed March 24, 2004.

Powers P, Wentzel TM, Ranger-Moore J. Impact of pharmacotherapy usage and social support on quit rates for Hispanic clients of the Arizona Smokers' Helpline. Paper presented at the National Conference on Tobacco or Health, New Orleans, LA, November 27-29, 2001. Available at <http://128.196.174.132/bigfiles/hispanics-NCTOH2001.ppt>. Accessed March 24, 2004.

Powers P, Wentzel TM, Ranger-Moore J, et al. Attracting motivated quitters to a smokers' helpline using television advertising. Poster presented at the 21st Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, Nashville, TN, April 5-8, 2000a. Available at <http://www.tepp.org/presentations/chuck2000/index.htm>. Accessed March 24, 2004.

Powers P, Ranger-Moore J, Wentzel TM, et al. Impact of television advertising on helpline clients' stages of change. Poster presented at the Sixth Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Arlington, VA,

February 18-20, 2000b. Available at [http://www.tepp.org/presentations/Impact\\_2000/index.htm](http://www.tepp.org/presentations/Impact_2000/index.htm). Accessed March 24, 2004.

Powers P, Wentzel TM, Ranger-Moore J, et al. Effects of television advertising on tobacco use cessation helpline calls. Poster presented at the 127th Annual Meeting of the American Public Health Association, Chicago, November 7-11, 1999.

Rosen E. *The Anatomy of Buzz* New York: Doubleday, 2000.

Schroeder SA. Thirty seconds to save a life: what busy clinicians can do to help their patients quit smoking. Presented at a meeting of BlueCross/BlueShield Association executives, San Francisco, CA, November 12, 2003. Available at <http://smokingcessationleadership.ucsf.edu>. Accessed April 10, 2004.

Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, et al. A self-help cessation program for smokeless tobacco users: comparison of two interventions. *Nicotine & Tobacco Research* 2000;2(4):363-370.

Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2004, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004.

Stevens C. Designing an effective counteradvertising campaign—California. *Cancer* 1998;83 (Suppl 12):2736-2741.

Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Mount K. Implementation and effectiveness of a brief smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care* 2000;38(5):451-459.

Swan GE, McAfee T, Curry SJ, et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 2003;163(19):2337-2344.

Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *American Journal of Public Health* 2002;92(6):990-996.

U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000a.

U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2000b.

U.S. Department of Health and Human Services. Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1998.

Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin* 1992;111(1):23-41.

Waa A, Glasgow H, McCulloch M. Subsidisation of nicotine replacement therapies through the New Zealand Quitline. Paper presented at the Second European Quitline Conference, Barcelona, Spain, September 6-8, 2000.

Wakefield M, Borland R. Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. *Tobacco Control* 2000;9(2):117-119.

Weinreich NK. *Hands-On Social Marketing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999.

Zhu SH. A quitline for teen smokers. Paper presented at the Youth Tobacco Research Meeting, Washington, DC, June 17-19, 2003.

Zhu SH. A survey of quitlines in North America. Paper presented at the North America Quitline Conference, Phoenix, AZ, May 8-10, 2002a.

Zhu SH. Special populations: adolescents, pregnant women, SLT users. Paper presented at the North American Quitline Conference, Phoenix, AZ, May 8-10, 2002b.

Zhu SH. Telephone quitlines for smoking cessation. In: National Cancer Institute. *Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population*. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. Bethesda, MD: U.S. Department of Health

and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 00-4892, November 2000:189-198.

Zhu SH, Anderson CM, Johnson CE, et al. A centralized telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control* 2000;9(Suppl II):ii48-ii55.

Zhu SH, Anderson CM. Bridging the clinical and public health approaches to smoking cessation: California Smokers' Helpline. In: Jamner MS, Stokols D, eds. *Promoting Human Wellness: New Frontiers for Research, Practice, and Policy*. Berkeley, CA: University of California Press, 2000:378-394.

Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ, et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quit-line for smokers. *New England Journal of Medicine* 2002;347:1087-1093.

Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(1):202-211.

Zhu SH, Rosbrook B, Anderson CM, et al. The demographics of help-seeking for smoking cessation in California and the role of the California Smokers' Helpline. *Tobacco Control* 1995;4(Suppl I): S9-S15.

## ضمیمه

## ضمیمه الف: منابع اینترنتی ترک دخانیات

منابع ایالتی

ایالت	آدرس سایت
آریزونا	www.ashline.org
کالیفرنیا	www.californiasmokershelpline.org
کلورادو	www.co.quitnet.com
کنکتیکات	www.ctquitline.org
آیووا	www.quitlineiowa.org
مری‌لند	www.smokingstopshere.com
ماساچوست	www.trytostop.org
میشیگان	www.hpclearinghouse.org/tobacco/intobacco.html
نیوجرسی	www.nj.quitnet.com
نیومکزیکو	www.thestink.org
نیویورک	www.nysmokefree.com
نوادا	www.livingtobaccofree.com
اریگان	www.oregonquitline.org
یوتا	www.tobaccofreeutah.org
ویرجینیا	www.smokefreevirginia.org
واشنگتن	www.quitline.com
وست ویرجینیا	www.ynotquit.com

منابع بیشتر

سازمان	آدرس سایت
انجمن سرطان آمریکا	www.cancer.org
آژانس تحقیقات بهداشتی و کیفیت	www.ahrq.gov
موسسه میراث آمریکا	www.americanlegacy.org
انجمن ریه آمریکا	www.lungusa.org/tobacco
مراکز پیشگیری و کنترل بیماری	www.cdc.gov/tobacco/how2quit.htm
مرکز ترک دخانیات	www.ctcinfo.org
دفتر نظام پزشکی	www.surgeongeneral.gov/tobacco
موسسه ملی سرطان	www.smokefree.gov
خانواده‌های بدون دخانیات	www.smokefreefamilies.org