فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، دوره ۲۰، شماره ۴، تابستان ۱۴۰۵، صفحات ۲۸۰-۲۳۵

کاربست تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی سلامت و پیامدهای آن برای توسعه اجتماعی: ارائه یک مدل پارادایمی

دکتر محمدرضا جلیلوند[۱]، دکتر بهزاد محمدیان[۲]، کریم غانم جسام العبیدی[۳]

تاریخ وصول: ۱۴۰۵/۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۹

چکیده:

هدف این پژوهش، طراحی یک مدل پارادایمی برای کاربست تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی حوزه بهداشت و درمان و پیامدهای آن برای توسعه اجتماعی است. این پژوهش با رویکرد کیفی و مبتنی بر ترکیب استراتژی‌های مرور نظام‌مند ادبیات و نظریه داده‌بنیاد طراحی شده است. با مرور نظام‌مند ادبیات، مقوله‌های محوری اولیه در قالب مدل پارادایمی (شامل شرایط علّی، پدیده، استراتژی‌ها، شرایط مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای و پیامدها) استخراج شد. در مجموع ۸۴ مقاله پس از اجرای فرآیند PRISMA شناسایی و فیلتر گردید و مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در بُعد شرایط علّی، عواملی نظیر ناکارآمدی تصمیم‌گیری عقلانی، پیچیدگی محیط‌های انتخاب، و محدودیت سیاست‌های سنتی، محرک اصلی حرکت به سمت تلنگرزنی هستند. در بُعد پدیده، تلنگرزنی به‌صورت ترکیبی از طراحی معماری انتخاب، و بهره‌گیری از سوگیری‌های شناختی تعریف شد. استراتژی‌های مؤثر شامل رویکردهای رفتاری، ارتباطی، انگیزشی، و نهادی بودند. همچنین شرایط مداخله‌گر (نظیر ظرفیت نهادی و زیرساخت‌های داده‌ای) و شرایط زمینه‌ای (مثل ساختار خدمات) نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا شکست مداخلات ایفا می‌کنند. در بُعد پیامدها، نتایج نشان داد که تلنگرزنی به تغییرات رفتاری در سطح فردی، پیامدهای نظام سلامت و خدمات درمانی، پیامدهای اقتصادی و هزینه‌ای، پیامدهای اجتماعی و جمعیتی و پیامدهای حکمرانی و سیاست‌گذاری عمومی می‌انجامد.

مفاهیم کلیدی: *تلنگرزنی، سیاست‌گذاری رفتاری، نظام سلامت، نظریه داده‌بنیاد، مدل پارادایمی*

---

[۱] عضو هیأت علمی گروه مدیریت بازرگانی و کارآفرینی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی، دانشگاه تهران، قم، ایران (نویسنده مسئول) rezajalilvand@ut.ac.ir

[۲] عضو هیأت علمی گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی، دانشگاه تهران، قم، ایران b.mohammadian@ut.ac.ir

[۳] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی گرایش خط مشی‌گذاری، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی، دانشگاه تهران، قم، ایران kareemalhma@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

در دهه‌های اخیر، سیاست‌گذاری عمومی در حوزه بهداشت و درمان با چالش‌های پیچیده و چندلایه‌ای مواجه شده است که صرفاً با اتکا به رویکردهای سنتیِ مبتنی بر عقلانیت کامل و ابزارهای دستوری ـ کنترلی قابل حل نیست. افزایش هزینه‌های نظام سلامت، محدودیت منابع مالی و انسانی، تغییر الگوهای بیماری، رشد بیماری‌های غیر واگیر، و همچنین نقش تعیین‌کننده رفتار شهروندان در موفقیت یا شکست سیاست‌های سلامت، ضرورت بازاندیشی در شیوه‌های مداخله دولت‌ها را بیش از پیش آشکار ساخته است (*Volpp & et. al, 2017*). در چنین بستری، توجه به علوم رفتاری و به‌ویژه اقتصاد رفتاری به‌عنوان مکملی برای رویکردهای کلاسیک سیاست‌گذاری، جایگاه ویژه‌ای یافته است. یکی از مهم‌ترین دستاوردهای این حوزه، مفهوم «تلنگرزنی» است که به‌عنوان ابزاری نوین و کم‌هزینه برای هدایت رفتار افراد در راستای منافع فردی و اجتماعی، مورد توجه سیاست‌گذاران در کشورهای مختلف قرار گرفته است (*Zhang & Jin, 2024*). در سطح جهانی، شواهد تجربی متعددی نشان می‌دهد که تلنگرزنی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود نتایج سیاست‌های سلامت ایفا کند؛ برای مثال، افزایش نرخ واکسیناسیون، ارتقای پایبندی بیماران به مصرف دارو، کاهش مصرف دخانیات، تشویق به تغذیه سالم و افزایش مشارکت در برنامه‌های غربالگری پزشکی از جمله حوزه‌هایی هستند که مداخلات مبتنی بر تلنگر در آن‌ها موفقیت‌آمیز بوده‌اند (*Howlett, 2019*). این تجربیات نشان می‌دهد که سیاست‌های سلامت، زمانی اثربخش‌تر خواهند بود که علاوه بر ملاحظات ساختاری و نهادی، به منطق رفتاری شهروندان نیز توجه کنند (*Mohammadpour & et. al, 2024*).

باید عنایت داشت که کیفیت تصمیم‌گیری انسان تحت تأثیر محدودیت‌های شناختی وی است. برای کاهش نیازهای شناختی، اغلب به میان‌برهای تصمیم‌گیری یا ابتکارات تکیه می‌کند. در حالی که میانبرها[1] می‌توانند مفید باشند و به اتخاذ تصمیمات خوب و سریع‌تر کمک می‌کنند، آن‌ها می‌توانند منجر به خطاهای سیستماتیک، یا سوگیری‌هایی نیز شوند. علاوه بر میانبرها و سوگیری‌های فردی، تصمیمات حوزه سلامت نیز به‌شدت تحت تأثیر بافت اجتماعی و فیزیکی قرار می‌گیرد. هنگامی‌که عدم اطمینان وجود دارد، تمایل به پیروی از هنجارهای اجتماعی رخ می‌دهد، افراد را با کسانی که مشابه هستند مقایسه می‌کنند یا به نشانه‌های محیطی پاسخ می‌دهند. در یک مرور روایتی از مقالات مرتبط با حوزه اقتصادی

[1] initiatives

رفتاری در ۳ مجله پزشکی عمومی (مجله انجمن پزشکی آمریکا، لنست و مجله پزشکی نیوانگلند، ۲۰۱۸-۲۰۰۸)، مشخص شد که تنها ۲۲٪ مقالات به تأثیرات اجتماعی پرداخته بودند در حالی که ۶۵٪ به میانبرها و سوگیری‌ها پرداخته بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مجلات پزشکی عمومی با اصطلاحات و مفاهیم اقتصادی رفتاری، بیشتر بر تأثیر میانبرها و سوگیری‌ها بر تصمیم‌گیری مرتبط با سلامت در مقایسه با تأثیرات مربوط به بافت اجتماعی تمرکز دارند (*Ibrahim & et. al, 2021*).

نسخه پیشنهادی این است که با بهبود معماری انتخابی، به اتخاذ تصمیمات مفید برای سلامت توسط افراد کمک شود. معماری انتخاب را می‌توان در سطح فردی (به‌عنوان مثال، جهت کاهش تأثیر منفی سوگیری فعلی، فرد می‌تواند به منظور کاهش احتمال انتخاب‌های غذایی ضعیف، تنها گزینه‌های سالم را در آشپزخانه خود ذخیره کند) یا در مقیاس بزرگتر (به‌عنوان مثال، کافه تریا یک بیمارستان می‌تواند غذاهای سالم را در یک مکان برجسته و غذاهای ناسالم را در مکانی کمتر برجسته قرار دهد تا مردم را به سمت انتخاب‌های سالم‌تر سوق دهد) مورد استفاده قرار داد (*Sunestein, 2014*). معماری انتخاب را می‌توان به‌صورت عمدی برای تأثیرگذاری بر انتخاب‌ها (مانند تغییر محیط فیزیکی یا هنجارهای اجتماعی، اجرای قوانین، قوانین و سیاست‌ها) و همچنین تشویق افراد به انجام انتخاب‌های منطبق با اهداف خود، بدون محدود کردن گزینه‌هایشان، طراحی کرد. نمونه‌هایی از روش‌هایی که معماری انتخابی را بهبود می‌بخشند شامل محدودیت‌های سیگار کشیدن در عموم و اجباری کردن استفاده از کمربند ایمنی می‌شود (*Thaler & Sunstein, 2008*).

مطالعه حاضر به دو طریق بر غنای ادبیات موجود می افزاید: اول اینکه به لحاظ موضوعی، این مطالعه به طراحی مدلی پارادایمی برای کاربست تلنگرزنی در حوزه بهداشت و درمان و پیامدهای آن برای توسعه اجتماعی می پردازد. این در حالی است که در هیچ یک از مطالعات قبلی مدل مشابهی ارائه نشده است. دوم اینکه به لحاظ روش شناسی، این اولین مطالعه‌ای است که با بهره‌گیری از دو استراتژی مرور نظام‌مند ادبیات و نظریه داده بنیاد تلاش دارد مدلی پارادایمی را برای کاربست تلنگرزنی در عرصه بهداشت و درمان ارائه نماید. در مجموع، با توجه به ۱) اهمیت تلنگرزنی در حوزه بهداشت و درمان و جهت‌دهی به رفتار شهروندان و ۲) شکاف تحقیقاتی موجود در زمینه نبود مدل تلنگرزنی برای حوزه مراقبت‌های بهداشتی و پیامدهای آن برای توسعه اجتماعی، مطالعه حاضر تلاش دارد به ارائه مدلی برای کاربست تلنگرزنی در حوزه بهداشت و درمان بپردازد.

مبانی نظری پژوهش

تلنگر[1] به‌عنوان یک مفهوم کلیدی در اقتصاد رفتاری و سیاست‌گذاری، به مداخلات نرم و غیر اجباری اشاره دارد که افراد را به سمت انتخاب‌های مطلوب‌تر هدایت می‌کند، بدون اینکه آزادی انتخاب یا گزینه‌های جایگزین را محدود سازد. برخلاف سیاست‌های سنتی که از طریق قوانین اجباری، مالیات یا مشوق‌های مالی عمل می‌کنند، تلنگرها از اصول روانشناختی مانند پیش‌فرض‌های پیش تنظیم شده[2]، چارچوب‌بندی اطلاعات[3] و تأثیرات اجتماعی برای شکل‌دهی به رفتار استفاده می‌کنند (*Thaler & Sunstein, 2008*). در سیاست‌گذاری عمومی، تلنگرها نقش مهمی در بهبود کارایی مداخلات ایفا می‌کنند. برای مثال، در حوزه سلامت، تنظیم خودکار ثبت‌نام در برنامه‌های بیمه[4] می‌تواند نرخ پذیرش اجتماعی را به‌طور قابل توجهی افزایش دهد، زیرا افراد تمایل به حفظ وضعیت موجود دارند، بدون اینکه اجباری باشد (*Baker & et. al, 2021*). این رویکرد با نقد رویکردهای سنتی سیاست‌گذاری همخوانی دارد، که بر تحلیل عینی محتوای سیاست‌ها تمرکز می‌کنند و عوامل رفتاری و فرآیندهای اجتماعی را نادیده می‌گیرند.

تحقیقات نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری‌های سلامت، مانند پذیرش بیمه، نه تنها بر پایه منطق اقتصادی، بلکه تحت تأثیر وسواس‌های روانشناختی و ترجیحات متقابل[5] قرار دارد (*Hammitt & Robinson, 2011*). در سیاست‌گذاری، این رویکرد می‌تواند نابرابری‌های سلامت را کاهش دهد، اما منتقدان هشدار می‌دهند که تلنگرها ممکن است نابرابری‌های موجود را تشدید کنند، زیرا افراد با منابع کمتر کمتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند، و نیازمند نظارت اخلاقی و توجه به عوامل سیاسی جهانی است (*Etterson & et. al, 2014*). برای مثال، در بحران‌های جهانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، تلنگرها مانند یادآوری‌های شخصی‌سازی‌شده برای واکسیناسیون، می‌توانند نرخ پوشش را بهبود بخشند، اما نیاز به رویکردهای جمع‌گرا دارند که شواهد تجربی را با زمینه‌های اجتماعی ترکیب کنند. رویکردهای واقع‌گرایانه[6] در سیاست‌گذاری، تلنگرها را به‌عنوان مداخلات پیچیده اجتماعی توصیف می‌کنند که اثربخشی‌شان به زمینه، مکانیسم‌ها و نتایج وابسته است (*Sunstein,*

---

[1] nudge
[2] defaults
[3] framing
[4] opt-out
[5] other-regarding preferences
[6] realist

2014). در جنبش‌های اجتماعی سلامت، تلنگرها می‌توانند قدرت ساختارهای سنتی مانند دولت و شرکت‌ها را به چالش بکشند و بر دسترسی به خدمات و نابرابری‌های جنسیتی تمرکز کنند (*Henrich & et. al, 2010*). با این حال، کیفیت شواهد در ارزیابی تلنگرها حیاتی است؛ جستجوهای سریع بر اساس چکیده‌ها ممکن است برای تصمیم‌گیری‌های بالینی کافی باشد، اما برای سیاست‌گذاری‌های حساس به چالش‌های قانونی، ناکافی است (*Oliver, 2017*). در نهایت، تلنگر در سیاست‌گذاری پلی بین روانشناسی و عمل است که به سیاست‌گذاران اجازه می‌دهد بدون سرکوب، رفتارهای اجتماعی را شکل دهند. موفقیت آن نیازمند ادغام با رویکردهای مشارکتی و اخلاقی است تا از نابرابری‌ها جلوگیری شود. این مفهوم، سیاست‌گذاری را از مدل‌های عینی کلاسیک به سمت مدل‌های رفتاری و زمینه‌محور سوق می‌دهد (*Browne & et. al, 2018*).

کنش انسان اساساً اجتماعی است و افراد به شدت تحت تأثیر هنجارهای رفتاری و ادراک از رفتار دیگران قرار دارند. تلنگرهای اجتماعی از این سازوکار نهادی و روان‌شناختی بهره می‌گیرند (*Anbari & Sayadian Barkhordar, 2025*). در این شیوه، پیام‌ها یا محیط تصمیم‌گیری طوری تنظیم می‌شوند که رفتار مطلوب به‌عنوان هنجار رایج یا قابل قبول معرفی شود. انسان‌ها نه تنها موجوداتی فردگرا نیستند، بلکه بخش زیادی از تصمیم‌های خود را با توجه به رفتار دیگران تنظیم می‌کنند. این رفتار ممکن است آگاهانه یا ناآگاهانه رخ دهد، اما تأثیر آن گسترده و ماندگار است. به همین دلیل تلنگرهای اجتماعی با ارائه اطلاعاتی درباره رفتار جمع یا گروه‌های مرجع، تلاش می‌کنند فرد را در مسیر مطلوب هدایت کنند. هنجارهای اجتماعی مثبت، مقایسه‌های همتایان، پیام‌هایی درباره رفتار اکثریت، یا بازخوردهایی که موقعیت فرد را نسبت به دیگران نشان می‌دهد، نمونه‌هایی از این نوع تلنگرهاست. برای نمونه، هنگامی که روی قبض آب نوشته شود «مصرف آب شما بیشتر از میانگین همسایگانتان است»، مردم بلافاصله تمایل پیدا می‌کنند مصرف خود را کاهش دهند. این تأثیر حتی زمانی باقی می‌ماند که پیام تنها یک مقایسه ساده باشد و هیچ‌گونه تهدید یا اجبار قانونی در آن وجود نداشته باشد. علت این امر ریشه در نظریه‌های اجتماعی دارد که نشان می‌دهد افراد به دنبال احساس تعلق، هویت جمعی و پرهیز از انحراف از هنجارهای گروهی‌اند. تجربه‌های گسترده شرکت اپاور[1] در ایالات متحده نشان داد که صرفاً با اطلاع دادن دادن به خانواده‌ها درباره میانگین مصرف انرژی همسایگان، مصرف انرژی به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. این نوع تلنگرها به‌ویژه هنگامی مؤثرند که فرد احساس کند عضوی از یک

[1] Opower

گروه است و رفتار او بر دیگران تأثیر می‌گذارد. البته تلنگرهای اجتماعی باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که حس سرزنش یا قضاوت ایجاد نکنند؛ زیرا در چنین حالتی ممکن است واکنش معکوس شکل بگیرد. در محیط‌های سازمانی نیز تلنگرهای اجتماعی به خوبی عمل می‌کنند. وقتی نرخ مشارکت کارکنان در یک اقدام اخلاقی یا محیط‌زیستی بازنمایی می‌شود، افراد تمایل پیدا می‌کنند با «رفتار اکثریت» همسو شوند (*Schneider & et. al, 2022*). حتی نمایش رفتارهای مطلوب در محیط عمومی ـ مانند نصب تصاویر افرادی که در حال بازیافت هستند ـ می‌تواند اثر غیر مستقیم بر بازتولید همان رفتار داشته باشد.

به‌کارگیری تلنگرزنی در حوزه سلامت عمومی یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مداخله رفتاری محسوب می‌شود، زیرا بسیاری از رفتارهای مرتبط با سلامت تحت تأثیر تصمیم‌گیری‌های سریع، ذهنی و عادت‌های روزمره قرار دارند؛ رفتارهایی که لزوماً منطقی یا مبتنی بر اطلاعات کامل نیستند و بیشتر متکی بر میان‌بُرهای ذهنی و سوگیری‌های شناختی‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از مشکلات سلامت ـ از بیماری‌های غیر واگیر گرفته تا مشکلات عفونی ـ ریشه در رفتارهای قابل تغییر دارند؛ بنابراین، مداخلاتی که بتوانند بدون تحمیل اجبار خارجی، رفتار افراد را در مسیر سالم‌تر قرار دهند، جایگاه مهمی در سیاست‌گذاری سلامت پیدا کرده‌اند (*Taylor & Sunstein, 2008*). یکی از برجسته‌ترین حوزه‌های استفاده از تلنگرزنی، برنامه‌های افزایش واکسیناسیون است. واکسیناسیون رفتاری است که سود کوتاه‌مدت ملموسی برای فرد ندارد و در عین حال بار شناختی یا هزینه تصمیم‌گیری آن نیز می‌تواند بالا باشد. از این‌رو، کوچک‌ترین موانع ادراکی یا اجرایی ممکن است به تعویق یا اجتناب از واکسن منجر شود. مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از پیام‌های یادآوری ساده ـ مانند پیامک‌هایی که تاریخ و محل واکسیناسیون را اعلام می‌کنند ـ میزان مراجعه را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (*Milkman & et. al, 2021*). حتی تغییرات کوچک مانند استفاده از زبان ساده و مشخص در پیام‌ها ("واکسن شما آماده است، لطفاً امروز مراجعه کنید") در مقایسه با پیام‌های کلی ("در صورت امکان واکسن بزنید") تأثیر بیشتری بر رفتار افراد دارد. همچنین، برخی کشورها از تلنگرهای اجتماعی مانند برجسته کردن نرخ مشارکت دیگران ("۹۵٪ هم‌محلی‌های شما واکسن دریافت کرده‌اند") استفاده کرده‌اند که به‌طور قابل توجهی نرخ پذیرش واکسن را افزایش داده است (*Betsch & et. al, 2017*). این نوع تلنگرهای اجتماعی با فعال کردن هنجارهای جمعی و نیاز به هماهنگی رفتاری، افراد را به مشارکت بیشتر در اقدامات پیشگیرانه ترغیب می‌کند. علاوه بر این، در طول پاندمی، کشورهایی مانند انگلستان و آمریکا نشان دادند که ساده‌سازی

فرایند رزرو واکسن، طراحی رابط‌های کاربری آسان‌تر و کاهش گام‌های لازم برای اخذ نوبت نیز میزان واکسیناسیون را افزایش می‌دهد؛ یافته‌ای که اهمیت معماری انتخاب در مقیاس دیجیتال را برجسته می‌سازد.

در حوزه تغذیه سالم نیز تلنگرزنی کارآمدی خود را در محیط‌های مختلف از جمله مدارس، بیمارستان‌ها، رستوران‌ها و فروشگاه‌های زنجیره‌ای نشان داده است. پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند که تغییر آرایش مکانی مواد غذایی سالم در محیط خرید ـ مثلاً قرار دادن میوه‌ها و سبزیجات در مسیر اصلی حرکت یا قرار دادن نوشیدنی‌های سالم در سطح دید ـ منجر به افزایش انتخاب‌های سالم می‌شود (*Venema & et. al, 2019*). همچنین برچسب‌گذاری رنگی (سبز، زرد، قرمز) به‌عنوان یک تلنگر مؤثر برای ساده‌سازی ارزیابی سلامت غذا شناخته شده است. بیمارستان‌های چند کشور اروپایی با استفاده از همین نظام رنگی توانستند مصرف غذاهای پرچرب یا پرقند را تا حد قابل توجهی کاهش دهند (*Thorndike & et. al, 2014*). تلنگرهای دیگری همچون کوچک‌سازی اندازه ظروف، تغییر اندازه بشقاب‌ها، یا استفاده از پیش‌فرض‌های سالم در بسته‌های غذایی نیز در بهبود انتخاب‌ها نقش مهمی دارند. این مداخلات بدون آنکه افراد را مجبور به پیروی از رژیم خاصی کنند، گزینه‌های سالم را قابل‌مشاهده‌تر، آسان‌تر و جذاب‌تر می‌سازند.

در زمینه غربالگری سرطان، تلنگرزنی کمک شایانی به افزایش مشارکت مردم در آزمایش‌هایی مانند ماموگرافی، پاپ‌اسمیر و کولونوسکوپی کرده است. در بسیاری از کشورها، عدم مراجعه به غربالگری بیشتر ناشی از فراموشی، ترس، پیچیدگی فرایند یا بار تصمیم‌گیری است. مداخلاتی مانند ارسال نامه‌های شخصی‌سازی‌شده، ساده‌سازی مسیر رزرو نوبت، توضیح روشن مزایای غربالگری با ابزارهای بصری، و حتی قرار دادن وقت‌های از پیش تعیین‌شده به‌عنوان گزینه پیش‌فرض، نرخ غربالگری را به‌طور چشمگیری افزایش داده‌اند (*Kreuter & et. al, 2019*). در برخی پروژه‌ها، تنها اضافه کردن «پیش‌فرض بودن وقت آزمایش» سبب شد افراد به جای لغو یا تغییر وقت، همان زمان تعیین‌شده را بپذیرند؛ یافته‌ای که یکی از قوی‌ترین شواهد اثر پیش‌فرض‌ها در سیاست‌گذاری سلامت محسوب می‌شود. «بهبود رفتار مصرف دارو» نیز یکی دیگر از حوزه‌هایی است که تلنگرزنی در آن جایگاه ویژه‌ای یافته است. پایبندی پایین به مصرف دارو ـ خصوصاً در بیماری‌های مزمن مانند دیابت، فشارخون و آسم ـ یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت است. مطالعات نشان داده‌اند که ارسال یادآورهای ساده، طراحی بسته‌بندی‌های قابل‌فهم‌تر، و استفاده از پیام‌های شخصی‌سازی‌شده می‌تواند پایبندی دارویی را بهبود بخشد (*Patel & et. al, 2016*). حتی روش‌های کوچک مانند

نمایش میزان مصرف باقی‌مانده دارو یا هشدارهای تصویری روی بسته‌بندی، در کاهش خطا و افزایش نظم مصرف دارو مؤثر بوده‌اند. نمونه‌های موفق در چند کشور اروپایی نشان داده است که افزودن پیام‌های انگیزشی کوتاه مانند «داروی امروزتان را فراموش نکنید ـ شما به کنترل بیماری نزدیک‌تر می‌شوید» تأثیر قابل‌توجهی بر پایبندی بیماران دارد.

پیشینه پژوهش تلنگرزنی در حوزه سلامت

در سال‌های اخیر، تلنگرزنی به‌عنوان یکی از ابزارهای نوین سیاست‌گذاری رفتاری در حوزه سلامت و توسعه اجتماعی مورد توجه گسترده قرار گرفته است (*Mirzaei & et. al, 2024*). پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که تلنگرهای دیجیتال می‌توانند در ارتقای رفتارهای سلامت عمومی نقش مؤثری ایفا کنند.

Ge & et. al (2025) در مرور نظام‌مند خود نشان دادند که برچسب‌گذاری تغذیه‌ای، افزایش دسترسی به گزینه‌های سالم و ترکیب چند تلنگر به بهبود کیفیت رژیم غذایی منجر می‌شود، هر چند اثربخشی آنها تحت تأثیر شرایط اجتماعی ـ اقتصادی افراد قرار دارد. همچنین *Wang & et. al (2025)* در فراتحلیل خود تأیید کردند که تلنگرهای دیجیتال، به‌ویژه از طریق سازوکارهای مبتنی بر چارچوب ماینداسپیس[1]، مشارکت افراد در غربالگری سرطان را افزایش می‌دهند. *Johansen & et. al (2024)* نیز نشان دادند که ارسال نامه‌های الکترونیکی مبتنی بر علوم رفتاری می‌تواند میزان واکسیناسیون بیماران دارای بیماری‌های مزمن را به‌طور معناداری افزایش دهد. افزون بر این، مطالعات *Patel & et. al (2023)*، *Milkman & et. al (2021)* و *Dai & et. al (2021)* بیانگر آن است که پیامک‌های یادآور، ایجاد حس مالکیت و استفاده از پیش‌فرض‌های رفتاری، نرخ واکسیناسیون را در مقیاس جمعیتی افزایش می‌دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد تلنگرزنی می‌تواند به‌عنوان ابزاری کم‌هزینه و مقیاس‌پذیر برای ارتقای سلامت عمومی و بهبود سرمایه انسانی در جوامع مورد استفاده قرار گیرد.

بخش دیگری از مطالعات بر نقش تلنگرزنی در بهبود عملکرد نظام سلامت و حکمرانی خدمات بهداشتی تمرکز داشته‌اند. *Nguyen & et. al (2024)* دریافتند که تلنگرهای تعبیه‌شده در پرونده الکترونیک سلامت موجب بهبود برخی شاخص‌های کیفیت مراقبت می‌شوند، هر چند شواهد درباره تأثیر آنها بر پیامدهای نهایی سلامت هنوز قطعی نیست.

[1] MINDSPACE

Wolf & et. al (2022)، در مرور گسترده خود نشان دادند که تلنگرها قادرند رفتار متخصصان سلامت را در حوزه‌هایی مانند تجویز دارو، رعایت بهداشت دست و واکسیناسیون تغییر دهند؛ همچنین *Talat & et. al (2022)* اثربخشی قابل توجه مداخلات تلنگری در بهینه‌سازی نسخه‌نویسی دارو را گزارش کردند و *Kostick & et. al (2020)* نشان دادند که بهره‌گیری از چارچوب مایندااسپیس می‌تواند مشارکت پزشکان در تصمیم‌گیری مشترک با بیماران را به‌طور چشمگیری افزایش دهد. این مطالعات بیانگر آن است که تلنگرزنی نه تنها بر رفتار شهروندان، بلکه بر عملکرد بازیگران نظام سلامت نیز اثرگذار است و از این طریق می‌تواند به ارتقای کارایی، پاسخگویی و حکمرانی بهتر در سیاست‌های عمومی سلامت کمک کند.

در کنار پیامدهای مثبت، برخی پژوهش‌ها بر اهمیت زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی در موفقیت سیاست‌های تلنگری تأکید کرده‌اند. الجابر و همکاران (۲۰۲۵)، نشان دادند که اثربخشی تلنگرها در جوامع مختلف به شدت تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی، جنسیتی و ساختارهای نهادی قرار دارد و انتقال الگوهای غربی بدون بومی‌سازی می‌تواند کارایی محدودی داشته باشد. *Shang & et. al (2025)* نیز با بررسی ابعاد اخلاقی تلنگرهای سلامت، بر ضرورت رعایت اصول شفافیت، عدالت، خودمختاری و مشارکت ذی‌نفعان در طراحی این مداخلات تأکید کردند. از سوی دیگر، برخی مطالعات مانند *Wangu & et. al (2025)* و *Van Der Ze & et. al (2025)* نتایج معناداری از تلنگرها به دست نیاوردند و نشان دادند که موفقیت این ابزارها به شرایط محیطی، اعتماد عمومی، ویژگی‌های مخاطبان و زمینه اجرای سیاست وابسته است. همچنین *Renosa & et. al (2021)* و *Kazemian & et. al (2023)* دریافتند که اثربخشی تلنگرها در حوزه سلامت به شدت زمینه‌مند بوده و لازم است در طراحی آنها عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مورد توجه قرار گیرد. در مجموع، ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که تلنگرزنی زمانی می‌تواند به ابزاری مؤثر برای توسعه اجتماعی در حوزه سلامت تبدیل شود که در چارچوب حکمرانی مشارکتی، عدالت اجتماعی، حساسیت فرهنگی و شواهد بومی طراحی و اجرا گردد.

روش‌شناسی پژوهش

به منظور طراحی مدل پارادایمی، از دو استراتژی مرور نظام‌مند ادبیات و نظریه داده بنیاد استفاده شد. اگر چه در برداشت‌های اولیه از نظریه داده‌بنیاد، تأکید بر تولید نظریه از داده‌ها و اجتناب از تحمیل چارچوب‌های نظری از پیش تعیین شده بود اما تحولات بعدی این

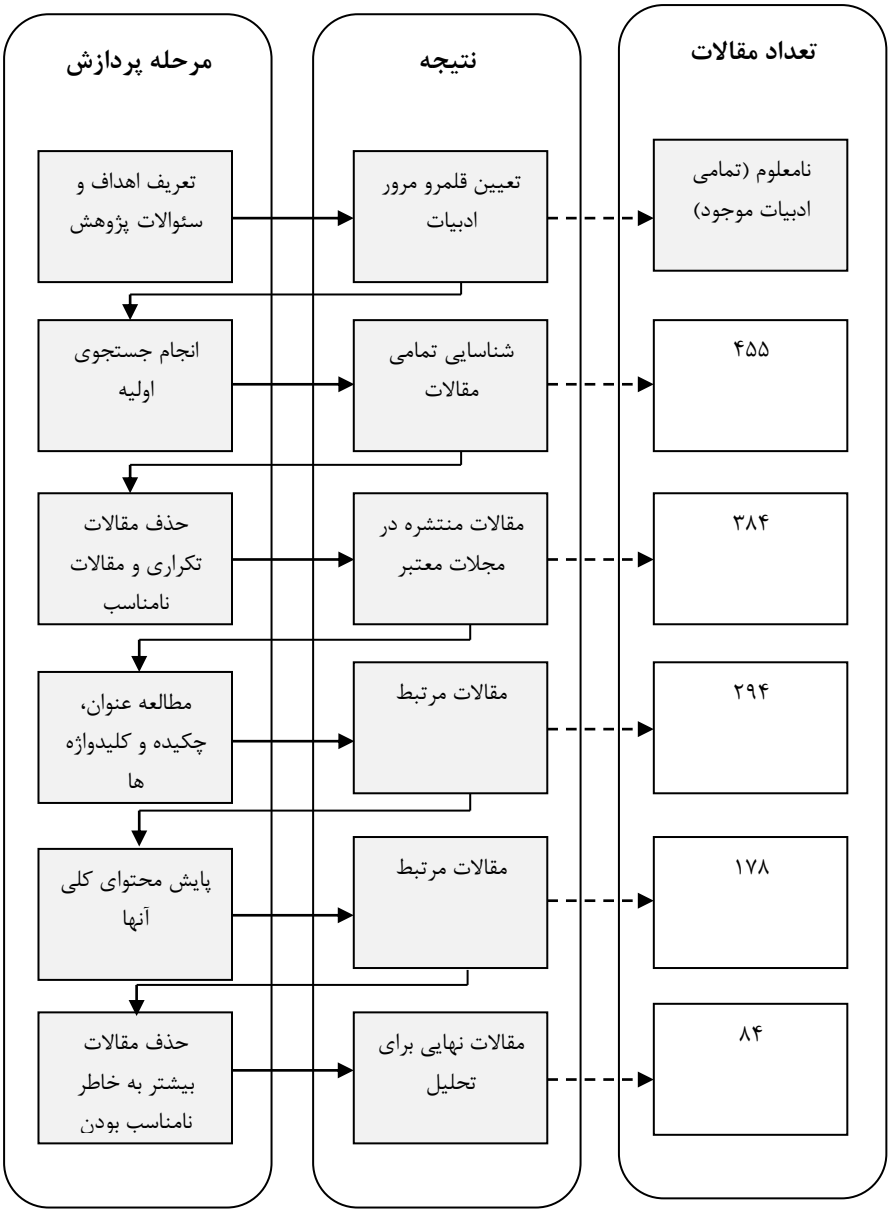
روش نشان داده است که وجود ادبیات پیشین لزوماً مانعی برای به‌کارگیری نظریه داده‌بنیاد نیست. استراوس و کوربین (۱۹۹۸)، تأکید می‌کنند که نظریه داده‌بنیاد می‌تواند بر انواع مختلف داده‌ها، از جمله اسناد و متون، استوار باشد و محدود به داده‌های حاصل از مصاحبه یا مشاهده نیست. بر این اساس، در پژوهش حاضر، مقالات استخراج‌شده از مرور نظام‌مند ادبیات به منزله داده‌های پژوهش تلقی شده‌اند و از طریق فرایند کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مورد تحلیل قرار می‌گیرند (*Wolfswinkel & et. al, 2013*). دو پایگاه داده شامل اسکوپوس[۱] و وب آف ساینس[۲] برای بررسی مقالات موجود در این حوزه انتخاب شده‌اند چرا که این پایگاه‌های داده مکمل یکدیگر هستند و نقاط ضعف و قوت یک دیگر را پوشش می‌دهند و روایی تحقیق را بالا می برند (*Seyed Ghorban & et. al, 2016*). ابتدا تمام اسناد منتشر شده در پایگاه‌های داده اسکوپوس و وب آف ساینس به صورت ترکیب از واژه‌های تلنگر، سیاست بهداشت[۳]، و بینش رفتاری[۴] در تاریخ ۱۷ دسامبر ۲۰۲۵ استعلام شد. در مرحله اول، تعداد ۴۵۵ پژوهش از پایگاه‌های داده مورد استفاده در پژوهش گرفته شد. از بین مقالات موجود، مقالاتی که در دسته‌های زیر بودند، کنار گذاشته شدند و تنها مقالات پژوهشی[۵] و مروری[۶] برای تحلیل‌های بعدی در نظر گرفته شد:

Editorial Material, Meeting Abstract, Editorial Material, Book Chapter, Book, Book Review, Meeting Abstract, Correction, Proceedings Paper

بنابراین، در این مرحله، تعداد کل مقالات باقیمانده از پایگاه های داده مذکور همچنان ۳۹۲ پژوهش بود. در مرحله دوم، مقالات مشترک میان این دو پایگاه داده حذف شد که با بررسی‌های لازم به کمک نرم‌افزار اکسل[۷] این مقالات شناسایی شدند که در نهایت تعداد ۸ پژوهش مشترک میان این دو پایگاه داده شناسایی و کنار گذاشته شد که در نهایت تعداد ۳۸۴ پژوهش، برای فیلتر عنوان، چکیده و متن باقی ماند که در نهایت ۸۴ مقاله انتخاب شد.

---

[1] scopus
[2] web of science
[3] health policy
[4] behavioral insight
[5] article
[6] review
[7] excel



شکل ۱: فرآیند غربالگری مقالات در مرور سیستماتیک ادبیات

Figure 1: *The Process of Screening Articles in a Systematic Literature Review*

کیفیت مقالات با استفاده از روش "برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی" (CASP[1]) مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه امتیاز مقالات منتخب بالاتر از ۵۰ بود، همه مقالات از سطح کیفیت بالایی برخوردار بودند و از فرایند تحلیل حذف نشدند. به منظور تحلیل و ترکیب داده‌های پیشین نیز از استراتژی نظریه داده‌بنیاد[2] با سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده شده است (*Wolfswinkel & et. al, 2013*).

برای محاسبه پایایی کدگذاری، از تکنیک پایایی بازآزمون استفاده شد. شاخص ثبات یا پایایی بازآزمون، به میزان سازگاری طبقه‌بندی داده‌ها در طول زمان اشاره دارد؛ بدین ترتیب که یک کدگذار، یک متن را در دو زمان متفاوت کدگذاری می‌کند (*Bowen & Bowen, 2008*). ۶ مقاله به‌عنوان نمونه انتخاب شده و هر کدام از آنها در فاصله زمانی معینی (بین ۵ تا ۳۰ روز) مجدداً کدگذاری شد. سپس کدهای تشخیص داده شده، با یکدیگر مقایسه شد. سپس از رابطه زیر، برای تعیین پایایی کدگذاری‌ها استفاده شد:

$$\text{درصد پایایی آزمون} = \frac{2 \times \text{تعداد توافقات}}{\text{تعداد کل کدها}} \times 100$$

چنانچه ضریب پایایی محاسبه شده در مورد کدگذاری یک مقاله، ۶۰ درصد یا بیشتر باشد، آنگاه می‌توان اظهار داشت که پایایی، مورد تأیید است. در این مطالعه، شش مقاله (هر کدام از یک پایگاه داده بودند) انتخاب شد و پژوهشگر هر کدام از آنها را دو بار، در یک فاصله زمانی چهارده روزه مجدداً کدگذاری کرد. نتایج حاصل از این کدگذاری مجدد در جدول زیر آمده است. تعداد کل کدها در فاصله زمانی دو هفته‌ای برابر با ۷۰ و تعداد کل توافقات بین کدها برابر با ۲۹ است. با توجه به فرمول پایایی بازآزمون، میزان پایایی بازآزمون ۸۲/۹ درصد است و با توجه به بیشتر بودن آن از حداقل مقدار پیشنهاد شده ۶۰ درصد، می‌توان بیان داشت که کدگذاری مقاله از پایایی لازم و کافی برخوردار می‌باشد.

[1] Critical Appraisal Skills Programme
[2] Grounded theory

جدول ۱: محاسبه پایایی بازآزمون (شاخص ثبات)

Table 1: *Calculation of Test-Retest Reliability (Consistency Index)*

ردیف	کد مقاله	تعداد کل کدها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی آزمون (درصد)
Row	*Article Code*	*Total Number of Codes*	*Number of Agreements*	*Number of Disagreements*	*Test Reliability (Percentage)*
۱	*P3*	۵	۲	۱	٪۸۰
۲	*P15*	۸	۳	۲	٪۷۵
۳	*P41*	۱۵	۶	۳	٪۸۰
۴	*P50*	۱۴	۶	۲	٪۸۵/۷
۵	*P66*	۹	۴	۱	٪۸۸/۹
۶	*P72*	۱۹	۸	۳	٪۸۴/۲
کل		۷۰	۲۹	۱۲	٪۸۲/۹

یافته‌های پژوهش

برای تبیین «شرایط علّی» کاربست تلنگر در سیاست‌های عمومی حوزه بهداشت و درمان، لازم است مجموعه‌ای از عوامل بنیادین که به‌طور مستقیم زمینه‌ساز گرایش سیاست‌گذاران به استفاده از مداخلات رفتاری هستند، به صورت نظام‌مند شناسایی و طبقه‌بندی شوند. بر این اساس، با اتکا به ادبیات نظری اقتصاد رفتاری، سیاست‌گذاری عمومی و مطالعات سلامت، یک چارچوب مفهومی چندسطحی طراحی شد که در آن مفاهیم اولیه در قالب مقوله‌ها و سپس در سطحی بالاتر در قالب مقوله‌های محوری سازمان‌دهی شده‌اند. این ساختار، هم‌راستا با رویکرد نظریه داده‌بنیاد به شیوه اشتراوس و کوربین، امکان تحلیل علّی پدیده مورد مطالعه را فراهم می‌کند. در مقوله‌های محوری شناسایی شده برای شرایط علّی عبارت‌اند از: «ناکارآمدی الگوی تصمیم‌گیری عقلانی در سلامت»، «پیچیدگی و بار شناختی محیط‌های انتخاب در نظام سلامت»، «محدودیت اثربخشی سیاست‌های سنتی (آموزشی و دستوری)» و «ضرورت بهبود کارایی و اثربخشی سیاست‌های سلامت». هر یک از این مقوله‌های محوری، نمایانگر یک منطق علّی متمایز اما مکمل هستند که به‌طور هم‌زمان، بستر ظهور و پذیرش مداخلات تلنگری را در سیاست‌های سلامت فراهم می‌کنند. به‌طور مشخص، مقوله محوری نخست بر این نکته تأکید دارد که فروض کلاسیک عقلانیت کامل در تصمیم‌گیری‌های سلامت با واقعیت‌های رفتاری انسان‌ها همخوانی ندارد و وجود سوگیری‌های شناختی، محدودیت‌های پردازش اطلاعات و شکاف میان نیت و عمل، زمینه‌ساز نیاز به مداخلات اصلاحی مانند تلنگر می‌شود. مقوله محوری دوم بر ویژگی‌های محیطی و ساختاری

نظام سلامت تمرکز دارد و نشان می‌دهد که پیچیدگی اطلاعات، طراحی نامناسب معماری انتخاب و بار شناختی بالا، افراد را در اتخاذ تصمیمات بهینه با چالش مواجه می‌کند. در ادامه، مقوله محوری سوم به ناکارآمدی ابزارهای سنتی سیاست‌گذاری مانند آموزش صرف یا مقررات سخت‌گیرانه اشاره دارد که در بسیاری از موارد نتوانسته‌اند به تغییر رفتار پایدار منجر شوند. در نهایت، مقوله محوری چهارم بر ضرورت حرکت به‌سوی رویکردهای کارآمدتر، کم‌هزینه‌تر و مبتنی بر تغییر رفتار واقعی تأکید دارد که در آن تلنگر به‌عنوان یک ابزار مکمل و نوآورانه مطرح می‌شود. این مقولات و مفاهیم، علاوه بر فراهم‌سازی مبنایی نظری برای مرحله مصاحبه‌های کیفی، به‌عنوان یک راهنمای تحلیلی در فرایند کدگذاری باز و محوری نیز قابل استفاده است و می‌تواند به غنای مدل پارادایمی نهایی در زمینه کاربست تلنگر در نظام سلامت عراق کمک کند.

جدول ۲: مقوله‌ها و مقوله‌های محوری مربوط به شرایط علّی

Table 2: *Categories and Core Categories Related to Causal Conditions*

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
ناکارآمدی الگوی تصمیم‌گیری عقلانی در سلامت	سوگیری‌های شناختی در تصمیم‌گیری سلامت	سوگیری حال‌گرایی؛ خوش‌بینی افراطی؛ خطای برآورد ریسک؛ سوگیری تأیید
	محدودیت عقلانیت[1]	محدودیت پردازش اطلاعات؛ تصمیم‌گیری شهودی؛ وابستگی به میانبرهای ذهنی؛ ناتوانی در تحلیل هزینه ـ فایده
	رفتارهای ناسازگار با منافع بلندمدت	عدم پایبندی به درمان؛ ترک برنامه‌های پیشگیری؛ بی‌توجهی به سبک زندگی سالم
	شکاف قصد ـ رفتار[2]	فاصله بین نیت و عمل؛ اهمال‌کاری؛ ضعف خودکنترلی؛ ناتوانی در اجرای تصمیم
پیچیدگی و بار شناختی محیط‌های انتخاب در نظام سلامت	پیچیدگی اطلاعات سلامت	تعدد گزینه‌های درمانی؛ اطلاعات تخصصی پیچیده؛ عدم شفافیت پیام‌ها
	طراحی نامناسب معماری انتخاب	نبود پیش‌فرض‌های بهینه؛ چینش نامناسب گزینه‌ها؛ ارائه غیر بصری اطلاعات
	بار شناختی بالا بر شهروندان	خستگی تصمیم‌گیری؛ اضافه‌بار اطلاعاتی؛ کاهش کیفیت انتخاب

[1] bounded rationality
[2] intention-behavior gap

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
	عدم دسترسی به اطلاعات قابل فهم	سواد سلامت پایین؛ زبان تخصصی؛ نبود ساده‌سازی اطلاعات
محدودیت اثربخشی سیاست‌های سنتی (آموزشی و دستوری)	ناکارآمدی آموزش صرف	عدم تغییر رفتار پایدار؛ اثر کوتاه‌مدت آموزش؛ بی‌توجهی به عوامل روان‌شناختی
	مقاومت در برابر مقررات سخت	واکنش منفی به اجبار؛ کاهش پذیرش اجتماعی؛ فرار از قانون
	هزینه‌بر بودن مداخلات کلاسیک	هزینه بالای نظارت؛ بار مالی سیاست‌ها؛ ناکارآمدی اقتصادی
	عدم توجه به زمینه رفتاری	نادیده گرفتن انگیزه‌ها؛ بی‌توجهی به عادت‌ها؛ غفلت از بافت اجتماعی
ضرورت بهبود کارایی و اثربخشی سیاست‌های سلامت	نیاز به مداخلات کم‌هزینه و مقیاس‌پذیر	هزینه پایین تلنگرها؛ قابلیت تعمیم؛ اجرای آسان
	تمرکز بر تغییر رفتار واقعی	تغییر رفتار عملی؛ اثرگذاری در دنیای واقعی؛ پایداری رفتار
	افزایش کارایی سیاست‌گذاری عمومی	بهینه‌سازی نتایج؛ کاهش اتلاف منابع؛ بهبود اثربخشی
	همسویی با آزادی انتخاب افراد	حفظ اختیار؛ اجتناب از اجبار؛ پذیرش اجتماعی بیشتر

در تبیین «پدیده» در الگوی پارادایمی اشتراوس و کوربین، تمرکز اصلی بر شناسایی و صورت‌بندی ابعاد درونی و سازنده مفهوم مرکزی تحقیق، یعنی «تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی حوزه بهداشت و درمان» قرار دارد. در این مرحله، هدف آن است که نشان داده شود تلنگر به‌عنوان یک مداخله رفتاری، از چه مؤلفه‌ها، سازوکارها و منطق‌های عملیاتی تشکیل شده است و چگونه این مؤلفه‌ها در کنار یکدیگر یک پدیده منسجم سیاستی را شکل می‌دهند. بر همین اساس، با اتکا به ادبیات گسترده اقتصاد رفتاری، روان‌شناسی تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری سلامت، یک ساختار مفهومی چندسطحی طراحی و استخراج شده است که در آن، مفاهیم در سطح خرد، مقولات در سطح میانی و مقوله‌های محوری در سطح کلان سازمان‌دهی شده‌اند. در مجموع، در این بخش ۴ مقوله محوری احصاء شد که عبارت‌اند از: «طراحی معماری انتخاب»، «بهره‌گیری از سوگیری‌ها و میانبرهای شناختی»، «مداخلات انگیزشی غیرالزام‌آور» و «بومی‌سازی و زمینه‌مندی مداخلات تلنگری». این چهار مقوله

محوری، در واقع ستون‌های اصلی شکل‌دهنده پدیده تلنگر در سیاست‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. نخست، «طراحی معماری انتخاب» بر این ایده تأکید دارد که نحوه چینش، ارائه و ساختاردهی گزینه‌ها می‌تواند به‌طور مستقیم رفتار افراد را تحت تأثیر قرار دهد. دوم، «بهره‌گیری از سوگیری‌ها و میانبرهای شناختی» نشان می‌دهد که تلنگرها با استفاده هدفمند از ویژگی‌های شناختی انسان، مانند هنجارهای اجتماعی، سوگیری حال‌گرایی و اثر لنگر، رفتار را در جهت مطلوب هدایت می‌کنند. سوم، «مداخلات انگیزشی غیر الزام‌آور» بیانگر ماهیت غیر تحمیلی تلنگر است که در آن آزادی انتخاب حفظ می‌شود و تغییر رفتار از طریق نفوذ نرم، مشوق‌های سبک و تقویت خودکنترلی صورت می‌گیرد. چهارم، «بومی‌سازی و زمینه‌مندی مداخلات تلنگری» بر ضرورت انطباق این مداخلات با شرایط فرهنگی، نهادی، جمعیتی و محیطی تأکید دارد تا اثربخشی آن‌ها در بسترهای مختلف تضمین شود.

جدول ۳: مقوله‌ها و مقوله‌های محوری مربوط به پدیده

Table 3: *Categories and Core Categories Related to the Phenomenon*

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
طراحی معماری انتخاب[1]	تنظیم پیش‌فرض‌ها[2]	پیش‌فرض خودکار؛ خروج اختیاری[3]؛ اثر اینرسی؛ افزایش مشارکت
	بازچینش گزینه‌ها	ترتیب ارائه گزینه‌ها؛ برجسته‌سازی گزینه مطلوب؛ کاهش گزینه‌های نامطلوب؛ ساده‌سازی انتخاب
	ساده‌سازی اطلاعات	خلاصه‌سازی پیام؛ استفاده از نشانه‌های بصری؛ کاهش پیچیدگی؛ ارائه قابل فهم
	چارچوب‌بندی پیام[4]	چارچوب سود/زیان؛ تأکید بر پیامدها؛ زبان مثبت/منفی؛ اثر نحوه بیان
بهره‌گیری از سوگیری‌ها و میانبرهای شناختی	استفاده از هنجارهای اجتماعی	مقایسه اجتماعی؛ رفتار اکثریت؛ فشار هنجاری؛ تقلید رفتاری
	فعال‌سازی سوگیری حال‌گرایی	پاداش فوری؛ یادآوری کوتاه‌مدت؛ کاهش تأخیر؛ برجسته‌سازی منافع آنی
	بهره‌برداری از اثر لنگر	ارائه نقطه مرجع؛ مقایسه عددی؛ جهت‌دهی به قضاوت؛ اثر اولین اطلاعات

[1] choice architecture design
[2] defaults
[3] opt-out
[4] framing

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
	استفاده از برجسته‌سازی[1]	جلب توجه؛ یادآوری‌های مکرر؛ برجسته‌سازی پیام کلیدی؛ کاهش غفلت
مداخلات انگیزشی غیر الزام‌آور	حفظ آزادی انتخاب	عدم اجبار؛ امکان انتخاب جایگزین؛ احترام به اختیار؛ انعطاف‌پذیری
	هدایت رفتار بدون اجبار	تلویحی بودن مداخله؛ نفوذ نرم؛ تغییر غیر مستقیم رفتار؛ اجتناب از تحمیل
	استفاده از مشوق‌های رفتاری سبک	پاداش‌های کوچک؛ بازخورد فوری؛ تقویت مثبت؛ انگیزش درونی
	طراحی مبتنی بر خودکنترلی	یادآوری اهداف؛ تعهد رفتاری؛ ابزارهای خودتنظیمی؛ کاهش اهمال‌کاری
بومی‌سازی و زمینه‌مندی مداخلات تلنگری	انطباق با بافت فرهنگی	ارزش‌های اجتماعی؛ باورهای فرهنگی؛ هنجارهای محلی؛ حساسیت فرهنگی
	توجه به ویژگی‌های جمعیتی	سن؛ جنسیت؛ سطح تحصیلات؛ وضعیت اقتصادی
	انطباق با ساختار نهادی	قوانین موجود؛ ظرفیت اجرایی؛ ساختار نظام سلامت؛ هماهنگی سازمانی
	زمینه‌سازی محیطی	طراحی فیزیکی محیط؛ دسترسی به خدمات؛ شرایط اجتماعی؛ زیرساخت‌ها

در الگوی پارادایمی اشتراوس و کوربین، «استراتژی‌ها» به‌عنوان بخش کنش‌محور مدل، نقش واسطه‌ای میان پدیده مرکزی (تلنگرزنی در سیاست‌های سلامت) و پیامدهای حاصل از آن را ایفا می‌کنند. در این سطح از تحلیل، تمرکز بر این است که تلنگرها «چگونه طراحی و اجرا می‌شوند» و از چه مسیرهایی به مداخله عملیاتی در نظام سیاست‌گذاری سلامت تبدیل می‌گردند. به بیان دیگر، اگر پدیده تلنگر به‌عنوان «ماهیت و چیستی مداخله رفتاری» در نظر گرفته شود، استراتژی‌ها بیانگر «چگونگی عملیاتی‌سازی و به‌کارگیری آن در میدان سیاست عمومی» هستند. بر اساس تحلیل نظام‌مند ادبیات مرتبط با اقتصاد رفتاری، سیاست‌گذاری رفتاری و مدیریت نظام سلامت، ۴ مقوله محوری در این بخش شناسایی شد که عبارت‌اند از: «استراتژی‌های طراحی رفتاری»، «ستراتژی‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی رفتاری»، «استراتژی‌های انگیزشی و تقویتی» و «استراتژی‌های نهادی و زمینه‌ای اجرا». این چهار مقوله

[1] salience

محوری، ستون‌های اصلی درک نحوه عملیاتی‌سازی تلنگر در سیاست‌های عمومی سلامت را تشکیل می‌دهند و هر یک بُعدی متمایز اما مکمل از فرایند استراتژیک تلنگرزنی را نمایندگی می‌کنند. مقوله محوری نخست، بر طراحی هسته رفتاری مداخلات تمرکز دارد و نشان می‌دهد که چگونه از طریق تنظیم پیش‌فرض‌ها، معماری انتخاب و طراحی پیام، رفتار افراد به‌صورت غیر مستقیم هدایت می‌شود. مقوله محوری دوم، بر نقش ارتباطات و جریان اطلاعات تأکید دارد و بیان می‌کند که نحوه ارائه پیام‌ها، استفاده از هنجارهای اجتماعی و شخصی‌سازی ارتباطات چگونه در تغییر ادراک و رفتار مؤثر است. مقوله محوری سوم، به سازوکارهای انگیزشی غیر الزام‌آور می‌پردازد و نشان می‌دهد که چگونه مشوق‌های سبک، بازخوردها و ابزارهای خودتنظیمی می‌توانند رفتار مطلوب را تقویت کنند. نهایتاً، مقوله محوری چهارم بر بُعد نهادی و اجرایی متمرکز است و نقش ادغام سیاست‌های تلنگری در ساختار نظام سلامت، هماهنگی بین‌بخشی، مقیاس‌پذیری و پایش مستمر را در موفقیت این مداخلات برجسته می‌سازد. این ساختار مفهومی چندسطحی، امکان تحلیل دقیق و نظام‌مند فرایند تبدیل ایده‌های رفتاری به سیاست‌های اجرایی را فراهم می‌کند و مبنای نظری مهمی برای فهم نحوه پیاده‌سازی تلنگر در نظام سلامت عراق در مراحل بعدی پژوهش (به‌ویژه در مصاحبه‌های کیفی) فراهم می‌آورد.

جدول ۴: مقوله‌ها و مقوله‌های محوری مربوط به استراتژی‌ها

Table 4: *Categories and Core Categories Related to Strategies*

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
استراتژی‌های طراحی رفتاری[1]	طراحی پیش‌فرض‌های سیاستی	پیش‌فرض‌سازی انتخاب مطلوب؛ پیش‌فرض *Opt-out*؛ کاهش نیاز به تصمیم فعال؛ تثبیت رفتار مطلوب
	معماری انتخاب هدفمند	چینش گزینه‌ها؛ ساده‌سازی مسیر انتخاب؛ کاهش اصطکاک تصمیم؛ هدایت غیر مستقیم
	طراحی پیام‌های رفتاری	پیام‌های کوتاه و هدفمند؛ استفاده از زبان ساده؛ پیام‌های یادآوری‌کننده؛ افزایش وضوح ارتباط
	آزمایش و بهینه‌سازی رفتاری	آزمایش *A/B*؛ تست میدانی؛ اصلاح تدریجی طراحی؛ تحلیل بازخورد رفتاری
استراتژی‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی رفتاری	پیام‌های هنجاری اجتماعی	مقایسه با اکثریت؛ برجسته‌سازی رفتار مطلوب جمعی؛ فشار هنجاری مثبت؛ اطلاع‌رسانی

[1] behavioral design strategies

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
		تطبیقی
	ارتباطات مبتنی بر چارچوب‌بندی	قاب‌بندی مثبت/منفی؛ تأکید بر پیامدها؛ تغییر ادراک ریسک؛ تنظیم برداشت ذهنی
	اطلاع‌رسانی شخصی‌سازی شده	پیام‌های هدفمند؛ تطبیق با ویژگی فرد؛ ارتباط مبتنی بر داده‌های فردی؛ افزایش ارتباط‌پذیری
	یادآوری‌ها و پیام‌های محرک	پیامک‌های یادآوری؛ اعلان‌های دیجیتال؛ هشدارهای رفتاری؛ تحریک توجه لحظه‌ای
استراتژی‌های انگیزشی و تقویتی[1]	مشوق‌های غیر مالی سبک	بازخورد مثبت؛ تأیید اجتماعی؛ نشان‌های پیشرفت؛ اعتبار اجتماعی
	پاداش‌های رفتاری کوچک	پاداش‌های نمادین؛ امتیازدهی رفتاری؛ تشویق کوتاه‌مدت؛ تقویت فوری
	تقویت خودتنظیمی	تعهد رفتاری؛ برنامه‌ریزی فردی؛ ابزارهای کنترل رفتار؛ پایش شخصی
	کاهش هزینه‌های رفتاری	حذف اصطکاک‌ها؛ کاهش زمان تصمیم؛ ساده‌سازی دسترسی؛ تسهیل اقدام
استراتژی‌های نهادی و زمینه‌ای اجرا[2]	ادغام در نظام سلامت	یکپارچه‌سازی با خدمات درمانی؛ اجرای در سطح مراکز سلامت؛ اتصال به پرونده سلامت الکترونیک؛ جریان‌سازی سیاستی
	هماهنگی بین‌بخشی	همکاری وزارتخانه‌ها؛ مشارکت نهادهای محلی؛ هم‌افزایی سازمانی؛ هم‌راستایی سیاستی
	مقیاس‌پذیری مداخلات	اجرای آزمایشی؛ توسعه تدریجی؛ تعمیم سیاستی؛ استانداردسازی
	پایش و ارزیابی مستمر	پایش داده‌محور؛ ارزیابی اثربخشی؛ اصلاح سیاستی؛ یادگیری سازمانی

در الگوی پارادایمی اشتراوس و کوربین، «شرایط مداخله‌گر[3]» به مجموعه‌ای از عوامل ساختاری، نهادی، اجتماعی، فناورانه و اقتصادی اشاره دارد که به‌صورت غیرمستقیم اما تعیین‌کننده، بر نحوه شکل‌گیری، اجرا و میزان اثربخشی پدیده محوری (در اینجا تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی سلامت) اثر می‌گذارند. این شرایط برخلاف «شرایط علّی» که زمینه‌ساز اصلی ظهور پدیده هستند، و برخلاف «استراتژی‌ها» که به چگونگی اقدام اشاره دارند، نقش

[1] incentive-based behavioral strategies
[2] institutional implementation strategies
[3] intervening conditions

تعدیل‌گر دارند؛ به این معنا که می‌توانند شدت، جهت و کیفیت کاربست تلنگر را در محیط‌های سیاستی مختلف تقویت یا تضعیف کنند. بر اساس تحلیل نظام‌مند ادبیات نظری در حوزه اقتصاد رفتاری، حکمرانی سلامت، ۳ مقوله محوری در بخش شرایط مداخله‌گر شکل گرفت: «ظرفیت نهادی و حکمرانی سلامت»، «عوامل اجتماعی ـ فرهنگی و شناختی جامعه هدف» و «زیرساخت‌های فناورانه و داده‌ای». مقوله محوری نخست، یعنی «ظرفیت نهادی و حکمرانی سلامت»، به توانایی ساختارهای رسمی سیاست‌گذاری در طراحی، اجرا و پشتیبانی از مداخلات رفتاری اشاره دارد و شامل عواملی مانند انسجام نهادی، ثبات سیاستی، ظرفیت اجرایی و پذیرش نوآوری در سازمان‌های سلامت است. مقوله محوری دوم، یعنی «عوامل اجتماعی–فرهنگی و شناختی جامعه هدف»، بر ویژگی‌های جمعیتی و فرهنگی افراد و جوامع تمرکز دارد و نشان می‌دهد که سطح سواد سلامت، هنجارهای اجتماعی، میزان اعتماد عمومی و تنوع فرهنگی چگونه می‌تواند بر پذیرش یا مقاومت در برابر تلنگرها اثر بگذارد. مقوله محوری سوم، یعنی «زیرساخت‌های فناورانه و داده‌ای»، به نقش فناوری اطلاعات، نظام‌های داده‌ای سلامت، ظرفیت تحلیل داده و همچنین ملاحظات مربوط به امنیت و حریم خصوصی اطلاعات در موفقیت یا شکست مداخلات رفتاری می‌پردازد. این ساختار مفهومی چندسطحی نشان می‌دهد که کاربست تلنگر در سیاست‌های سلامت، صرفاً یک تصمیم طراحی رفتاری یا ارتباطی نیست، بلکه فرآیندی عمیقاً وابسته به بسترهای نهادی، اجتماعی، فناورانه و اقتصادی است.

جدول ۵: مقوله‌ها و مقوله‌های محوری مربوط به شرایط مداخله‌گر

Table 5: *Categories and Core Categories Related to Intervening Conditions*

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
ظرفیت نهادی و حکمرانی سلامت	انسجام ساختار حکمرانی	هماهنگی بین سازمانی؛ یکپارچگی سیاستی؛ کاهش تعارض نهادی؛ وضوح نقش‌ها
	ظرفیت اجرایی نظام سلامت	توان عملیاتی سازمان‌ها؛ منابع انسانی متخصص؛ زیرساخت اجرایی؛ کارآمدی مدیریتی
	ثبات سیاستی و حقوقی	ثبات قوانین؛ استمرار سیاست‌ها؛ حمایت قانونی از تلنگر؛ کاهش تغییرات سیاسی
	پذیرش نهادی نوآوری	تمایل به نوآوری؛ مقاومت سازمانی؛ فرهنگ سازمانی باز؛ حمایت مدیران ارشد
عوامل اجتماعی ـ فرهنگی	سطح سواد سلامت	توان فهم اطلاعات سلامت؛ آگاهی عمومی؛

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
و شناختی جامعه هدف		مهارت تصمیم‌گیری سلامت؛ درک ریسک
	هنجارهای اجتماعی و فرهنگی	ارزش‌های جمعی؛ باورهای سنتی؛ فشار اجتماعی؛ پذیرش رفتار سالم
	اعتماد اجتماعی	اعتماد به نظام سلامت؛ اعتماد به دولت؛ اعتماد بین‌فردی؛ مشروعیت پیام‌ها
	تنوع فرهنگی و زبانی	تفاوت‌های قومی؛ زبان‌های محلی؛ حساسیت فرهنگی؛ چندگانگی هویتی
زیرساخت‌های فناورانه و داده‌ای	نظام اطلاعات سلامت	پرونده الکترونیک سلامت؛ یکپارچگی داده‌ها؛ کیفیت داده‌ها؛ دسترسی اطلاعات
	ظرفیت فناوری دیجیتال	زیرساخت دیجیتال؛ نفوذ اینترنت؛ ابزارهای موبایلی؛ آمادگی دیجیتال
	تحلیل داده و هوش سیاستی	تحلیل رفتاری؛ داده‌کاوی سلامت؛ پایش بلادرنگ؛ پیش‌بینی رفتار
	امنیت و حریم خصوصی داده‌ها	حفاظت داده‌ها؛ اعتماد به سیستم دیجیتال؛ مقررات حریم خصوصی؛ ریسک سوءاستفاده

«شرایط زمینه‌ای[1]» به مجموعه‌ای از بسترهای کلان و نسبتاً پایدار اشاره دارد که در آن‌ها پدیده مورد مطالعه (در این پژوهش، کاربست تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی حوزه بهداشت و درمان) شکل می‌گیرد، معنا می‌یابد و اجرا می‌شود. این شرایط برخلاف شرایط علّی که موجب ظهور پدیده می‌شوند و شرایط مداخله‌گر که بر شدت و جهت آن اثر تعدیل‌کننده دارند، نقش «بستر کلان و محیط ساختاری» را ایفا می‌کنند؛ یعنی تعیین می‌کنند که پدیده در چه زمینه‌ای امکان بروز دارد، چگونه فهم می‌شود و تا چه حد قابلیت نهادینه شدن و اثرگذاری پیدا می‌کند. در این بخش، ۲ مقوله محوری مشخص شد: «کیفیت نظام سلامت و ساختار خدمات» و «منابع نظام خدمات». این مقوله‌های محوری، دو لایه بنیادین از بستر کلان اجرای تلنگر را تشکیل می‌دهند و هر یک نقش مکمل در شکل‌دهی به امکان‌پذیری، پذیرش و اثربخشی مداخلات رفتاری دارند. مقوله محوری نخست، یعنی «کیفیت نظام سلامت و ساختار خدمات»، به ابعاد ساختاری و نهادی ارائه خدمات سلامت می‌پردازد و شامل مؤلفه‌هایی مانند ساختار ارائه خدمات (دولتی یا خصوصی بودن، میزان تمرکززدایی)، عدالت و پوشش سلامت (دسترسی برابر، شکاف‌های جغرافیایی و اجتماعی)، کیفیت خدمات (کارایی،

[1] contextual conditions

استانداردها و رضایت بیماران) و یکپارچگی نظام سلامت (هماهنگی بین سطوح مختلف خدمات) است. این مقوله نشان می‌دهد که بدون یک نظام سلامت کارآمد و منسجم، تلنگرها نمی‌توانند به‌طور مؤثر در مسیر خدمات سلامت ادغام شوند. مقوله محوری دوم، یعنی «منابع نظام سلامت»، بر میزان دسترسی نظام سلامت به منابع مورد نیاز برای اجرای تلنگر تمرکز دارد و شامل عواملی نظیر محدودیت منابع مالی، هزینه ـ اثربخشی مداخلات، و وابستگی به کمک‌های خارجی است. این بُعد نشان می‌دهد که رفتارهای سلامت در خلأ شکل نمی‌گیرند، بلکه به‌طور عمیق با منابع در دسترس گره خورده‌اند.

جدول ۶: مقوله‌ها و مقوله‌های محوری مربوط به شرایط زمینه‌ای

Table 6: *Categories and Core Categories Related to Background Conditions*

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
کیفیت نظام سلامت و ساختار خدمات	ساختار ارائه خدمات سلامت	نظام دولتی/خصوصی؛ سطح تمرکززدایی؛ شبکه خدمات اولیه؛ دسترسی به مراکز درمانی
	عدالت و پوشش سلامت	پوشش بیمه‌ای؛ دسترسی برابر؛ شکاف شهری ـ روستایی؛ گروه‌های آسیب‌پذیر
	کیفیت خدمات سلامت	استانداردهای درمانی؛ رضایت بیماران؛ کارایی خدمات؛ ایمنی خدمات
	یکپارچگی نظام سلامت	هماهنگی سطوح خدمات؛ پیوستگی مراقبت؛ ارتباط بین بخش‌ها؛ انسجام ساختاری
منابع نظام سلامت	محدودیت منابع مالی	بودجه سلامت؛ هزینه‌فشاری؛ تخصیص ناکافی منابع؛ رقابت بودجه‌ای
	هزینه ـ اثربخشی مداخلات	بهره‌وری سیاستی؛ مقایسه هزینه/فایده؛ صرفه‌جویی مالی؛ بازده سرمایه‌گذاری
	وابستگی به کمک‌های خارجی	کمک‌های بین‌المللی؛ پایداری مالی؛ وابستگی ساختاری؛ ناپایداری منابع

«پیامدها» به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اجزای مدل، به مجموعه نتایج و بروندادهای مستقیم و غیر مستقیم حاصل از کاربست یک پدیده در عرصه سیاست‌گذاری اشاره دارد. در این پژوهش، پیامدهای کاربست تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی حوزه بهداشت و درمان، نشان‌دهنده اثرات چندسطحی این رویکرد از سطح فردی تا سطح حکمرانی کلان هستند. این

پیامدها نه تنها بازتاب‌دهنده تغییرات رفتاری در جامعه هدف‌اند، بلکه نشان می‌دهند که چگونه مداخلات رفتاری می‌توانند ساختارها، فرآیندها و نتایج نظام سلامت را دگرگون سازند. ۵ مقوله محوری شناسایی شده در این بخش عبارت‌اند از: «تغییرات رفتاری در سطح فردی»، «پیامدهای نظام سلامت و خدمات درمانی»، «پیامدهای اقتصادی و هزینه‌ای»، «پیامدهای اجتماعی و جمعیتی» و «پیامدهای حکمرانی و سیاست‌گذاری عمومی». این مقوله‌های محوری، پنج حوزه اصلی اثرگذاری تلنگرزنی را در نظام سلامت ترسیم می‌کنند و نشان می‌دهند که اثرات این رویکرد، صرفاً محدود به تغییر رفتار فردی نیست، بلکه به‌صورت زنجیره‌ای در کل نظام سلامت و ساختارهای اجتماعی ـ سیاسی بازتاب می‌یابد. مقوله محوری نخست، یعنی «تغییرات رفتاری در سطح فردی»، به اثرات مستقیم تلنگر بر رفتار، نگرش و تصمیم‌گیری افراد در حوزه سلامت اشاره دارد و شامل بهبود رفتارهای سلامت، افزایش پایبندی درمانی، ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری و تغییر نگرش‌های مرتبط با سلامت است. این مقوله نشان می‌دهد که تلنگرها در سطح خرد، می‌توانند الگوهای رفتاری را به صورت معنادار تغییر دهند. مقوله محوری دوم، یعنی «پیامدهای نظام سلامت و خدمات درمانی»، بر اثرات تلنگر بر کارکردهای سیستم ارائه خدمات سلامت تمرکز دارد؛ از جمله افزایش کارایی خدمات، بهبود کیفیت مراقبت، کاهش بار بیماری‌ها و بهینه‌سازی مدیریت تقاضای خدمات درمانی. این مقوله نشان می‌دهد که تلنگرها چگونه می‌توانند به بهبود عملکرد ساختاری نظام سلامت کمک کنند. مقوله محوری سوم، یعنی «پیامدهای اقتصادی و هزینه‌ای»، به ابعاد مالی و اقتصادی اجرای تلنگرها می‌پردازد و شامل کاهش هزینه‌های نظام سلامت، افزایش هزینه ـ اثربخشی سیاست‌ها، کاهش بار مالی خانوارها و بهینه‌سازی تخصیص منابع است. این مقوله نشان می‌دهد که تلنگرها به‌عنوان مداخلاتی کم‌هزینه، می‌توانند بازده اقتصادی بالایی ایجاد کنند. مقوله محوری چهارم، یعنی «پیامدهای اجتماعی و جمعیتی»، به اثرات گسترده‌تر اجتماعی مانند ارتقای سلامت عمومی، کاهش نابرابری‌های سلامت، افزایش سرمایه اجتماعی و تغییر هنجارهای اجتماعی سلامت اشاره دارد. این بعد نشان می‌دهد که تلنگرها می‌توانند به تحول در ساختارهای اجتماعی مرتبط با سلامت کمک کنند. در نهایت، مقوله محوری پنجم، یعنی «پیامدهای حکمرانی و سیاست‌گذاری عمومی»، به اثرات تلنگر بر نظام حکمرانی سلامت اشاره دارد و شامل افزایش اثربخشی سیاست‌ها، تقویت حکمرانی داده‌محور، افزایش مشروعیت سیاست‌ها و توسعه نوآوری در سیاست‌گذاری عمومی است. این مقوله نشان می‌دهد که تلنگرها نه تنها ابزار تغییر رفتار، بلکه ابزار تحول در حکمرانی نیز هستند.

جدول ۷: مقوله‌ها و مقوله‌های محوری مربوط به پیامدها

Table 7: *Categories and Core Categories Related to Outcomes*

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
تغییرات رفتاری در سطح فردی	بهبود رفتارهای سلامت فردی	افزایش فعالیت بدنی؛ بهبود تغذیه؛ کاهش رفتارهای پرخطر؛ پایبندی به سبک زندگی سالم
	افزایش پایبندی درمانی	مصرف منظم دارو؛ پیگیری درمان؛ کاهش ترک درمان؛ تبعیت از توصیه پزشکی
	ارتقای تصمیم‌گیری سلامت	انتخاب آگاهانه؛ کاهش خطای شناختی؛ تصمیم مبتنی بر اطلاعات؛ افزایش خودکنترلی
	تغییر نگرش‌های سلامت	افزایش آگاهی؛ نگرش پیشگیرانه؛ حساسیت به ریسک؛ تغییر باورهای سلامت
پیامدهای نظام سلامت و خدمات درمانی	افزایش کارایی خدمات سلامت	کاهش ازدحام مراکز درمانی؛ بهینه‌سازی منابع؛ کاهش مراجعات غیر ضروری؛ افزایش بهره‌وری
	بهبود کیفیت مراقبت	رضایت بیماران؛ کاهش خطاهای درمانی؛ افزایش استانداردها؛ بهبود تجربه بیمار
	کاهش بار بیماری‌ها	کاهش بیماری‌های غیرواگیر؛ پیشگیری مؤثر؛ کاهش بستری؛ کاهش عود بیماری
	بهبود مدیریت تقاضای سلامت	تنظیم مراجعه بیماران؛ کاهش مصرف غیرضروری خدمات؛ مدیریت صف‌ها؛ کاهش فشار سیستم
پیامدهای اقتصادی و هزینه‌ای	کاهش هزینه‌های نظام سلامت	کاهش هزینه درمان؛ کاهش بستری طولانی؛ صرفه‌جویی بودجه‌ای؛ کاهش هزینه‌های دارویی
	افزایش هزینه ـ اثربخشی سیاست‌ها	بازدهی بالاتر سیاست‌ها؛ بهینه‌سازی منابع؛ کاهش هزینه هر مداخله؛ افزایش *ROI* سلامت
	کاهش بار مالی خانوارها	کاهش پرداخت از جیب؛ کاهش هزینه بیماری؛ افزایش توان مالی خانوار؛ کاهش فقر سلامت
	بهینه‌سازی تخصیص منابع	توزیع کارآمد بودجه؛ اولویت‌بندی مداخلات؛ کاهش اتلاف منابع؛ هدف‌گذاری دقیق
پیامدهای اجتماعی و جمعیتی	ارتقای سلامت عمومی جامعه	افزایش امید به زندگی؛ کاهش مرگ و میر؛ بهبود شاخص‌های سلامت؛ افزایش رفاه عمومی
	کاهش نابرابری سلامت	دسترسی برابرتر؛ کاهش شکاف اجتماعی؛ حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر؛ عدالت سلامت
	افزایش سرمایه اجتماعی سلامت	اعتماد اجتماعی؛ مشارکت عمومی؛ همکاری جامعه؛ همبستگی اجتماعی

مقوله محوری	مقوله	مفاهیم
Central Category	*Category*	*Concepts*
	تغییر هنجارهای اجتماعی سلامت	نهادینه‌سازی رفتار سالم؛ تغییر فرهنگ عمومی؛ پذیرش پیشگیری؛ هنجارسازی رفتارهای مطلوب
پیامدهای حکمرانی و سیاست‌گذاری عمومی	افزایش اثربخشی سیاست‌های عمومی	تحقق اهداف سیاستی؛ بهبود نتایج برنامه‌ها؛ کاهش شکست سیاست‌ها؛ افزایش موفقیت مداخلات
	تقویت حکمرانی داده‌محور	استفاده از داده‌های رفتاری؛ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد؛ پایش مستمر سیاست‌ها؛ تحلیل سیاستی
	افزایش مشروعیت سیاست‌ها	پذیرش اجتماعی سیاست‌ها؛ کاهش مقاومت عمومی؛ افزایش اعتماد به دولت؛ تقویت مقبولیت
	توسعه نوآوری در سیاست‌گذاری	گسترش سیاست‌های رفتاری؛ پذیرش رویکردهای نوین؛ یادگیری سیاستی؛ توسعه ابزارهای جدید

رابطه «شرایط علّی ← پدیده (تلنگرزنی)»

رابطه میان شرایط علّی و پدیده در این مدل، یک رابطه «تولیدی ـ ضرورتی» است؛ به این معنا که شرایط علّی، بسترهای مسئله‌مند و ناکارآمدی‌هایی را ایجاد می‌کنند که ظهور پدیده تلنگرزنی را نه به‌عنوان یک انتخاب اختیاری، بلکه به‌عنوان یک ضرورت سیاستی توجیه می‌کنند. در واقع، پدیده تلنگرزنی پاسخی به محدودیت‌های بنیادین در الگوهای سنتی سیاست‌گذاری سلامت است. نخست، «ناکارآمدی الگوی تصمیم‌گیری عقلانی در سلامت» نشان می‌دهد که فرض بنیادین سیاست‌های کلاسیک (یعنی اینکه افراد با اطلاعات کامل و به‌صورت منطقی تصمیم می‌گیرند) در عمل نقض می‌شود. افراد در مواجهه با تصمیمات سلامت، تحت تأثیر سوگیری‌هایی مانند تعلل، خوش‌بینی افراطی یا ترجیح منافع کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند. این وضعیت، مستقیماً به شکل‌گیری مؤلفه «بهره‌گیری از سوگیری‌ها و میانبرهای شناختی» در پدیده تلنگرزنی منجر می‌شود؛ به این معنا که سیاست‌گذار به‌جای حذف سوگیری‌ها، آن‌ها را در طراحی مداخلات به کار می‌گیرد. دوم، «پیچیدگی و بار شناختی محیط‌های انتخاب در نظام سلامت» نقش مهمی در ظهور «طراحی معماری انتخاب» دارد. محیط‌های سلامت اغلب شامل گزینه‌های متعدد، اطلاعات تخصصی و پیامدهای نامطمئن هستند که تصمیم‌گیری را دشوار می‌سازند. این پیچیدگی، ظرفیت

شناختی افراد را محدود کرده و احتمال انتخاب‌های نامطلوب را افزایش می‌دهد. در نتیجه، تلنگرزنی با بازطراحی محیط انتخاب ـ از طریق ساده‌سازی گزینه‌ها، استفاده از پیش‌فرض‌ها و هدایت توجه ـ به‌عنوان راه حل مطرح می‌شود. سوم، «محدودیت اثربخشی سیاست‌های سنتی (آموزشی و دستوری)» به شکل‌گیری «مداخلات انگیزشی غیر الزام‌آور» منجر می‌شود. سیاست‌های آموزشی فرض می‌کنند که افزایش آگاهی منجر به تغییر رفتار می‌شود، در حالی که شواهد نشان می‌دهد شکاف معناداری میان دانش و عمل وجود دارد. همچنین، سیاست‌های دستوری با مقاومت اجتماعی مواجه می‌شوند. در این شرایط، تلنگر به‌عنوان رویکردی نرم و غیر الزام‌آور، تلاش می‌کند بدون تحمیل، رفتار را هدایت کند. چهارم، «ضرورت بهبود کارایی و اثربخشی سیاست‌های سلامت» موجب شکل‌گیری «بومی‌سازی و زمینه‌مندی مداخلات تلنگری» می‌شود. فشار بر منابع نظام سلامت و نیاز به نتایج سریع و پایدار، سیاست‌گذاران را به سمت مداخلاتی سوق می‌دهد که کم‌هزینه، مقیاس‌پذیر و متناسب با زمینه‌های محلی باشند. این امر باعث می‌شود تلنگرها نه به‌صورت نسخه‌های عمومی، بلکه به‌صورت مداخلات زمینه‌مند طراحی شوند. در مجموع، شرایط علّی با آشکارسازی محدودیت‌های شناختی، نهادی و سیاستی، به‌طور مستقیم مؤلفه‌های پدیده تلنگرزنی را شکل می‌دهند و آن را به‌عنوان یک پاسخ منطقی به چالش‌های موجود در نظام سلامت مطرح می‌سازند.

رابطه «پدیده ← استراتژی‌ها»

رابطه میان پدیده تلنگرزنی و استراتژی‌ها، یک رابطه «ترجمه مفهومی به کنش اجرایی» است. در این سطح، مفاهیم انتزاعی تلنگر به مجموعه‌ای از راهبردهای عملیاتی تبدیل می‌شوند که امکان پیاده‌سازی در سیاست‌های سلامت را فراهم می‌کنند. «طراحی معماری انتخاب» به‌عنوان هسته پدیده، مستقیماً به «استراتژی‌های طراحی رفتاری» تبدیل می‌شود. این استراتژی‌ها شامل استفاده از پیش‌فرض‌ها، ساده‌سازی فرآیندهای انتخاب، و بازچینش گزینه‌ها هستند. به‌عبارت دیگر، آنچه در سطح نظری به‌عنوان معماری انتخاب مطرح است، در سطح عملی به ابزارهای طراحی تبدیل می‌شود که محیط تصمیم‌گیری را بازآرایی می‌کنند. «بهره‌گیری از سوگیری‌ها و میانبرهای شناختی» به «استراتژی‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی رفتاری» پیوند می‌خورد. این استراتژی‌ها با استفاده از چارچوب‌بندی پیام، برجسته‌سازی هنجارهای اجتماعی و طراحی پیام‌های هدفمند، بر سوگیری‌های شناختی افراد تأثیر می‌گذارند. برای مثال، استفاده از پیام‌های مقایسه‌ای (اکثریت افراد چنین رفتاری دارند)

مستقیماً از درک سوگیری همرنگی اجتماعی ناشی می‌شود. «مداخلات انگیزشی غیر الزام‌آور» نیز در قالب «استراتژی‌های انگیزشی و تقویتی» عملیاتی می‌شود. این استراتژی‌ها شامل ارائه مشوق‌های کوچک، بازخوردهای مثبت و ابزارهای خودتنظیمی هستند که بدون اعمال اجبار، رفتار مطلوب را تقویت می‌کنند. در نهایت، «بومی‌سازی و زمینه‌مندی مداخلات» به «استراتژی‌های نهادی و زمینه‌ای اجرا» منجر می‌شود. این استراتژی‌ها بر ادغام تلنگر در ساختارهای موجود، هماهنگی بین‌بخشی و سازگاری با شرایط محلی تمرکز دارند.

رابطه «شرایط مداخله‌گر ← استراتژی‌ها»

شرایط مداخله‌گر در این مدل، نقش «تنظیم‌کننده» را ایفا می‌کنند؛ یعنی تعیین می‌کنند که استراتژی‌های تلنگرزنی چگونه، با چه شدت و در چه قالبی اجرا شوند. این شرایط، کیفیت و اثربخشی اجرای استراتژی‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. «ظرفیت نهادی و حکمرانی سلامت» یکی از مهم‌ترین عوامل مداخله‌گر است. در نظام‌هایی که از ظرفیت اجرایی بالا، هماهنگی بین‌بخشی و توان سیاست‌گذاری برخوردارند، امکان اجرای استراتژی‌های پیچیده‌تر و یکپارچه‌تر فراهم است. در مقابل، ضعف نهادی موجب محدود شدن استراتژی‌ها به مداخلات ساده و پراکنده می‌شود. «عوامل اجتماعی ـ فرهنگی و شناختی جامعه هدف» نیز نقش مهمی در تعیین نوع استراتژی‌ها دارند. برای مثال، در جوامعی با سطح اعتماد پایین به نهادها، پیام‌های رسمی ممکن است اثربخشی محدودی داشته باشند و نیاز به استفاده از منابع مورد اعتماد محلی وجود دارد. همچنین، تفاوت‌های فرهنگی می‌توانند نحوه درک پیام‌ها و واکنش به مشوق‌ها را تغییر دهند. «زیرساخت‌های فناورانه و داده‌ای» نیز دامنه استراتژی‌ها را تعیین می‌کنند. وجود سیستم‌های اطلاعاتی پیشرفته امکان استفاده از تلنگرهای دیجیتال، شخصی‌سازی پیام‌ها و پایش مستمر را فراهم می‌کند، در حالی که نبود این زیرساخت‌ها، اجرای چنین استراتژی‌هایی را محدود می‌سازد.

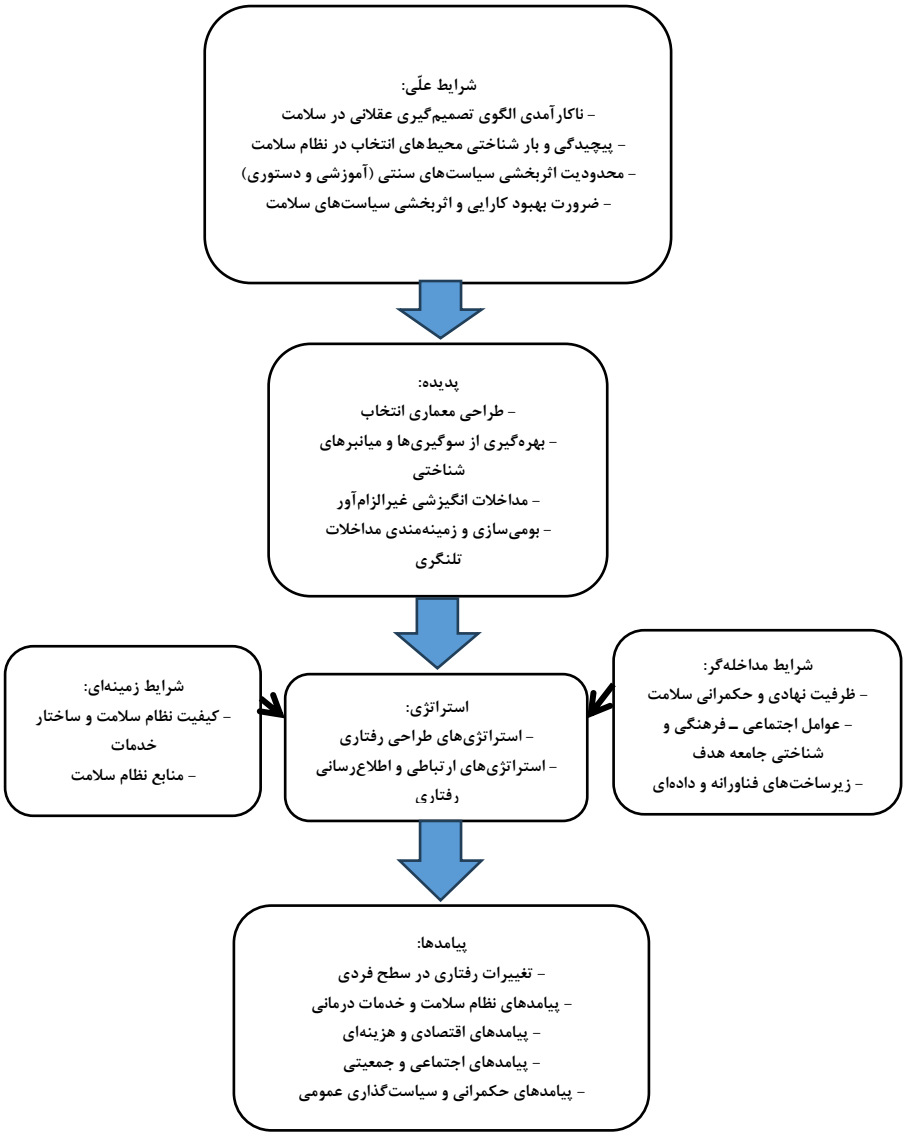
رابطه «شرایط زمینه‌ای ← استراتژی‌ها»

شرایط زمینه‌ای، چارچوب کلان و بستر ساختاری اجرای استراتژی‌ها را تعیین می‌کنند. این شرایط، نه تنها دامنه انتخاب استراتژی‌ها را مشخص می‌کنند، بلکه بر جهت‌گیری کلی آن‌ها نیز اثر می‌گذارند. «کیفیت نظام سلامت و ساختار خدمات» نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه ادغام تلنگرها دارد. در نظام‌های سلامت با ساختار منسجم و خدمات یکپارچه، امکان اجرای استراتژی‌های نهادی گسترده‌تر و هماهنگ‌تر وجود دارد. در مقابل، در نظام‌های

پراکنده، استراتژی‌ها بیشتر به‌صورت موضعی و محدود اجرا می‌شوند. «منابع نظام سلامت» نیز یکی از عوامل کلیدی است. محدودیت منابع مالی و انسانی، سیاست‌گذاران را به سمت انتخاب استراتژی‌های کم‌هزینه و با بازده بالا سوق می‌دهد. در این شرایط، تلنگرها به‌عنوان ابزارهایی مقرون به صرفه، اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. در مجموع، شرایط زمینه‌ای تعیین می‌کنند که استراتژی‌های تلنگرزنی در چه مقیاسی، با چه سطحی از منابع و در چه چارچوب ساختاری اجرا شوند.

رابطه «استراتژی‌ها ← پیامدها»

استراتژی‌ها حلقه نهایی زنجیره مدل هستند که از طریق آن‌ها، پدیده تلنگرزنی به پیامدهای ملموس تبدیل می‌شود. این رابطه، نشان‌دهنده انتقال از «کنش سیاستی» به «نتیجه سیستماتیک» است. «استراتژی‌های طراحی رفتاری» مستقیماً به «تغییرات رفتاری در سطح فردی» منجر می‌شوند. بازطراحی محیط انتخاب، افراد را به سمت رفتارهای سالم‌تر هدایت می‌کند. «استراتژی‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی» موجب «تغییر نگرش‌ها و هنجارهای اجتماعی» می‌شوند و در بلندمدت به ارتقای سلامت عمومی کمک می‌کنند. «استراتژی‌های انگیزشی و تقویتی» باعث افزایش پایبندی درمانی و تداوم رفتارهای مطلوب می‌شوند. «استراتژی‌های نهادی و زمینه‌ای اجرا» نیز با بهبود هماهنگی و کارایی نظام سلامت، به پیامدهای ساختاری، اقتصادی و حکمرانی منجر می‌شوند. در مجموع، استراتژی‌ها از طریق اثرگذاری بر رفتار، نگرش و ساختارها، مجموعه‌ای از پیامدهای چندسطحی را تولید می‌کنند که از سطح فردی تا سطح کلان حکمرانی امتداد دارند.



شکل ۲: مدل پارادایمی کاربست تلنگرزنی در سیاست‌های عمومی سلامت

Figure 2: *Paradigmatic Model of the Application of Nudges in Public Health Policies*

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که شکل‌گیری و ضرورت کاربست تلنگرزنی در نظام سلامت، نه به‌عنوان یک انتخاب صرفاً نظری، بلکه به‌عنوان پاسخی به مجموعه‌ای از ناکارآمدی‌های ساختاری، شناختی و نهادی قابل تبیین است. در این چارچوب، شرایط علّی شناسایی‌شده را می‌توان ناشی از محدودیت‌های مربوط به «الگوی تصمیم‌گیری و محیط انتخاب» دانست. در سطح نخست، یافته‌ها نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز کاربست تلنگرزنی، ناکارآمدی الگوی تصمیم‌گیری عقلانی در حوزه سلامت است. برخلاف فرض کلاسیک در سیاست‌گذاری که افراد را تصمیم‌گیرندگانی منطقی و مبتنی بر اطلاعات کامل فرض می‌کند، تصمیم‌های سلامت به شدت تحت تأثیر عوامل غیر عقلانی مانند عادت‌های رفتاری، باورهای فرهنگی، فشارهای اجتماعی و محدودیت‌های شناختی قرار دارند. در ادامه، پیچیدگی و بار شناختی محیط‌های انتخاب در نظام سلامت به‌عنوان دومین عامل کلیدی مطرح می‌شود. نظام سلامت با فرآیندهای پیچیده، اطلاعات غیر شفاف و مسیرهای متعدد ارائه خدمات مواجه است. در چنین شرایطی، تلنگرزنی به‌عنوان ابزاری برای «ساده‌سازی محیط تصمیم» و کاهش بار شناختی مطرح می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که کاربست تلنگر نه تنها به ویژگی‌های فردی، بلکه به طراحی محیط‌های تصمیم نیز وابسته است. همچنین، نتایج پژوهش به محدودیت‌های جدی در رویکردهای سنتی سیاست‌گذاری اشاره دارد. به‌طور مشخص، محدودیت اثربخشی سیاست‌های آموزشی و دستوری یکی از عوامل کلیدی در گرایش به تلنگرزنی است. به علاوه، سیاست‌های دستوری و الزام‌آور نیز در بسیاری از موارد یا به‌خوبی اجرا نشده‌اند یا با مقاومت مواجه شده‌اند. این وضعیت، نوعی «خلأ سیاستی» ایجاد کرده است که تلنگرزنی می‌تواند آن را پر کند.

یافته‌ها نشان داد که «تلنگرزنی»، ماهیتی چندبعدی، زمینه‌مند و اجتماعی دارد. به‌عبارت دیگر، پدیده تلنگرزنی در این مطالعه، به‌عنوان یک «منطق مداخله» بازتعریف می‌شود که در تعامل میان ادراکات فردی، ساختارهای اجتماعی و شرایط محیطی شکل می‌گیرد. در سطح نخست، یافته‌ها بر اهمیت طراحی معماری انتخاب تأکید دارند. در اینجا، تلنگرزنی به‌عنوان مداخله‌ای در «ساختار تصمیم» تعریف می‌شود؛ به این معنا که نحوه ارائه گزینه‌ها، ترتیب اطلاعات، و طراحی محیط‌های خدماتی می‌تواند به‌طور معناداری بر انتخاب‌های افراد تأثیر بگذارد. بنابراین، تلنگرزنی در این بستر، به معنای «بازطراحی آگاهانه محیط‌های انتخاب» برای کاهش ابهام و هدایت تصمیم‌هاست. در ادامه، بهره‌گیری از سوگیری‌ها و میانبرهای شناختی به‌عنوان یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی مطرح می‌شود.

یافته‌ها نشان می‌دهد افراد برای تصمیم‌گیری، به شدت به میانبرهای ذهنی مانند پیروی از دیگران، انتخاب گزینه‌های ساده‌تر یا پذیرش گزینه‌های پیش‌فرض متکی هستند. تلنگرزنی در اینجا به‌عنوان تلاشی برای «هم‌راستا کردن این سوگیری‌ها با اهداف سیاستی» تعریف می‌شود. نکته مهم این است که در این پژوهش، سوگیری‌ها نه به‌عنوان خطا، بلکه به‌عنوان «منابع قابل استفاده» در طراحی مداخلات در نظر گرفته می‌شوند. سومین مؤلفه کلیدی، مداخلات انگیزشی غیر الزام‌آور است که به ماهیت غیر تحمیلی تلنگرزنی اشاره دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات دستوری اغلب با مقاومت یا عدم اجرای کامل مواجه می‌شوند. در مقابل، مداخلاتی که از طریق تشویق، یادآوری یا بازخورد عمل می‌کنند، پذیرش بیشتری دارند. این امر نشان می‌دهد که تلنگرزنی در این بستر، به‌عنوان یک رویکرد «نرم و تدریجی» در تغییر رفتار عمل می‌کند. نکته مهم این است که این نوع مداخلات، نه تنها از نظر سیاسی قابل پذیرش‌تر هستند، بلکه با محدودیت‌های منابع نیز سازگارترند. با این حال، یکی از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، تأکید بر بومی‌سازی و زمینه‌مندی مداخلات تلنگری است. برخلاف برخی رویکردهای استاندارد در ادبیات که تلنگرها را به‌صورت ابزارهای نسبتاً عمومی در نظر می‌گیرند، اثربخشی این مداخلات به‌شدت وابسته به انطباق آن‌ها با فرهنگ، باورها و شرایط اجتماعی است. به‌عنوان مثال، پیام‌هایی که با ارزش‌های فرهنگی یا هنجارهای محلی همخوانی ندارند، حتی اگر از نظر نظری درست باشند، تأثیر محدودی خواهند داشت.

مطابق یافته‌ها، استراتژی‌های تلنگری، ترجمان عملی پدیده تلنگرزنی هستند و کیفیت آن‌ها مستقیماً تعیین‌کننده میزان تحقق پیامدهای مورد انتظار است. در سطح نخست، یافته‌ها بر اهمیت استراتژی‌های طراحی رفتاری تأکید دارند. این استراتژی‌ها مبتنی بر بازطراحی محیط‌های تصمیم‌گیری هستند و هدف آن‌ها هدایت رفتار از طریق تغییر در نحوه ارائه گزینه‌ها، ساده‌سازی فرآیندها و کاهش موانع شناختی است. این استراتژی‌ها به‌ویژه در مواجهه با پیچیدگی‌های اداری و ساختاری اهمیت می‌یابند. در ادامه، استراتژی‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی رفتاری به‌عنوان دومین محور مهم مطرح می‌شوند. یافته‌ها نشان می‌دهد که در نظام سلامت، مسئله اصلی صرفاً کمبود اطلاعات نیست، بلکه نحوه ارائه و درک اطلاعات است. به همین دلیل، استراتژی‌های ارتباطی مؤثر، بر ساده‌سازی پیام‌ها، استفاده از زبان قابل فهم، و چارچوب‌بندی مناسب اطلاعات تمرکز دارند. این استراتژی‌ها به‌ویژه در شرایطی که سطح سواد سلامت در برخی گروه‌ها محدود است، اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. سومین دسته از استراتژی‌ها، استراتژی‌های انگیزشی و تقویتی هستند که بر استفاده از مشوق‌های غیر الزام‌آور برای هدایت رفتار تمرکز دارند. استفاده از ابزارهای الزام‌آور با چالش‌های اجرایی و

اجتماعی مواجه است، در حالی که مداخلات انگیزشی مانند یادآوری‌ها، بازخوردها و تشویق‌های اجتماعی، پذیرش بیشتری دارند. این استراتژی‌ها به‌دلیل ماهیت نرم و انعطاف‌پذیر خود، امکان اعمال در سطوح مختلف نظام سلامت را فراهم می‌کنند. همچنین، این یافته‌ها نشان می‌دهد که انگیزش در این بستر، صرفاً مالی نیست، بلکه ابعاد اجتماعی و نمادین نیز در آن نقش مهمی ایفا می‌کنند. در سطح بعدی، استراتژی‌های نهادی و زمینه‌ای اجرا به‌عنوان یکی از ارکان اساسی مطرح می‌شوند. یافته‌ها نشان می‌دهد که موفقیت مداخلات تلنگری، به میزان هماهنگی آن‌ها با ساختارها و فرآیندهای نهادی موجود وابسته است. بنابراین، استراتژی‌های تلنگری باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که در چارچوب ظرفیت‌های موجود قابل اجرا باشند.

از سوی دیگر، موفقیت یا عدم موفقیت استراتژی‌های تلنگرزنی در نظام سلامت، به‌طور مستقیم به مجموعه‌ای از شرایط مداخله‌گر وابسته است که نقش «تعدیل‌کننده» در روابط بین پدیده (تلنگرزنی) و پیامدها ایفا می‌کنند. این شرایط، برخلاف شرایط زمینه‌ای که ماهیتی ساختاری و نسبتاً پایدار دارند، بیشتر پویا، متغیر و وابسته به کیفیت اجرا هستند. در سطح نخست، ظرفیت نهادی و حکمرانی سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شرایط مداخله‌گر شناسایی شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که توانایی نهادهای سلامت در برنامه‌ریزی، هماهنگی و اجرای سیاست‌ها، نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت مداخلات تلنگری دارد. این یافته نشان می‌دهد که تلنگرزنی نمی‌تواند جایگزین حکمرانی خوب شود، بلکه باید در چارچوب آن عمل کند. در ادامه، عوامل اجتماعی ـ فرهنگی و شناختی جامعه هدف به‌عنوان دومین محور مهم مطرح می‌شوند. در هر جامعه‌ای، باورهای فرهنگی، هنجارهای اجتماعی، سطح اعتماد و الگوهای شناختی، نقش اساسی در نحوه پذیرش مداخلات تلنگری دارند. به‌عنوان مثال، مداخلاتی که با ارزش‌های فرهنگی یا هنجارهای اجتماعی همسو نیستند، حتی اگر از نظر فنی مناسب باشند، با مقاومت مواجه می‌شوند. همچنین، سطح سواد سلامت و درک افراد از اطلاعات، بر میزان اثربخشی پیام‌های رفتاری تأثیرگذار است. این یافته نشان می‌دهد که تلنگرزنی در این بستر، نیازمند درک عمیق از بافت اجتماعی و شناختی جامعه است و نمی‌توان آن را به‌صورت یک ابزار خنثی و جهانی به کار برد. سومین عامل مداخله‌گر، زیرساخت‌های فناورانه و داده‌ای است که نقش مهمی در طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات تلنگری ایفا می‌کند. محدودیت در دسترسی به داده‌های دقیق، ضعف سیستم‌های اطلاعاتی و محدودیت در استفاده از فناوری‌های دیجیتال، می‌تواند اجرای برخی از مداخلات تلنگری را با

چالش مواجه کند. به‌ویژه، مداخلاتی که نیازمند شخصی‌سازی یا پایش مستمر هستند، به شدت به این زیرساخت‌ها وابسته‌اند.

افزون بر این، کاربست تلنگرزنی در نظام سلامت، در خلأ رخ نمی‌دهد، بلکه در بستری از ویژگی‌های ساختاری و نهادی شکل می‌گیرد که به‌عنوان «شرایط زمینه‌ای» شناخته می‌شوند. یافته‌ها بر اهمیت کیفیت نظام سلامت و ساختار خدمات تأکید دارند. نتایج نشان می‌دهد که نحوه سازمان‌دهی خدمات، سطح کیفیت ارائه خدمات و میزان هماهنگی بین سطوح مختلف نظام سلامت، نقش تعیین‌کننده‌ای در امکان و اثربخشی مداخلات تلنگری دارد. این یافته نشان می‌دهد که تلنگرزنی نمی‌تواند جایگزین کیفیت خدمات شود، بلکه باید در تعامل با آن عمل کند. در ادامه، منابع نظام سلامت به‌عنوان یکی دیگر از شرایط زمینه‌ای کلیدی مطرح می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که محدودیت در منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی، یکی از ویژگی‌های ساختاری نظام سلامت است که به‌طور مستقیم بر دامنه و نوع مداخلات قابل اجرا تأثیر می‌گذارد. در چنین شرایطی، تلنگرزنی به‌دلیل ماهیت کم‌هزینه خود، به‌عنوان یک گزینه جذاب مطرح می‌شود؛ اما در عین حال، همین محدودیت منابع می‌تواند ظرفیت اجرای مؤثر آن را نیز محدود کند. به‌عنوان مثال، کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده یا نبود منابع برای طراحی و پایش مداخلات، می‌تواند اثربخشی تلنگرها را کاهش دهد.

سرانجام، یافته‌ها نشان داد که کاربست تلنگرزنی در نظام سلامت، مجموعه‌ای از پیامدهای چند سطحی و به هم پیوسته را به همراه دارد که فراتر از تغییرات رفتاری فردی، به تحولات ساختاری، و نهادی منجر می‌شود. در سطح نخست، تغییرات رفتاری در سطح فردی به‌عنوان بدیهی‌ترین و مستقیم‌ترین پیامد تلنگرزنی مطرح می‌شود. مداخلات تلنگری می‌توانند به بهبود رفتارهایی مانند پایبندی به درمان، مراجعه به موقع به مراکز سلامت، و رعایت توصیه‌های پزشکی منجر شوند. این تغییرات، به ویژه در شرایطی که رفتارهای ناسالم ریشه در عادت‌ها یا بی‌توجهی دارند، از طریق مداخلات ساده اما هدفمند قابل تحقق هستند. در ادامه، پیامدهای نظام سلامت و خدمات درمانی مطرح می‌شوند که نشان‌دهنده اثرات تلنگرزنی در سطح عملکرد سیستم است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بهبود رفتارهای فردی می‌تواند به کاهش ازدحام، بهینه‌سازی استفاده از خدمات، و افزایش کارایی در ارائه خدمات منجر شود. به‌عنوان مثال، هدایت بهتر بیماران به سطوح مناسب خدمات یا کاهش مراجعات غیر ضروری، می‌تواند فشار بر سیستم را کاهش دهد. این یافته نشان می‌دهد که تلنگرزنی، از طریق تغییر رفتار، می‌تواند به بهبود عملکرد کل نظام سلامت کمک کند. در همین راستا،

پیامدهای اقتصادی و هزینه‌ای نیز به‌عنوان یکی از نتایج مهم مطرح می‌شوند. مداخلات تلنگری، به دلیل ماهیت کم‌هزینه خود، می‌توانند به کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش بهره‌وری منابع منجر شوند. در بستر عراق، که با محدودیت‌های مالی مواجه است، این ویژگی اهمیت ویژه‌ای دارد. تلنگرزنی می‌تواند با ایجاد تغییرات کوچک در رفتار، از هزینه‌های بزرگ در سطح سیستم جلوگیری کند. در سطح اجتماعی، پیامدهای اجتماعی و جمعیتی نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند. مداخلات تلنگری می‌توانند به تغییر هنجارهای اجتماعی، تقویت رفتارهای سلامت‌محور در جامعه، و بهبود الگوهای سلامت در سطح جمعیت منجر شوند. این اثرات، به‌ویژه زمانی تقویت می‌شوند که مداخلات از طریق شبکه‌های اجتماعی و روابط بین فردی گسترش یابند. به‌عبارت دیگر، تلنگرزنی می‌تواند از سطح فردی فراتر رفته و به یک «محرک تغییر اجتماعی» تبدیل شود. در بعد حکمرانی، پیامدهای مرتبط با سیاست‌گذاری عمومی نیز شناسایی شده‌اند. استفاده از تلنگرزنی می‌تواند به بهبود فرآیندهای تصمیم‌گیری، افزایش اثربخشی سیاست‌ها و حرکت به سمت رویکردهای نوین در حکمرانی سلامت منجر شود. این موضوع نشان می‌دهد که تلنگرزنی، علاوه بر تأثیر بر مخاطبان سیاست، بر خود فرآیند سیاست‌گذاری نیز اثرگذار است. به‌عبارت دیگر، این رویکرد می‌تواند به تغییر در «پارادایم سیاست‌گذاری سلامت» کمک کند.

پیشنهادهای کاربردی

متناسب با یافته‌ها می‌توان پیشنهادهایی را به سیاست‌گذاران حوزه سلامت و برنامه‌ریزان توسعه ارائه نمود. یک پیشنهاد کلیدی، نهادینه‌سازی طراحی رفتاری در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت است. به‌طور مشخص، در ساختار وزارت بهداشت، یک «واحد سیاست‌گذاری رفتاری» ایجاد شود که وظیفه آن بازبینی سیاست‌های موجود از منظر رفتاری باشد. این واحد می‌تواند با استفاده از داده‌های موجود در سیستم *HIS*، نقاطی را شناسایی کند که در آن‌ها رفتار بیماران یا کارکنان با اهداف سیاستی هم‌راستا نیست (مثلاً عدم مراجعه برای پیگیری درمان). سپس به‌جای اصلاحات ساختاری پرهزینه، مداخلات تلنگری کم‌هزینه طراحی کند. دومین پیشنهاد، بازطراحی فرآیندهای خدماتی در مراکز بهداشتی اولیه (*PHC*) است. وزارت بهداشت می‌تواند یک پروژه ملی «ساده‌سازی مسیر بیمار» را آغاز کند. در این پروژه، ابتدا در چند مرکز منتخب، مسیر واقعی حرکت بیمار از ورود تا دریافت خدمت ترسیم می‌شود. سپس با استفاده از اصول تلنگرزنی، این مسیر ساده‌سازی می‌شود: نصب علائم بصری، حذف مراحل غیر ضروری، و تعریف مسیرهای پیش‌فرض (مثلاً هدایت مستقیم بیماران عمومی به پزشک

خانواده). این اقدام مستقیماً بار شناختی را کاهش می‌دهد. سومین پیشنهاد، اصلاح تدریجی سیاست‌های دستوری از طریق ترکیب با ابزارهای رفتاری است. به‌عنوان مثال، در برنامه‌های واکسیناسیون که عمدتاً دستوری اجرا می‌شوند، می‌توان قبل از اعمال اجبار، از مداخلات رفتاری مانند پیامک‌های شخصی‌سازی‌شده یا دعوت‌نامه‌های رسمی با تأکید بر هنجار اجتماعی استفاده کرد. این کار از طریق همکاری با اپراتورهای تلفن همراه قابل اجراست.

یکی دیگر از اقدامات مهم، بازطراحی معماری انتخاب در خدمات پرکاربرد مانند واکسیناسیون و مراقبت‌های مادر و کودک است. به‌طور مشخص، به‌جای اینکه والدین خودشان برای واکسیناسیون مراجعه کنند، سیستم ثبت نام پیش‌فرض تعریف شود: هنگام تولد کودک، اطلاعات در سیستم ثبت شده و زمان‌های مراجعه به صورت خودکار تعیین و از طریق پیامک اعلام شود. پیشنهاد دیگر، استفاده هدفمند از سوگیری‌های شناختی در ارتباطات سلامت است. برای مثال، در کمپین‌های سلامت، به جای ارائه اطلاعات آماری خشک، از «چارچوب‌بندی زیان» استفاده شود: مثلاً به جای «واکسیناسیون مفید است»، گفته شود «عدم واکسیناسیون خطر ابتلا را چند برابر می‌کند». این پیام‌ها باید توسط تیم‌های ارتباطی وزارت بهداشت و با همکاری رسانه‌های محلی تولید شوند. اقدام دیگر، طراحی مداخلات مبتنی بر هنجار اجتماعی در سطح محلی است. می‌توان از طریق همکاری با کنشگران فعال در جوامع محلی، پیام‌هایی منتشر کرد که نشان دهد «اکثریت جامعه این رفتار را انجام می‌دهند». این کار در کمپین‌های بهداشت عمومی بسیار مؤثر است.

پیشنهاد دیگر، طراحی و اجرای «برنامه‌های آزمایشی چندسایتی تلنگرزنی» در ساختار ادارات بهداشت استانی است. به‌طور مشخص، وزارت بهداشت می‌تواند در سه استان با ویژگی‌های متفاوت یک برنامه آزمایشی ۶ تا ۹ ماهه اجرا کند. در این برنامه، برای یک مسئله مشخص (مثلاً کاهش عدم مراجعه بیماران دیابتی برای پیگیری)، بسته‌ای از استراتژی‌های ترکیبی شامل پیامک یادآوری شخصی‌سازی شده، تغییر طراحی فرم پیگیری، و بازخورد ماهانه به کارکنان اجرا می‌شود. اجرای این پروژه باید با همکاری اداره آمار وزارت بهداشت و یک تیم دانشگاهی انجام شود تا ارزیابی قبل و بعد نیز صورت گیرد. این اقدام عملاً استراتژی‌های تلنگری را از سطح نظری به سطح «مداخله قابل اندازه‌گیری» منتقل می‌کند.

افزون بر این، پیشنهاد دیگر نهادینه‌سازی استراتژی‌های ارتباطی رفتاری در ساختار اطلاع‌رسانی رسمی وزارت بهداشت است. در حال حاضر، پیام‌های سلامت در عراق عمدتاً عمومی، غیر هدفمند و اطلاعات‌محور هستند. پیشنهاد می‌شود یک «راهنمای عملی طراحی پیام‌های رفتاری» تهیه و به واحدهای روابط عمومی در سطح ملی و استانی ابلاغ شود. این

راهنما باید شامل قالب‌های آماده پیام (مثلاً پیام‌های مبتنی بر هنجار اجتماعی، زیان‌گریزی، یا یادآوری شخصی) باشد. سپس در همکاری با اپراتورهای تلفن همراه، یک سیستم ارسال هدفمند پیامک بر اساس نوع بیمار (مثلاً بیماران مزمن ثبت‌شده در مراکز) راه‌اندازی شود. این کار به‌صورت عملیاتی نیازمند اتصال حداقلی بین داده‌های مراکز سلامت و پلتفرم‌های پیام‌رسان است.

یکی از پیشنهادهای مهم در این زمینه، پیاده‌سازی برنامه آموزشی کوتاه‌مدت و هدفمند برای مدیران و کارکنان سلامت است. این آموزش‌ها باید بسیار کاربردی و مبتنی بر سناریوهای واقعی باشند. برای مثال، یک کارگاه یک‌روزه در سطح استان‌ها برگزار شود که در آن کارکنان یاد بگیرند چگونه یک فرم را ساده‌سازی کنند یا یک پیام رفتاری طراحی کنند. این آموزش می‌تواند با همکاری دانشکده‌های بهداشت و حتی به‌صورت آنلاین (در صورت محدودیت امنیتی) برگزار شود. ایجاد زیرساخت داده‌ای حداقلی اما عملیاتی برای مداخلات رفتاری نیز حائز اهمیت است. می‌توان یک سیستم ساده مبتنی بر اکسل یا فرم‌های دیجیتال (مثلاً *Google Forms*) طراحی کرد که در آن اطلاعات پایه بیماران (شماره تماس، نوع بیماری، زمان مراجعه) ثبت شود. این داده‌ها برای اجرای مداخلاتی مانند یادآوری یا پایش رفتار کاملاً کافی است. پیشنهاد دیگر، مدیریت فعال ذی‌نفعان در طراحی مداخلات است. قبل از اجرای هر مداخله، جلساتی با کارکنان، مدیران محلی و حتی نمایندگان جامعه برگزار شود تا مداخله توضیح داده شده و بازخورد گرفته شود. این کار مقاومت را کاهش داده و پذیرش را افزایش می‌دهد.

References:

Anbari, M. & Sayadian-Barkhordar, M. (2025). "A historical study of the process of developing the girls' education system in Iran", Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development), 20(1), 95-120. (Persian).

Betsch, C., Bohm, R., & Korn, L. (2017). "Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior?", Health Psychology, 36(11), 1050–1057.

Browne, J., Coffey, B., Cook, K., Meiklejohn, S. & Palermo, C. (2018). "A guide to policy analysis as a research method", Health Promotion International, https://doi.org/10.1093/heapro/day052.

Dai, H.; Saccardo, S.; Han MA, Roh, L.; Raja, N.; Vangala, S.; Modi, H.; Pandya, S.; Sloyan, M.; Croymans, D.M. (2021). "Behavioural nudges increase COVID-19 vaccinations", Nature 597(7876):404-409. doi: 10.1038/s41586-021-03843-2.

Ge, L.; Guan, X.; Tang, L.; Zhu, Q.; Zhong, Y.; Lan, M. (2025). "The effectiveness of digital nudging in improving dietary quality: A systematic review of randomized controlled trials", BMC Public Health. 16;25(1):2804.

Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). "The weirdest people in the world?", Behavioral and Brain Sciences, 33(2–3), 61–83.

Howlett, M., & Ramesh, M. (2020). Studying public policy: Principles and processes (4th ed.). Oxford University Press.

Ibrahim, S.; Al-Dahir, S.; Al Mulla, T. (2021). "Resilience of health systems in conflict affected governorates of Iraq, 2014–2018. Confl Health 15, 76.

Kazemian, A.; Hoseinzadeh, M.; Banihashem Rad, S.A.; Jouya, A. Tahani, B. (2023). "Nudging oral habits; application of behavioral economics in oral health promotion: a critical review Front", Public Health. 11:1243246. (Persian).

Kostick, K.M.; Trejo, M.; Volk.; R. J., Estep, J.D., Blumenthal-Barby, J.S. (2020). "Using Nudges to Enhance Clinicians'

Implementation of Shared Decision Making With Patient Decision Aids", MDM Policy Pract, 26, 5(1):2381468320915906.

Kreuter, M. W. & et. al (2019). "Increasing screening uptake using behavioral insights", Preventive Medicine, 118, 107–114.

Milkman, K. L. & et. al (2021). A megastudy of text-based nudges encouraging patients to get vaccinated. Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A., 118(52). e2101165118

Mirzaei, B.; Mohammadi, A.; Navabakhsh, M. (2024). "Identifying social factors affecting third-party insurance fraud with a mixed approach (case study: insurance company representatives in Tehran)", Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development), 18(3), 131-166. (Persian).

Mohammadpour, D.; Abbaszadeh, M., Aghayari-Heer, T.; Alizadeh Aghdam, M. B. (2024). "Identifying factors affecting financial recovery using the meta-synthesis method", Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development), 18(4), 93-132. (Persian).

Nguyen, O.T.; Kunta, A.R.; Katoju, S.; Gheytasvand, S.; Masoumi, N.; Tavasolian, R.; Alishahi Tabriz, A.; Hong YR, Hanna K, Perkins, R.; Parekh, A.; Turner, K.; (2024). "Electronic Health Record Nudges and Health Care Quality and Outcomes in Primary Care: A Systematic Review", JAMA Netw Open. 2024 Sep 3;7(9):e2432760. (Persian).

OECD. (2019). Tools and ethics for applied behavioural insights. OECD Publishing.

Oliver, A. (2017). The Origins of Behavioural Public Policy. Cambridge University Press.

Reñosa, M.D.C.; Landicho, J.; Wachinger, J.; Dalglish, S.L.; Barnighausen, K.; Bärnighausen, T.; McMahon, S.A. (2021). Nudging toward vaccination: a systematic review. BMJ Glob Health. Sep;6(9):e006237.

Schneider, C., Weinmann, M., & Vom Brocke, J. (2022). "Digital nudging: Designing choice environments for digital decision-making", MIS Quarterly, 46(1), 451–486.

Shang, H.; Xiong, L.; Chen, K.; Tian, R.; Tu, J.; Shang, X. (2025). "Ethical dimensions of healthcare nudges: a PRISMA-ScR–

guided scoping review and framework for responsible behavioral governance", Front. Public Health. 13:1716466.

Sunstein, C. R. (2014). Why nudge? The politics of libertarian paternalism. Yale University Press.

Talat, U.; Schmidtke, K.A.; Khanal, S.; Chan, A.; Turner, A.; Horne, R.; Chadborn, T.; Gold, N.; Sallis, A.; Vlaev, I. (2022). A Systematic Review of Nudge Interventions to Optimize Medication Prescribing. Front Pharmacol. Jan 25;13:798916.

Thaler, R. H.; Sunstein, C. R. (2008). Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press.

Thorndike, A. N. & et. al (2014). "A 2-year restaurant study of behavioral nudges", American Journal of Public Health, 104(12), 2422–2429.

Van Der Zee, S.; Verhoog, T.; Post, T.; Garcia-Gomez, P.; Van Raaij, E.M.; Diehl, J.C.; Hunfeld, N. (2025). "Nudging intensive care unit personnel towards sustainable behaviour", Nurs Crit Care, Jan; 30 (1):37-46.

Venema, T. A. & et. al. (2019). "Nudging healthy food choices: A systematic review", Appetite, 143, 104412.

Volpp, K. G. & et. al (2017). "Medication adherence and behavioral economics", JAMA, 317(20), 2099–2100.

Wang, F.; Li, Y., Zhang, C.; Arbing, R. H.; Chen, W.; Huang, F. (2025). Evaluating digital nudge interventions for the promotion of cancer screening behavior: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine, 23.

Wolf, A.; Sant'Anna, A.; Vilhelmsson A. (2022). Using nudges to promote clinical decision making of healthcare professionals: A scoping review. Prev Med.164:107320.

Wolfswinkel, J. F.; Furtmueller, E.; Wilderom, C. P. M. (2013). "Using grounded theory as a method for rigorously reviewing literature", European Journal of Information Systems, 22(1), 45–55.

Zhang, J.; Jin, H. (2024). "Interventions involving nudge theory for COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis", Health Psychology, 43(11), 779–790.

پیوست ۱: مقالات منتخب در فرآیند مرور سیستماتیک

Appendix 1: *Selected Articles in the Systematic Review Process*

کد مقاله	جزئیات: نویسنده/نویسندگان، سال، عنوان، نام مجله، دوره، شماره، صفحات
Article Code	*Details: Author(S), Year, Title, Journal Name, Volume, Issue, Pages*
P1	*Lin, H., Barcellos, M. D. D., & De Steur, H. (2025). The Role Of Nudges In Food Choices: An Umbrella Review. Food Quality And Preference, 134, Article 105679.*
P2	*Nix HP, Sergeant M, Shetty N. (2025), Policy Nudges Toward Medicalizing Death And Their Impact On Planetary Health. Healthc Manage Forum. 38(6):567-573.*
P3	*Grimani, A., Stoffel, S.T., Von Wagner, C. Et Al. (2025), Using An Inferior Decoy Alternative To Nudge COVID-19 Vaccination. Sci Rep 15, 1672.*
P4	*Mclellan G, Lyons A, Sciascia A, Nicholls R, Maani N, Huckle T. Hidden Persuasion: Big Alcohol's Tactics On Social Media. Drug Alcohol Rev. 2026 May; 45(4):E70157.*
P5	*Costa, S.F.A., Disli, M., Duyck, W. Et Al. (2026).Nudge Interventions Promoting Hand Hygiene: A Large-Scale Field Experiment In An Industrial Plant. J Public Health (Berl.) 34, 657–673.*
P6	*Diaz, M., Lee, K., Young, J., Et Al. (2025), The Importance Of Nutritional Nudges In Restaurant Food Environments: Insights From Two Contrasting Countries, Food Quality And Preference, Https://Api.Semanticscholar.Org/Corpusid:284092186*
P7	*Laurance J. 2010: A Nudge In The Wrong Direction. BMJ. 2010 Dec 21;341:C7248.*
P8	*Novak NL, Brownell KD. Taxation As Prevention And As A Treatment For Obesity: The Case Of Sugar-Sweetened Beverages. Curr Pharm Des. 2011;17(12):1218-22.*
P9	*Pérez-Escamilla R. Breastfeeding Social Marketing: Lessons Learned From USDA's "Loving Support" Campaign. Breastfeed Med. 2012 Oct;7(5):358-63.*
P10	*Geaney F, Scotto Di Marrazzo J, Kelly C, Fitzgerald AP, Harrington JM, Kirby A, Mckenzie K, Greiner B, Perry IJ. The Food Choice At Work Study: Effectiveness Of Complex Workplace Dietary Interventions On Dietary Behaviours And Diet-Related Disease Risk - Study Protocol For A Clustered Controlled Trial. Trials. 2013 Nov 6;14:370.*
P11	*Oliver A, Ubel P. Nudging The Obese: A UK-US Consideration. Health Econ Policy Law. 2014 Jul;9(3):329-42.*
P12	*Kersh R. Of Nannies And Nudges: The Current State Of U.S. Obesity Policymaking. Public Health. 2015 Aug;129(8):1083-91.*
P13	*Kraak V, Englund T, Misyak S, Serrano E. Progress Evaluation For The Restaurant Industry Assessed By A Voluntary Marketing-Mix And Choice-Architecture Framework That Offers Strategies To Nudge American Customers Toward Healthy Food Environments, 2006-2017. Int J Environ Res Public Health. 2017 Jul 12;14(7):760.*
P14	*Epstein, Wendy Netter, The Health Insurer Nudge (July 20, 2017). Southern California Law Review, Forthcoming, Available At SSRN: Https://Ssrn.Com/Abstract=3009823 Or Http://Dx.Doi.Org/10. 2139/Ssrn.3009823.*
P15	*Capewell S, Capewell A. An Effectiveness Hierarchy Of Preventive*

کد مقاله	جزئیات: نویسنده/نویسندگان، سال، عنوان، نام مجله، دوره، شماره، صفحات
Article Code	*Details: Author(S), Year, Title, Journal Name, Volume, Issue, Pages*
	Interventions: Neglected Paradigm Or Self-Evident Truth? J Public Health (Oxf). 2018 Jun 1;40(2):350-358.
P16	*Evers C, Marchiori DR, Junghans AF, Cremers J, De Ridder DTD. Citizen Approval Of Nudging Interventions Promoting Healthy Eating: The Role Of Intrusiveness And Trustworthiness. BMC Public Health. 2018 Oct 19;18(1):1182.*
P17	*Petticrew M, Maani N, Pettigrew L, Rutter H, VAN Schalkwyk MC. Dark Nudges And Sludge In Big Alcohol: Behavioral Economics, Cognitive Biases, And Alcohol Industry Corporate Social Responsibility. Milbank Q. 2020 Dec;98(4):1290-1328.*
P18	*Gainsbury Sm, Black N, Blaszczynski A, Callaghan S, Clancey G, Starcevic V, Tymula A. Reducing Internet Gambling Harms Using Behavioral Science: A Stakeholder Framework. Front Psychiatry. 2020 Dec 14;11:598589.*
P19	*Brooks R, Nguyen D, Bhatti A, Allender S, Johnstone M, Lim CP, Backholer K. Use Of Artificial Intelligence To Enable Dark Nudges By Transnational Food And Beverage Companies: Analysis Of Company Documents. Public Health Nutr. 2022 May;25(5):1291-1299.*
P20	*Zhang Y, Lu X, Zou Y, Lv T. Nudging Strategies For Arable Land Protection Behavior In China. Int J Environ Res Public Health. 2022 Oct 2;19(19):12609.*
P21	*Pennington CR, Monk RL, Qureshi AW, Kulkarni R, Li W, Li J, Heim D. Dark Nudges: Branding Magnifies The Decoy Effect In Alcohol Purchasing Decisions. J Stud Alcohol Drugs. 2022 Nov;83(6):857-866.*
P22	*Roshchina Y, Rozhkova K, Roshchin S. Between Nudges And Mandates: The Drivers Of COVID-19 Vaccination Intentions And Subsequent Uptake In Russia. Vaccine. 2023 Jul 31;41(34):5053-5062.*
P23	*Wang, H., Chen, Q., & Katare, B. (2023). Nudging Chinese Consumers To Embrace Sustainable Milk Consumption: How Should Information Be Provided?Agribusiness, 39, 1512–1534.*
P24	*Lewin J, Field M, Davies E. Investigating The Impact Of 'Dark Nudges' On Drinking Intentions: A Between Groups, Randomized And Online Experimental Study. Br J Health Psychol. 2024 Feb;29(1):272-292.*
P25	*Costa, S., Duyck, W., Van Wouwe, E., & Dirix, N. (2024). Nudging Safety Behavior In The Steel Industry : Evidence From Two Field Studies. SAFETY SCIENCE, 173.*
P26	*Van Der Zee S, Verhoog T, Post T, Garcia-Gomez P, Van Raaij EM, Diehl JC, Hunfeld N. Nudging Intensive Care Unit Personnel Towards Sustainable Behaviour. Nurs Crit Care. 2025 Jan;30(1):37-46.*
P27	*Agyemang P, Kwofie EM, Baum JI, Wang D. The Design And Development Of A Dashboard For Improving Sustainable Healthy Food Choices. Sci Total Environ. 2024 Jun 20; 930:172726.*
P28	*Hambaryan M, Lai J, Kassas B. Informational Nudges To Promote Preferences For Goat Meat. Journal Of Agricultural And Applied Economics. 2024;56(3):373-388.*
P29	*Khanal, B., Dhoubhadel, S.P. And Nayga, R.M., Jr. (2026), The Impacts Of Health And Environmental Information Nudges On Meat Choices: Where Does Goat Meat Fit?. Agribusiness. .Https://Doi.Org/*

کد مقاله	جزئیات: نویسنده/نویسندگان، سال، عنوان، نام مجله، دوره، شماره، صفحات
Article Code	*Details: Author(S), Year, Title, Journal Name, Volume, Issue, Pages*
	10.1002/Agr.22021.
P30	*Roy-Highley E, Körner K, Mulrenan C, Petticrew M. Dark Patterns, Dark Nudges, Sludge And Misinformation: Alcohol Industry Apps And Digital Tools. Health Promot Int. 2024 Oct 1;39(5):Daae037*
P31	*Tavares Filho, E.R., Silva, R., Pimentel, T.C., Neta, M.T.S.L., Prudencio, E.S., Richards, N.S.P.S., Marsico, E.T., Freitas, M.Q., Esmerino, E.A. And Cruz, A.G. (2025), Visual And Textual Prompts As A Nudge To Promote The Selection Of Healthy Dairy Products Among Adolescent And Young Adult Students. Int J Dairy Technol, 78: E70043.*
P32	*Moon, S., Chung, S.-J., & Oh, J. (2025). Effect Of Nudge Interventions In Real-World Kiosks On Consumer Beverage Choices To Promote Non-Sugar-Sweetened Beverage Consumption. Nutrients, 17(15), 2524.*
P33	*Voški A, Braginsky M, Zhang A, Bertoldo J, Egan S, Levig LA, Mueller Ihrig M, Mathur MB. Effect Of A Portion-Size Default Nudge On Meat Consumption And Diner Satisfaction: Controlled Experiments In Stanford University Dining Halls. BMC Public Health. 2025 Apr 16;25(1):1434.*
P34	*Attwood S, Chesworth SJ, Parkin BL. Menu Engineering To Encourage Sustainable Food Choices When Dining Out: An Online Trial Of Priced-Based Decoys. Appetite. 2020 Jun 1;149:104601.*
P35	*Byrd K, Almanza B, Ghiselli RF, Behnke C, Eicher-Miller HA. Adding Sodium Information To Casual Dining Restaurant Menus: Beneficial Or Detrimental For Consumers? Appetite. 2018 Jun 1;125:474-485.*
P36	*Bergman C, Tian Y, Moreo A, Raab C. Menu Engineering And Dietary Behavior Impact On Young Adults' Kilocalorie Choice. Nutrients. 2021 Jul 7;13(7):2329.*
P37	*Schneider S, Markovinovic J, Mata J. Nudging And Boosting Children's Restaurant Menus For Healthier Food Choice: A Blinded Quasi-Randomized Controlled Trial In A Real Life Setting. BMC Public Health. 2022 Jan 12;22(1):78. Doi: 10.1186/S12889-021-12365-5.*
P38	*Kerins C, Mchugh S, Mcsharry J, Reardon CM, Hayes C, Perry IJ, Geaney F, Seery S, Kelly C. Barriers And Facilitators To Implementation Of Menu Labelling Interventions From A Food Service Industry Perspective: A Mixed Methods Systematic Review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020 Apr 15;17(1):48.*
P39	*Alsaqqa HH. Nudge For Governmental Change In Health Policy. Front Public Health. 2026 Jan 30;14:1739353. Doi: 10.3389/Fpubh.2026.1739353.*
P40	*Huyard C. « Nudges » : Validité, Limites Et Enjeux Éthiques, Notamment En Santé ["Nudges": Relevance, Limitations And Ethical Issues, Specifically In Health Policy]. Med Sci (Paris). 2016 Dec;32(12):1130-1134.*
P41	*Vande Velde F, Overgaard HJ, Bastien S. Nudge Strategies For Behavior-Based Prevention And Control Of Neglected Tropical Diseases: A Scoping Review And Ethical Assessment. Plos Negl Trop Dis. 2021 Nov 1;15(11):E0009239.*
P42	*Ellen M, Shamian J. Wink, Wink, Nudge, Nudge... Maybe We Need*

کد مقاله	جزئیات: نویسنده/نویسندگان، سال، عنوان، نام مجله، دوره، شماره، صفحات
Article Code	*Details: Author(S), Year, Title, Journal Name, Volume, Issue, Pages*
	More Than Incentives To Get Us Moving. Healthc Pap. 2012;12(4):27-30; Discussion 64-6.
P43	*Goel V. Nudging For Health: Do We Need Financial Incentives? Healthc Pap. 2012;12(4):23-6; Discussion 64-6. Doi: 10.12927/ Hcpap.2013.23219.*
P44	*Kennedy M. To Nudge Or Not To Nudge--That Is Not The Question. Healthc Pap. 2012;12(4):48-52; Discussion 64-6.*
P45	*Hartinger SM, Palmeiro-Silva YK, Llerena-Cayo C, Blanco-Villafuerte L, Escobar LE, Diaz A, Sarmiento JH, Lescano AG, Melo O, Rojas-Rueda D, Takahashi B, Callaghan M, Chesini F, Dasgupta S, Posse CG, Gouveia N, Martins De Carvalho A, Miranda-Chacón Z, Mohajeri N, Pantoja C, Robinson EJZ, Salas MF, Santiago R, Sauma E, Santos-Vega M, Scamman D, Sergeeva M, Souza De Camargo T, Sorensen C, Umaña JD, Yglesias-González M, Walawender M, Buss D, Romanello M. The 2023 Latin America Report Of The Lancet Countdown On Health And Climate Change: The Imperative For Health-Centred Climate-Resilient Development. Lancet Reg Health Am. 2024 Apr 23;33:100746.*
P46	*Saghai Y. Salvaging The Concept Of Nudge. J Med Ethics. 2013 Aug;39(8):487-93.*
P47	*Wertheimer A. Should 'Nudge' Be Salvaged? J Med Ethics. 2013 Aug;39(8):498-9.*
P48	*Ashcroft RE. Doing Good By Stealth: Comments On 'Salvaging The Concept Of Nudge'. J Med Ethics. 2013 Aug;39(8):494.*
P49	*Murayama H, Takagi Y, Tsuda H, Kato Y. Applying Nudge To Public Health Policy: Practical Examples And Tips For Designing Nudge Interventions. Int J Environ Res Public Health. 2023 Feb 23;20(5):3962.*
P50	*Dworkin G. Lying And Nudging. J Med Ethics. 2013 Aug;39(8):496-7.*
P51	*Tambor M, Pavlova M, Golinowska S, Arsenijevic J, Groot W. Financial Incentives For A Healthy Life Style And Disease Prevention Among Older People: A Systematic Literature Review. BMC Health Serv Res. 2016 Sep 5;16 Suppl 5(Suppl 5):426.*
P52	*Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives For Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 18;(5):CD004307.*
P53	*Mcgill B, O'Hara BJ, Grunseit AC, Bauman A, Osborne D, Lawler L, Phongsavan P. Acceptability Of Financial Incentives For Maintenance Of Weight Loss In Mid-Older Adults: A Mixed Methods Study. BMC Public Health. 2018 Feb 13;18(1):244.*
P54	*Culyer AJ. Nudging And Not Nudging: The Difference Doesn't Matter. Healthc Pap. 2012;12(4):18-22; Discussion 64-6.*
P55	*Ries NM. Nudge Or Not: Can Incentives Change Health Behaviours? Healthc Pap. 2012;12(4):37-41; Discussion 64-6.*
P56	*Van Gestel LC, Adriaanse MA, De Ridder DTD. Who Accepts Nudges? Nudge Acceptability From A Self-Regulation Perspective. Plos One. 2021 Dec 3;16(12):E0260531.*
P57	*Ledderer L, Kjær M, Madsen EK, Busch J, Fage-Butler A. Nudging In Public Health Lifestyle Interventions: A Systematic Literature Review*

کد مقاله	جزئیات: نویسنده/نویسندگان، سال، عنوان، نام مجله، دوره، شماره، صفحات
Article Code	*Details: Author(S), Year, Title, Journal Name, Volume, Issue, Pages*
	And Metasynthesis. Health Educ Behav. 2020 Oct;47(5):749-764.
P58	*Ioannou A, Tussyadiah I, Miller G, Li S, Weick M. Privacy Nudges For Disclosure Of Personal Information: A Systematic Literature Review And Meta-Analysis. Plos One. 2021 Aug 27;16(8):E0256822.*
P59	*Lakerveld J, Mackenbach JD, De Boer F, Brandhorst B, Broerse JEW, De Bruijn GJ, Feunekes G, Gillebaart M, Harbers M, Hoenink J, Klein M, Mensink F, Middel C, De Ridder DTD, Rutters F, Sluijs I, Van Der Schouw YT, Schuitmaker TJ, Te Velde SJ, Velema E, Waterlander W, Brug J, Beulens JWJ. Improving Cardiometabolic Health Through Nudging Dietary Behaviours And Physical Activity In Low SES Adults: Design Of The Supreme Nudge Project. BMC Public Health. 2018 Jul 20;18(1):899.*
P60	*Reñosa MDC, Landicho J, Wachinger J, Dalglish SL, Bärnighausen K, Bärnighausen T, Mcmahon SA. Nudging Toward Vaccination: A Systematic Review. BMJ Glob Health. 2021 Sep;6(9):E006237.*
P61	*Sant'Anna A, Vilhelmsson A, Wolf A. Nudging Healthcare Professionals In Clinical Settings: A Scoping Review Of The Literature. BMC Health Serv Res. 2021 Jun 2;21(1):543.*
P62	*Haff N, Patel MS, Lim R, Zhu J, Troxel AB, Asch DA, Volpp KG. The Role Of Behavioral Economic Incentive Design And Demographic Characteristics In Financial Incentive-Based Approaches To Changing Health Behaviors: A Meta-Analysis. Am J Health Promot. 2015 May-Jun;29(5):314-23.*
P63	*Mitchell M, Faulkner G. A "Nudge" At All? The Jury Is Still Out On Financial Health Incentives. Healthc Pap. 2012;12(4):31-6; Discussion 64-6.*
P64	*Oliver A. A Nudge Too Far? A Nudge At All? On Paying People To Be Healthy. Healthc Pap. 2012;12(4):8-16.*
P65	*Smith HS, Blumenthal-Barby JS, Chatterjee R, Hindera O, Huang A, Kothari R, Vlaev I. A Review Of The MINDSPACE Framework For Nudging Health Promotion During Early Stages Of The COVID-19 Pandemic. Popul Health Manag. 2022 Aug;25(4):487-500.*
P66	*Wolf A, Sant'Anna A, Vilhelmsson A. Using Nudges To Promote Clinical Decision Making Of Healthcare Professionals: A Scoping Review. Prev Med. 2022 Nov;164:107320.*
P67	*Junghans AF, Cheung TT, De Ridder DD. Under Consumers' Scrutiny - An Investigation Into Consumers' Attitudes And Concerns About Nudging In The Realm Of Health Behavior. BMC Public Health. 2015 Apr 9;15:336.*
P68	*Broers VJV, De Breucker C, Van Den Broucke S, Luminet O. A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Effectiveness Of Nudging To Increase Fruit And Vegetable Choice. Eur J Public Health. 2017 Oct 1;27(5):912-920.*
P69	*Krisam M, Von Philipsborn P, Meder B. Nudging In Der Primärprävention: Eine Übersicht Und Perspektiven Für Deutschland [The Use Of Nudging For Primary Prevention: A Review And Perspectives For Germany]. Gesundheitswesen. 2017 Feb;79(2):117-123.*
P70	*Blumenthal-Barby J, Opel DJ. Nudge Or Grudge? Choice Architecture*

کد مقاله	جزئیات: نویسنده/نویسندگان، سال، عنوان، نام مجله، دوره، شماره، صفحات
Article Code	*Details: Author(S), Year, Title, Journal Name, Volume, Issue, Pages*
	And Parental Decision-Making. Hastings Cent Rep. 2018 Mar;48(2):33-39.
P71	*Avitzour D, Barnea R, Avitzour E, Cohen H, Nissan-Rozen I. Nudging In The Clinic: The Ethical Implications Of Differences In Doctors' And Patients' Point Of View. J Med Ethics. 2019 Mar;45(3):183-189.*
P72	*Simkulet W. Informed Consent And Nudging. Bioethics. 2019 Jan;33(1):169-184.*
P73	*Engelen B. Ethical Criteria For Health-Promoting Nudges: A Case-By-Case Analysis. Am J Bioeth. 2019 May;19(5):48-59.*
P74	*Hansen PG, Skov LR, Skov KL. Making Healthy Choices Easier: Regulation Versus Nudging. Annu Rev Public Health. 2016;37:237-51.*
P75	*Guix Oliver J. Decisiones Más Saludables. Nudges [Healthier Decisions. Nudges.]. Rev Esp Salud Publica. 2021 Mar 10;95:E202103038.*
P76	*Vallgårda S. Nudge: A New And Better Way To Improve Health? Health Policy. 2012 Feb;104(2):200-3.*
P77	*Kazemian A, Hoseinzadeh M, Banihashem Rad SA, Jouya A, Tahani B. Nudging Oral Habits; Application Of Behavioral Economics In Oral Health Promotion: A Critical Review. Front Public Health. 2023 Dec 8;11:1243246.*
P78	*Kwan YH, Cheng TY, Yoon S, Ho LYC, Huang CW, Chew EH, Thumboo J, Østbye T, Low LL. A Systematic Review Of Nudge Theories And Strategies Used To Influence Adult Health Behaviour And Outcome In Diabetes Management. Diabetes Metab. 2020 Nov;46(6):450-460.*
P79	*Crider K, Williams J, Qi YP, Gutman J, Yeung L, Mai C, Finkelstain J, Mehta S, Pons-Duran C, Menéndez C, Moraleda C, Rogers L, Daniels K, Green P. Folic Acid Supplementation And Malaria Susceptibility And Severity Among People Taking Antifolate Antimalarial Drugs In Endemic Areas. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Feb 1;2(2022):CD014217.*
P80	*Peng G, Yan F, Sun R, Zhang Y, Zhao R, Zhang G, Qiao P, Ma Y, Han L. Self-Management Behavior Strategy Based On Behavioral Economics In Patients With Hypertension: A Scoping Review. Transl Behav Med. 2024 Jun 27;14(7):405-416.*
P81	*Hofmann B, Stanak M. Nudging In Screening: Literature Review And Ethical Guidance. Patient Educ Couns. 2018 Sep;101(9):1561-1569.*
P82	*Busch J, Madsen EK, Fage-Butler AM, Kjær M, Ledderer L. Dilemmas Of Nudging In Public Health: An Ethical Analysis Of A Danish Pamphlet. Health Promot Int. 2021 Aug 30;36(4):1140-1150.*
P83	*Zameska J. Why We Should Not "Help Bad Choosers:" Screening, Nudging, And Epistemic Risk. Med Health Care Philos. 2024 Sep;27(3):419-429.*
P84	*Ploug T, Holm S, Brodersen J. Scientific Second-Order 'Nudging' Or Lobbying By Interest Groups: The Battle Over Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programmes. Med Health Care Philos. 2014 Nov;17(4):641-50.*

Using Nudge in Public Health Policies and Its Consequences for Social Development: A Paradigmatic Model

Mohammadreza Jalilvand (Ph.D)[1], *Behzad Mohammadian (Ph.D)*[2]
Karim Ghanem Jassam Alobeidi[3]

Doi: 10.22055/qjsd.2026.52287.3240

Abstract:

The aim of this study is to design a paradigmatic model for the application of nudge in public health policies and its implications for social development. This study was designed with a qualitative approach based on a combination of systematic literature review strategies and evidence-based theory. Through a systematic literature review, primary central categories were extracted in the form of a paradigmatic model (including causal conditions, phenomena, strategies, intervening conditions, contextual conditions, and consequences). A total of 84 articles were identified, filtered, and analyzed after implementing the PRISMA process. The findings showed that in the causal conditions dimension, factors such as the inefficiency of rational decision-making, the complexity of choice environments, and the limitations of traditional policies are the main drivers of the move towards nudge. In the phenomenon dimension, nudge was defined as a combination of choosing architecture design and the use of cognitive biases. Effective strategies included behavioral, communication, motivational, and institutional approaches. Also, intervening conditions (such as institutional capacity and data infrastructure) and contextual conditions (such as service structure) play a decisive role in the success or failure of interventions. In terms of outcomes, the results showed that nudges lead to behavioral changes at the individual level, health system and health service outcomes, economic and cost outcomes, social and demographic outcomes, and governance and public policy outcomes.

Key Concepts: *Nudge, Behavioral Policymaking, Health System, Evidence-Based Theory, Paradigmatic Model*

[1] Department of Business Management and Entrepreneurship, Faculty of Management and Accounting, Farabi Campus, University of Tehran, Qom, Iran (Corresponding Author), rezajalilvand@ut.ac.ir
[2] Department of Public Administration, Faculty of Management and Accounting, Farabi Campus, University of Tehran, Qom, Iran, b.mohammadian@ut.ac.ir
[3] PhD student in Public Administration, Faculty of Management and Accounting, Farabi Campus, University of Tehran, Qom, Iran, kareemalhma@gmail.com

© 2019 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).