

# مقایسه استراتژی شبکه سلامت تلویزیون و سازمان بهداشت جهانی در

## افزایش سواد سلامت

مدیریت

اطلاعات

دوره ۱۰، شماره ۱

بهار و تابستان ۱۴۰۳

مینا نعمتی سولدرق

دانشجوی دکتری، گروه علوم ارتباطات، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

افسانه مظفری\*<sup>۱</sup>

عضو هیئت علمی، گروه علوم ارتباطات، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

علی دلاوری

استاد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه

علامه طباطبائی، تهران، ایران

**چکیده:** این پژوهش به صورت میان رشته‌ای با روش آمیخته، در دو بخش کمی و کیفی (تحلیل مضمون) انجام پذیرفته است. هدف پژوهش، دستیابی به مضامین سواد سلامت در برنامه‌های تلویزیون و نقاط اشتراک و افتراق بین عملکرد سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران و تعریف کارشناسان سازمان بهداشت جهانی از مفهوم سواد سلامت بوده است. جامعه آماری پژوهش، برنامه‌های سلامت تلویزیون بود. داده‌های حاصل از مشاهده با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و به شیوه استدلالت استقرایی جمع‌آوری شدند. در بخش کمی، بهره‌مندی از آزمون فریدمن و تی وابسته، به شناسایی اولویت بُعد جسمانی سلامت، در پاسخ به فرضیه پژوهش منجر شد. در بخش کیفی (تحلیل مضمون)، به روش آترید استرلینگ، داده‌ها کدگذاری شدند و از مضامین پایه و سازمان‌دهنده، به مضامین کلی و شبکه روابط مضامین دست یافتیم. علاوه بر آن، نتایج حاصل از تطبیق برنامه‌ها با تعاریف کارشناسان جهانی، به نقاط مشترک و کاستی‌های برنامه‌ها منجر شد. از نقاط مشترک می‌توان به مراقبت‌های پزشکی براساس توصیه‌های پزشکان و پرستاران برای بهبود و درمان و استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی، برای کاهش خطرها و پیشگیری از بیماری‌ها و ارائه مفاهیم اشاره کرد. غالب برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌ها، به بخش بیماری‌های سرایت‌نشده اختصاص داده شدند. از کاستی‌های برنامه‌ها، می‌توان بی‌توجهی به تقویت شهروندی فعال و شناخت حقوق افراد به‌عنوان بیمار و بی‌توجهی در آگاه‌سازی و جهت‌یابی به‌عنوان مصرف‌کننده محصولات بهداشتی و دستیابی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بهبود سلامت را در برنامه‌های سیمای ملی نام برد. توجه به شاخص‌های سلامت در برنامه‌ها و مقایسه با نظریه‌های کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، برای رفع کاستی‌ها، از نوآوری‌های پژوهش حاضر بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** استراتژی، شبکه تلویزیونی سلامت، سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت، مقایسه.

## مقدمه

تلویزیون و سایر رسانه‌های اجتماعی، در سراسر دنیا مخاطبان زیادی دارند؛ بنابراین طراحی و تولید پیام‌های مختلف در این رسانه‌ها، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از مسائلی که نیاز به پرداختن به آن در رسانه‌های اجتماعی احساس می‌شود، مسئله بهداشت و سلامت است. نکات مذکور پایه‌های تعریف و طراحی رشته ارتباطات سلامت در تمام جهان را تشکیل می‌دهد. هدف از ایجاد چنین رشته‌ای، ارتقای سطح سلامت جامعه و بهبود پیام‌های بهداشتی در زندگی فردی و اجتماعی با تکیه بر راهبردها و تکنیک‌های ارتباطی است (رائی تهرانی و عاطفی منش، ۱۳۹۹: ۱۲).

ظهور و بروز رفتارهایی مانند استفاده از انواع دخانیات و مشروبات الکلی، مصرف بی‌رویه لوازم آرایشی و داروها، تغذیه نامناسب و بی‌تحرك، مراجعه نکردن به پزشک و افزایش مرگ‌ومیر و هزینه‌های درمان (دلاور، پاشایی پور و نگارنده، ۱۳۹۷)، به عدم درک دستورهای بهداشتی و مقاومت‌هایی در برابر آن منجر خواهد شد؛ به گونه‌ای که افراد به توصیه‌های نظام عمومی سلامت توجهی نمی‌کنند و شیوه‌های کهن و مرسوم (طب سنتی) و در برخی موارد، غیرعلمی و زیان‌آور پیشگیری و درمان را پیگیری می‌کنند. علاوه بر آن‌ها، آسیب‌های محیطی از قبیل دفع غیراصولی زباله و آلودگی‌های صوتی و آلودگی و هدررفت آب و تخریب جنگل‌ها و معادن و آب‌های زیرزمینی و عدم آمادگی در برابر مخاطرات را به‌دنبال دارد. در سال‌های اخیر با مخاطرات طبیعی و انسانی متعددی مواجه شده‌ایم که گاه به فروپاشی و تحولات منفی و اختلال در زندگی روزمره افراد منجر شده است. ما در کشوری زندگی می‌کنیم که از حدود ۴۵ بحران شناسایی شده در دنیا، کمابیش ۳۲ مورد آن در ایران اتفاق افتاده است. در چنین کشوری رسانه‌ها همیشه باید دغدغه بحران داشته باشند و به مردم آموزش دهند. همچنین عدم آگاهی افراد از حقوق خود به‌عنوان بیمار، از آسیب‌های اجتماعی نقصان سواد سلامت است و زیان‌های بی‌شماری را به‌دنبال خواهد داشت. سواد محدود بهداشتی می‌تواند نابرابری‌ها را تشدید کند.

رفع این معضلات نیازمند دسترسی به اطلاعات صحیح و به‌موقع است. منابع متعددی برای کسب اطلاعات سلامت مهیاست؛ ولی همه آن‌ها قابل اعتماد نیستند. سیمای ملی می‌تواند به کاهش آثار مضر غیرعلمی در زمینه سلامت و فهم بهتری از اطلاعات قابل اعتماد و منابع معتبر کمک کند. بی‌توجهی به نیازهای روزافزون جامعه و پیروی محض برنامه‌ها از الزامات کاملاً سیاسی، می‌تواند سلامت آن را به خطر بیندازد.

از طرفی دیگر، با توجه به روند رو به گسترش بیماری‌های مسری در جهان امروز که به مدد گسترش راه‌های ارتباطی صورت گرفته است، همکاری و هم‌گرایی بین‌المللی بیش از پیش لازم به نظر می‌رسد. جامعه منزوی با کمبود اطلاعات و ارائه اطلاعات دیرهنگام یا نامرتبط می‌تواند خسارات جبران‌ناپذیری به پیکره جامعه وارد آورد.

مطالعه و تحقیق در خصوص سیاست‌گذاری و عملکرد سیمای ملی و مطابقت با ضرورت‌هایی که حیات و ممت جامعه ایرانی را در زمینه سلامت تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به نظر می‌رسد اجرای مطالعه نظام‌مند و تحلیل مضامین و واکاوی محتوای برنامه‌ها و مقایسه با

دیدگاه کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، برای رفع کاستی‌های موجود سودمند باشد. به همین منظور بهتر است وضعیت پیام‌های سلامت در این زمینه ارزیابی و آشکار شود.

### چارچوب نظری

در حوزه سواد سلامت دیدگاه‌های متعدد و متنوعی در جهان مطرح است و هر یک از دریچه‌های به این موضوع می‌نگرند. وجود تعدد و تنوع برنامه‌های تلویزیونی در جوامع گوناگون، بیانگر سیاست‌گذاری و نگرش‌های گوناگون در حوزه سلامت است.

سواد سلامت به‌طور کلی به توانایی افراد برای «دستیابی به اطلاعات، درک و استفاده از روش‌هایی اشاره می‌کند که سلامتی را ارتقا و حفظ می‌کند» (Nutbeam, 1998). این اطلاعات برای افراد، خانواده‌ها و جوامع آن‌هاست و تعاریف مختلفی را شامل می‌شود (Sørensen et al., 2012).

توافق در اینکه سواد سلامت مفهومی در حال تکامل است، به این معناست که چیزی بیش از توانایی «خواندن جزوه‌ها»، «قرار دادن قرار ملاقات»، «درک برچسب‌های مواد غذایی» یا «تطابق با اقدامات تجویز شده» وجود دارد (ECOSOC, 2009). سواد سلامت، فقط یک موضوع شخصی نیست؛ بلکه سطوح بالاتر سواد سلامت در میان جمعیت‌ها، مزایای اجتماعی برای آن‌ها را به همراه دارد؛ برای مثال اطمینان از این موضوع را نیز شامل می‌شود که دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی اطلاعات واضح، دقیق، مناسب و در دسترس را برای مخاطبان مختلف ارائه می‌کنند (Rudd, 2015).

بهبود سواد سلامت در جوامع، پایه‌ای را فراهم می‌کند که شهروندان بر اساس آن قادر به ایفای نقش فعال در بهبود سلامت خود، مشارکت موفقیت‌آمیز برای سلامت افراد جامعه و فشار بر دولت‌ها برای انجام مسئولیت‌های خود در برآورده ساختن نیازهای سواد سلامت و رسیدگی و پیشرفت و تسریع کاهش نابرابری در سلامت محروم‌ترین و حاشیه‌نشین‌ترین جوامع خواهند شد.

جمع‌آوری داده‌ها و به‌کارگیری روش استدلال استقرایی در مضامین سلامت، نظریهٔ برجسته‌سازی، نظریه‌ای مناسب برای فهم مضامین فراگیر سیما در حوزه سلامت به نظر می‌رسد. سایر نظریه‌ها مانند نظریهٔ کاشت و نظریه مدیریت رسانه با رویکرد استراتژیک و نیز نظریهٔ اتقان در عملکرد سیما، به میزان بسیار محدود به کار گرفته شده‌اند. اینک به شرح مختصری از نظریه‌های فوق می‌پردازیم.

### نظریه برجسته‌سازی

برجسته‌سازی، خلق آگاهی عمومی و جلب توجه عامه به موضوعات مطلوب رسانه‌هاست. این دو فرض اساس بیشتر تحقیقات در زمینهٔ کارکرد برجسته‌سازی رسانه‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد.

در سال ۱۹۲۲، والتر لیپمن روزنامه‌نگار آمریکایی، چنین اظهار کرد: «رسانه‌ها قادرند تصورها و پندارهایی را به عموم القا کنند». برنارد کوهن در ۱۹۶۳ گفت: «روزنامه‌ها بیشتر مواقع نمی‌توانند به مردم بگویند چه بیندیشند؛ اما تا حد زیادی در اینکه به خوانندگان خود بگویند درباره چه و چگونه بیندیشند موفق‌اند».

سورین و تانکار، اولین مطالعه نظام‌مند در خصوص برجسته‌سازی را گزارش پژوهش دونالد شاو و مکسول مک‌کومبز در سال ۱۹۷۲ می‌دانند که درباره برجسته‌سازی رسانه‌ها و تأثیر آن‌ها بر نگرش‌های سیاسی مردم در قبل و حین مبارزات انتخاباتی ریاست جمهوری سال ۱۹۶۸ در آمریکا انجام شده است. در واقع آن‌ها واضع نظریه برجسته‌سازی هستند. آن‌ها در مقاله «کارکرد برجسته‌سازی مطبوعات» مهندسی افکار عمومی توسط رسانه‌ها را تشریح کرده و نشان داده‌اند که رسانه‌ها در قالب گزارش‌های خبری، خط خودشان را پیش می‌برند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که رابطه‌ای بسیار قوی میان تأکید رسانه‌ها بر موضوعات مختلف (متغیر مستقل) و قضاوت رأی‌دهندگان درباره اهمیت موضوعات (متغیر وابسته) وجود دارد.

رسانه‌ها با استفاده از دو شیوه دروازه‌بانی و برجسته‌سازی، محتوای پیام‌ها را کنترل می‌کنند. دروازه‌بانی به این معناست که محتوای پیام‌های رسانه‌ای در ایستگاه‌های بازرسی کنترل و ارسال می‌شود. پس از دروازه‌بانی، برجسته‌سازی بر محتوای پیام‌های رسانه اثر می‌گذارد. پژوهشگران کارکردگرا از طریق برجسته‌سازی، اولویت‌هایی را برای مخاطبان در این سه مرحله مطرح می‌کنند: اولویت رسانه، اولویت عموم، اولویت سیاسی. رسانه‌ها با پیام دست‌کاری شده، بر افکار عمومی تأثیر می‌گذارند و در نهایت افکار عمومی نیز تحت تأثیر رسانه، در برابر موضوع مدنظر رسانه واکنش نشان می‌دهند (سورین و تانکار به نقل از دهقان، ۱۳۹۹: ۳۶).

اما در اینکه چه چیزی اولویت رسانه‌ها را تعیین می‌کند، شومیکر و ریز، پنج دسته اصلی از اثر بر محتوای رسانه‌ها را به ترتیب زیر مطرح کرده‌اند (سورین و تانکار به نقل از دهقان، ۱۳۹۹: ۳۶):

۱. اثرهای ناشی از فرد فرد کارکنان رسانه‌ها؛
  ۲. اثرهای مربوط به رویه‌های رسانه‌ها: (اعمال روزانه ارتباطگران)؛
  ۳. نفوذهای سازمانی بر محتوا: (پول‌سازی مهم‌ترین هدف)؛
  ۴. اثر و نفوذ خارج از سازمان رسانه‌ای؛
  ۵. ایدئولوژی (در آمریکا عقیده به نظام اقتصادی سرمایه‌داری مالکیت خصوصی و سودجویی).
- از این رو چنین استنباط می‌شود که شبکه سلامت با تعیین مضامین خاص و از طریق تکرار شعارهایی مانند «ورزش بهترین داروست» و اختصاص برنامه‌های متعدد به خانواده و آگاهی برای رفع بیماری‌های ناباروری و مضامین ورزشی و فرزندآوری، به مخاطب القا می‌کند که به چه چیز و چگونه بپندیشد.

با توجه به شیوه استدلال استقرایی در این پژوهش، سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی با رویکرد برجسته‌سازی و بر اساس اهداف از پیش طراحی شده خود، پیروی از نظریه برجسته‌سازی را الگوی فعالیت‌های خود قرار داده است. این نظریه توأمان با نظریه کاشت و منطبق با سیاست‌های کلی شورای سیاست‌گذاری آن سازمان که اولویت‌ها و اهداف در آن مشخص شده‌اند، هم‌خوانی دارد و بیانگر چارچوب نظری تولیدات این سازمان است.

## نظریه کاشت

گرنبر مدعی است که میان تماشای تلویزیون و اظهار نظر در مورد واقعیت‌های دنیا، رابطه وجود دارد و تماشاگران پرمصرف تلویزیون، در خصوص واقعیت‌های زندگی با بینندگان کم‌مصرف اختلاف نظر دارند. این نظریه معتقد است که تلویزیون در بلندمدت موجب تأثیر در جهان‌بینی و نظام ارزشی بینندگان پرمصرف خود می‌شود و به آن‌ها نگرش واحدی در خصوص واقعیت‌ها می‌بخشد. در واقع نظریه گرنبر با تفاوت قائل شدن بین مخاطب عادی و پرمصرف، تأثیر زیاد تلویزیون بر مخاطب پرمصرف را اثبات می‌کند. او می‌گوید تلویزیون در عمل، سایر منابع اطلاعات، افکار و آگاهی‌ها را به انحصار درمی‌آورد و یک کاسه می‌کند. اثر این مواجهه با پیام‌های مشابه، چیزی را تولید می‌کند که وی آن را کاشت یا آموزش جهان‌بینی رایج، نقش‌های رایج و ارزش‌های رایج می‌نامد (سورین و تانکارد، ۱۳۹۹: ۱۸).

## نظریه مدیریت رسانه با رویکرد مدیریت استراتژیک

تصمیمات استراتژیک اصولاً بر تبادل و روابط متقابل بین سازمان و محیط تأکید دارد و هدف آن ایجاد رابطه مناسب و منطقی بین این دو عامل است. برای اتخاذ این تصمیمات باید عوامل گوناگونی را که بر محیط تأثیر می‌گذارند و همچنین، روابط حاکم بر آن و واکنش‌های بالقوه آن را در برابر عملکرد سازمان مورد توجه قرار داد. تعیین توانایی‌های سازمان برای تحقق اهدافش با نگرش به شرایط محیطی آن، به چارچوب مشخص نیاز دارد. به عبارتی دیگر «مدیریت استراتژیک، مجموعه تصمیمات و اقداماتی است که به تدوین و اجرای استراتژی‌هایی منجر می‌شود که سازمان را به اهدافش نائل می‌سازد (فرهنگی و بیران، ۱۳۹۴: ۶۸). با شیوع ویروس کرونا در زمان پژوهش و تغییرات در محتوای اخبار و برخی برنامه‌ها، می‌توان چنین استنباط کرد که رویکرد مدیریت استراتژیک، به مقدار بسیار محدود در طراحی و ساخت برنامه‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

## نظریه اقناع

پخش مصاحبه‌ها و گفت‌وگو با پزشکان و جمع‌آوری اطلاعات از سطح شهر و پاسخ به سؤال‌های مرتبط با بیماری کرونا، جهت اقناع افکار عمومی به کار گرفته شده است. اقناع از مهم‌ترین مباحث ارتباطات رسانه‌ای و انسانی است؛ زیرا اکثر فعالان این حوزه در پی اقناع مخاطبان خود هستند. چنانچه به‌منظور قانع کردن مخاطب دستگاه‌های عظیم رسانه‌ای به کار آیند و هزینه‌های گزافی را نیز مصرف کنند؛ اما به حد اقناع نرسند، به یقین تمامی منابع به هدر رفته است. ارتباط موفق و مؤثر، ارتباطی است که نتیجه دل‌خواه، یعنی اقناع را به‌دنبال داشته باشد. در این صورت می‌توانیم به آن ارتباط متعالی نیز بگوییم. تحقق اقناع رسانه‌ها باید به عمق ذهن انسان‌ها از سویی و ژرفای دل انسان‌ها از سوی دیگر دست یابد. یعنی پیامشان فهمیده و پذیرفته شود؛ سپس بُعد عاطفی یابد و به دل نشیند یا باید در جهت تأمین اهداف غایی اقناع پیام یا پیام‌های انتقال یافته در دل و ذهن آدمی آن بماند. وقتی پیامی ارسال می‌شود، مخاطبان با دریافت این پیام می‌توانند سه نوع واکنش نشان دهند: رد و نفی، بی‌تفاوتی و خنثی، پذیرش و رضایت‌مندی. در حالتی که پذیرش و رضایت‌مندی در مخاطب شکل گرفته باشد، می‌توان ادعا کرد که

عمل اقناعی صورت گرفته است. در اقناع به دنبال این هستیم که مخاطب خود را به امری ترغیب کنیم. ترغیب عبارت است از تمهیدپردازی و آماده‌سازی، انگیزه‌سازی و برانگیختن مخاطبان در راستای محقق ساختن اهداف عمدتاً تبلیغی (متولی، ۱۳۸۴: ۳۸).

## مطالعات پیشین

ولدی در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود، از مقایسه رفتار مخاطبان تلویزیون و کسانی که مخاطب آن نبوده‌اند، به این نتیجه دست یافته است که برنامه‌های سلامت تلویزیون، موجب افزایش سلامت روانی و جسمی بینندگان شده است (ولدی، ۱۳۹۵).

از دیدگاه رائی تهرانی، پیام‌های سلامت تلویزیون برای تغییر رفتار در فرد کافی نیست و ارتباطات میان فردی، مکمل پیام‌های رسانه‌ای است (رائی تهرانی: ۱۳۸۹). علیپور اذعان می‌دارد که تلویزیون برای اکثر جامعه مورد تحقیق، منبع ضروری و درجه اول است و مردم برای کسب آگاهی و حفظ سلامت خود و خانواده‌شان از برنامه‌های سلامت تلویزیون سود می‌جویند (علیپور، ۱۳۹۱).

دقیقی خداهشهری و بانسی در مقاله‌ای با عنوان «رابطه میان زمان تماشای برنامه‌های تلویزیون با اضافه وزن و اضطراب دانش‌آموزان ابتدایی»، همبستگی مثبتی را بین مدت زمان تماشای تلویزیون با اضافه وزن و اضطراب کودکان نشان داده‌اند؛ بنابراین کاهش مدت زمان تماشای تلویزیون، می‌تواند به نحو فزاینده‌ای، به سلامت عمومی جامعه کمک کند (خداهشهری و بانسی، ۱۳۹۳). مضامین پیام‌های بازرگانی در خوراکی‌های انرژی‌زا اغراق‌آمیز است. این خوراکی‌ها که ارزش غذایی ندارند، موجب تغییر حالت‌های احساسی و رفتاری بینندگان می‌شوند.

ایزدی و همکارانش استفاده اقناعی از پیام‌های ارتباطی توسط سازمان‌های رسانه‌ای را با هدف اثرگذاری در باورها، نگرش‌ها و رفتارهای بهداشتی جامعه، در بحران‌ها ضروری دانسته‌اند. طراحی یک تصویر بزرگ و پانورامیک از کلیه ابعاد رسانه‌ای و بهداشتی مرتبط و توجه به سواد رسانه‌ای و سواد سلامت مدیران رسانه‌ای، در کنار طراحی و اجرای پژوهش‌های مبتنی بر رویکرد ارتقای روش‌های تصمیم‌گیری در بحران و بهره‌مندی از تجارب سایر کشورها، می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های مطلوب در نظام سلامت منجر شود (ایزدی، تقدیسی، قدمی، دلاور و ساروخانی، ۱۳۹۹).

لوین و برچی<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، بر اهمیت محیط‌های رسانه‌ای قابل دسترسی برای همه، از جمله در معرض خطر حذف از منابع رسانه‌ای (دیجیتال) تأکید می‌کنند و رسانه‌های غیردیجیتال و دیجیتال را برای حمایت مؤثر و ارتقای سلامت عمومی تسهیلگر می‌دانند.

سلامت نوجوانان در زمینه اجتماعی و تعامل آن‌ها با رسانه‌های مختلف و وابستگی به آن‌ها بیان صحیحی نیست؛ بلکه نوجوانان یاد می‌گیرند چگونه با پیام‌های رسانه‌ای در مورد سلامت ارتباط انتقادی

برقرار کنند. راتزان<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، توسعه سواد سلامت را نیازمند ارتباطات راهبردی مبتنی بر علم می‌داند. از نظر او ارتباط فقط تکرار پیام نیست. ارتباطات مؤثر باید محیطی را برای مشارکت جامعه، جهت حمایت از ارزش‌های مشترک نوع بشر و ترویج زندگی از طریق ارتقای سلامت ایجاد کنند. چنین تلاش‌هایی سلامت را فراتر از مؤسسه‌های پزشکی ارتقا می‌دهد و فرد را مسلح می‌کند تا بر سلامت شخصی خود و افراد پیرامون و محیطی که همه در آن زندگی می‌کنیم، تأثیر بگذارد. سلامتی را می‌توان با تأثیرگذاری بر سلامت شخصی از طریق تصمیم‌گیری با توجه به سیاست‌ها، هزینه‌ها، طراحی سیستم و در دسترس بودن خدمات ارتقا داد.

در مجله «علوم ورزشی» در پاسخ به این سؤال که آیا کمپین‌های رسانه‌های جمعی در خصوص فعالیت بدنی و افزایش سلامت نقشی دارند، به تغییر طرز تفکر مردم و نقش کمپین‌های رسانه‌های جمعی در تأثیرگذاری بر فعالیت‌های فیزیکی توده‌ها اشاره کرده‌اند. اطلاعات توسط این کمپین‌ها با هزینه کمتری به طیف وسیعی از مردم می‌رسند. آن‌ها بیش از ۱۵ کمپین را با تأکید ویژه بر حرکات فیزیکی مرور کرده‌اند. نتایج نشان داد که ۷۰ درصد مردم از این کمپین و مزایای آن در افزایش آگاهی مربوط به سلامت آگاه هستند (کاویل و باومن: ۲۰۰۴).

پژوهش‌هایی نیز در زمینه نقش سازمان بهداشت جهانی در حوزه سلامت عمومی جهان انجام شده است. برای مثال در پژوهشی با عنوان «سازمان بهداشت جهانی و استراتژی‌های آن در خصوص طب سنتی کشورها»، آمده است که با توجه به روند رو به رشد تمایل به طب سنتی مکمل در سراسر جهان، سازمان جهانی بهداشت با بررسی جامع از وضعیت کنونی جهان، راهبرد خود را در قالب استراتژی طب سنتی، برای سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۳ منتشر کرده است (توکلی، ۱۳۹۷).

خداداد (۱۳۹۹) در مقاله‌ای با عنوان «نگاه کلی به عملکرد سازمان جهانی بهداشت در بحران کرونا» آورده است که سازمان جهانی بهداشت، وظایف خود را در حوزه سلامت بیش از پیش با استفاده از توانایی‌های علمی پزشکی انجام می‌دهد تا قدرت عملکردی خود را برای به چالش کشیدن دولت‌های درگیر سیاست، با استفاده از مقررات بین‌المللی بهداشت ارتقا بخشد. هنوز معلوم نیست که سازمان جهانی بهداشت، در مبارزه با کووید ۱۹ با عملکردی که داشته است، بتواند در پایان بیماری حاضر در جهان، خود را از انتقادهای مربوط به تعامل با چین مبرا سازد یا خیر. شیوه سیاسی شدن کووید ۱۹ در جهت اهداف ژئوپلیتیکی چین و ایالات متحده، برای همکاری‌های بین‌المللی سلامت، چالش‌برانگیز است. برطبق آنچه در این بیماری همه‌گیر اتفاق افتاد، پیش‌بینی می‌شود که حرکت سازمان جهانی بهداشت برای اتفاق‌های بعدی، به دلیل سیاست تعادل قدرت، کند باشد؛ اما چیزی که در جهان پس از کرونا بیشتر قابل پیش‌بینی است، تقابل همچنان نیروهای هواخواه حقوق بشر با اقتدارگرایانی است که کار اجرای قواعد حقوق بین‌الملل سلامت را دشوار می‌سازند. از این منظر، کووید ۱۹ فقط یک ویروس و تهدید بر جان آدمیان نیست؛ بلکه ابزاری بر تقابل این نظم است. ویروسی وستفالیایی برای تقابل نظم حاکمیت

1. Ratzan

2. Cavill & Bauman

محور با نظم همه جانبه بین‌المللی. آنچه در این تقابل روشن است، این نکته است که علی‌رغم هر نقد و نقضی، سازمان جهانی بهداشت، چراغ راهی را توسط مقررات بین‌المللی بهداشت (IHR) روشن کرده است که دست کم برای سایر کشورها (به جز چین و ایالات متحده)، موجب پیشرفت چشمگیر در امر سلامت عمومی است. نقشی انکارناپذیر که بر تمامی نقص‌هایش تا امروز می‌چربد (وبسایت تالار گفت‌وگوی تخصصی حقوقی و سیاسی بین‌المللی انجمن ایرانی مطالعات سازمان ملل متحد، ۱۳۹۹).

در حوزه نقش وسایل ارتباط جمعی در گسترش سلامت، در مقاله «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی»، آمده است که حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است. الگوبرداری و بومی‌سازی ابعاد حاکمیت نظام سلامت کشورهای موفق، به تقویت حاکمیت نظام سلامت ایران منجر می‌شود که زمینه را برای دستیابی اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می‌کند و در نهایت، به افزایش بهره‌وری نظام سلامت کشور می‌انجامد (مصدق‌راد، ۱۳۹۸).

در مجله آمریکایی بهداشت عمومی و سلامت ملل<sup>۱</sup> بیان شده است که رسانه‌های جمعی، نقش بسیار مهمی در سلامت عمومی دارند و با ایجاد رفتارهای جدید در زمینه سلامت، اطلاعات صحیح آموخته می‌شود و در نوع و ارزش‌های سلامتی تغییر ایجاد می‌کند. رسانه‌های جمعی به‌جای همه مردم، روی مردم خاص تأثیر دارند (Griffiths & Knutson, 2018).

در مجله بین‌المللی تحقیقات محیطی و بهداشت عمومی، در مقاله‌ای با عنوان «سواد سلامت رسانه، سواد سلامت الکترونیکی و نقش آن در محیط اجتماعی»، بر اهمیت محیط‌های رسانه‌ای قابل دسترسی برای همه، از جمله گروه‌های در معرض خطر حذف، اشاره شده است. نویسندگان این مقاله، سواد سلامت در رسانه‌های انتقادی را نیازمند علم استراتژیک و بسیج اجتماعی و توسعه پایدار می‌دانند (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

در مجموع با مطالعه و مرور تعداد زیادی از مقاله‌ها و پژوهش‌های داخلی و خارجی، در خصوص سلامت، به این نتیجه دست یافتیم که در زمینه سواد سلامت و نقش تلویزیون و رسانه‌های اجتماعی پژوهش‌هایی انجام پذیرفته است؛ اما به لحاظ روش و جامعه آماری مشابهت و مطابقتی با این پژوهش دیده نمی‌شود؛ زیرا پژوهش‌های انجام گرفته داخلی، به تحلیل محتوای کمی رسانه‌ها و نظرسنجی مخاطبان یا مطالعه اسنادی مقالات گذشته پرداخته‌اند و مطالعه کیفی در مضامین برنامه‌های سلامت سیما، تنها در یک مورد و در حوزه سلامت معنوی یافت شد. از خلأهای موجود در پژوهش‌ها، مقایسه استراتژی سیما سلامت ایران با نظرات کارشناسان سازمان بهداشت جهانی است که تا کنون انجام نپذیرفته است و کاستی‌های پژوهشی فراوانی در این زمینه دیده می‌شود. به نظر می‌رسد با تحلیل مضامین برنامه‌های سلامت جسمانی سیما، برای رفع کاستی‌های موجود، بتوانیم به اطلاعات مفیدی در این زمینه نائل شویم.

## روش پژوهش

این پژوهش به روش آمیخته انجام شده است که جهت و سمت و سوی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را مشخص و رویکردها را در بسیاری از مراحل فرایند تحقیق ترکیب می‌کند. مفروضه‌های اصلی این پژوهش، بر جهان‌بینی عمل‌گرایی مبتنی است که معمولاً با شیوه‌های تحقیق آمیخته مرتبط و همراه است و روی پیامدهای تحقیق تأکید می‌ورزد. به سؤال‌های پرسیده شده بر اساس روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها پاسخ می‌دهد و بر آگاهی از موضوعات تحت بررسی تأکید می‌کند. جهان‌عمل‌گرایی رویکردی جمع‌گراست و جهت‌گیری آن بر کارهای انجام شده و عملکرد مبتنی است (دلاور و کوشکی، ۱۳۹۶: ۴۵).

روش استنباط استقرایی است و ترکیبی از رویکردهای کمی و کیفی را به خود اختصاص می‌دهد. از نظر هستی‌شناسی، واقعیت‌های چندگانه را ارائه داده است و از لحاظ معرفت‌شناسی با شناسایی برنامه‌های سلامت محور، داده‌ها را جمع‌آوری و به‌صورت رسمی در گزارش منعکس کرده است. از لحاظ راهبردی از تحلیل مضمون برنامه‌های سلامت جسمانی بهره گرفته است.

متغیر مستقل پژوهش عبارت است از: سیاست‌های اعمال شده در برنامه‌های شبکه سلامت و متغیرهای وابسته عبارتند از: بالاترین رتبه و اولویت در ابعاد سلامت برنامه‌ها، مضامین سلامت جسمانی، کاستی‌های سواد سلامت جسمانی در مقایسه با نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی.

جامعه آماری پژوهش، برنامه‌های شبکه سلامت سیمای ملی ایران است. به جهت اینکه نمونه تحقیقی به‌گونه‌ای باشد که تمام روزهای هفته با نسبت واقعی را شامل شود و نمونه آماری به‌عنوان نماینده جامعه آماری محسوب شود، نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی از روزهای هفته انجام شد؛ بدین صورت که بر اساس روزهای هفته، به هفت طبقه تقسیم و از هر روز هفته یک نمونه به تصادف انتخاب شد. نمونه آماری این پژوهش مشتمل بر ۳۳۶ ساعت برنامه متوالی بوده است. این نوع نمونه‌گیری بر اساس روش‌های احتمالی است و بدین ترتیب می‌توان مطمئن شد که زیرگروه‌های حاصل با همان نسبتی که در جامعه وجود دارند، طبقه‌بندی شده‌اند (دلاور، ۱۳۹۸: ۱۲۵).

روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مطالعه اسنادی و میدانی است. در بخش کمی از طریق آزمون فریدمن، اولویت بُعد جسمانی سلامت در برنامه‌ها مشخص شد و در بخش کیفی با به‌کارگیری روش پیشنهادی اترید استرلینگ و شبکه روابط آن‌ها، درصد یافتن مضامین پایه و سازمان‌دهنده و فراگیر برآمدیم. این روش یکی از روش‌های مرسوم کدگذاری در تحلیل مضمون و مبتنی بر تشکیل شبکه مضامین است و در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ابتدا مضامین پایه در برنامه‌ها شناسایی و کدگذاری شدند. این گروه از مضامین، گروه‌های A نام‌گذاری شدند. در مرحله دوم، از میان آن‌ها، مضامین مشابه و هم‌سان در گروه‌های جدید جای‌گذاری و مضامین سازمان‌دهنده (B) را تشکیل دادند. در نهایت از مجموع مضامین مشابه در این گروه‌ها، مضامین فراگیر یا کدهای نهایی C استخراج شدند.

جدول ۱. مضامین سلامت جسمانی برنامه‌ها

مقولات نهایی	کدهای نهایی	تم‌های فرعی و ثانویه	کدهای ثانویه	کدهای اولیه	مضامین سلامت جسمانی
تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی	C1	تغذیه و سلامت خوراکی‌ها	B1	A1, A2, A3	
		ترویج ورزش	B2	A4, A5	
		نگهداری و مصرف داروها	B3	A6, A7, A8	
		فرزند آوری	B4	A9, A10, A11	
		بهداشت فردی	B5	A12, A13	
پیشگیری از بیماری‌ها	C2	پیشگیری از بیماری‌های قابل سرایت	B6	A14, A15, A16 A17, A18	
		قابل سرایت پیشگیری از بیماری‌های غیر قابل سرایت	B6	A19 .....A28	
توانمند سازی	C3	امداد و نجات	B7	A29, A30	
		توانبخشی	B8	A31, A32, A33, A34	

### اعتبار پژوهش

ارزیابی اعتبار در رویکرد کیفی به شیوه آمیخته، ممکن است مستلزم فرایند اعتبار سازی کمی باشد؛ در حالی که برخی دیگر بر ارزیابی کیفی اعتبارسازی تکیه دارد و به درستی داده‌های در دسترس وابسته است. برخی مطالعات شیوه آمیخته، مستلزم فرایند آمیخته اعتبارسازی با استفاده از رویکردهای کیفی و کمی است. جنبه مهم دیگر اعتبار ارزیابی، این است که سه معیار اعتبارسازی در هر مطالعه کیفی به کار رود که عبارت‌اند از: ۱. اعتبار به‌عنوان کیفیت قدرت مدیریت؛ ۲. اعتبار ارتباطی؛ ۳. اعتبار عمل‌نگر (دلاور و کوشکی، ۱۳۹۶: ۱۸۹). با در نظر داشتن موارد فوق برای تحقق اعتبار پژوهش، اقدامات زیر انجام گرفته است:

به‌منظور افزایش کیفیت مدیریت بخش‌های تحقیق، جمع‌آوری هر دو دسته داده‌های کیفی و کمی، در هر مرحله به‌طور جداگانه، به‌طور مکرر بازبینی شد. در انتخاب و ثبت انواع داده‌ها، نوع داده‌ای که قابل مشاهده بود، جمع‌آوری و بررسی و تجزیه و تحلیل شد. بدین صورت از اطلاعات به‌دست‌آمده، برای پاسخ به پرسش‌های پژوهش یا آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

برنامه‌های مشاهداتی برای سازمان‌دهی مشاهدات و بررسی‌ها فراهم شد. در این ساختار، ثبت کدهای لازم تبیینی از اتفاق‌ها و فرایندهای مشاهده شده به‌صورت نوشتار ارائه شده است.

در بخش کمی، مقیاس و معیار زمان پخش برنامه‌ها، جهت اعتبار و پایایی پژوهش مدنظر قرار گرفت. در بخش کیفی، بسیاری از مباحث عینی و داده‌ها و اطلاعات و جزئیات لازم با قرارگیری مشابهت‌ها مورد توجه قرار گرفت. در این پژوهش استانداردهای اخلاقی پژوهش رعایت شده و جمع‌آوری

داده‌ها بدون دخالت نظرهای شخصی انجام پذیرفته است. علاوه بر این موارد، روند جمع‌آوری داده‌ها با حداقل متغیرهای ممکن صورت گرفت؛ به گونه‌ای که به سوگیری منجر نشود. برای اعتبار ارتباطی پژوهش با جامعه محققان در مطالعات اسنادی، از نظرهای کارشناسان برجسته علوم ارتباطات و مقالات مندرج در سایت‌های معتبر پژوهشی و وزارت علوم و درمان و آموزش پزشکی و همچنین، مقالات مندرج در سایت سازمان بهداشت جهانی استفاده شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

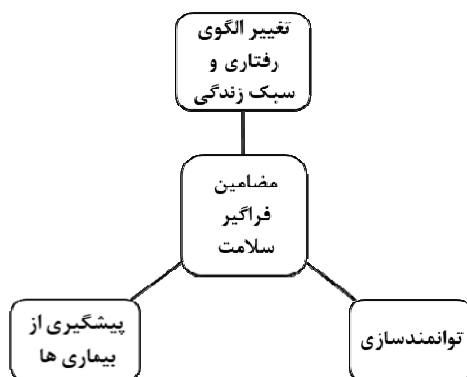
بر اساس داده‌های حاصل از مشاهدات و بازبینی‌های مکرر در بخش کمی و در پاسخ به فرضیه اول مبنی بر اولویت بُعد جسمانی سلامت در برنامه‌های سلامت‌محور، بعد از به‌کارگیری آزمون فریدمن نتایج زیر حاصل شد.

جدول ۲. نتایج آزمون فریدمن جهت شناسایی اولویت ابعاد سلامت در برنامه‌ها

رتبه‌ها		آمار آزمون	
میانگین رتبه‌ها	متغیرها		
۲/۵۰	سلامت محیط زندگی	۲	تعداد
۴/۵۰	سلامت عاطفی و هیجانی	۹/۴۲	مجذور کای
۵/۵۰	سلامت ذهنی	۶	درجه آزادی
۷/۰۰	سلامت جسمانی	۰/۱۵۱	معیار تصمیم
۴/۵۰	سلامت اجتماعی		آزمون فریدمن
۲/۰۰	سلامت معنوی		
۲/۰۰	سلامت شغلی		

یافته‌های حاصل از جمع‌آوری داده‌ها، از مجموع ۲۸۸۰ ساعت برنامه شبکه سلامت، در نرم‌افزار اسپاس تحت آزمون فریدمن قرار گرفت. سلامت جسمانی با بالاترین امتیاز ۷ در رتبه اول، سلامت ذهنی با امتیاز ۵ در رتبه دوم، سلامت عاطفی - هیجانی و اجتماعی با امتیاز ۴/۵ در رتبه سوم، سلامت محیط زندگی با امتیاز ۲/۵ در رتبه چهارم و سلامت معنوی و سلامت شغلی با امتیاز ۲ در رتبه پنجم قرار دارند. مقدار عددی کای اسکوار برابر با ۹/۴۲۹ و با درجه آزادی ۶ و بزرگ‌تر از ۰/۰۵ (احتمال خطا) بوده است.

در بخش کیفی در پاسخ به سؤال چپستی مضامین برنامه‌های سلامت‌محور، پس از کدگذاری مضامین و طبقه‌بندی آن‌ها در گروه‌های مشابه، مضامین پایه شکل گرفت و از مجموعه مضامین پایه، مضامین سازمان‌دهنده و از مجموعه آن‌ها، مضامین فراگیر حاصل شدند که عبارت‌اند از: تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی، پیشگیری از بیماری‌ها و توانمندسازی که در جدول‌های ۳، ۴ و ۵ مقادیر آن‌ها نسبت به کل مضامین آورده شده است.



شکل ۱. نمودار مضامین فراگیر منتج از مضامین پایه و سازمان دهنده

استخراج مضامین در بخش کیفی و بر اساس جدول ۱ طی مراحل زیر انجام پذیرفت و یافته‌ها (شبکه روابط مضامین) اکتشاف و استخراج شدند. ابتدا برنامه‌ها از نظر ابعاد گوناگون سلامت تفکیک و به بخش‌های گوناگون تقسیم و کدگذاری شده و تم‌ها اصلاح شدند. سپس هر یک از آن‌ها در ابعاد مرتبط، جای‌گذاری شدند (شکل‌گیری مضامین پایه). در مرحله دوم، متن برنامه‌های سلامت جسمانی جهت توسعه کیفی بررسی شد و به موارد هم‌پاسان کدهای جدیدی اختصاص یافت. در این مرحله شبکه‌های موضوعی ساخته و توصیف و خلاصه شدند (شکل‌گیری مضامین سازمان‌یافته). مرحله نهایی ادغام و اکتشاف و تفسیر الگوهاست (مضامین فراگیر یا کلی). این مضامین در جدول‌های ۳، ۴ و ۵ آورده شده است.

جدول ۳. مضمون فراگیر تغییر رفتار و الگوهای سبک زندگی

تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی		
مضامین پایه	مضامین سازمان دهنده	درصد
سلامت غذا، تعیین کالری، تغذیه صحیح	تغذیه و سلامت خوراکی‌ها	۹/۵
حرکات اصلاحی، ورزش همگانی	ترویج ورزش	۲۶
مکمل‌های غذایی، دارو، گیاهان دارویی	نگهداری و مصرف داروها	۲
مشکلات ناباروری، رشد جنین، بیماری‌های نوزاد و کودک	فرزند آوری	۷/۷۵
شست‌وشوی دست‌ها و رعایت بهداشت فردی در مواجهه با دیگران	بهداشت فردی	۳
جمع		۵۸

مضمون فراگیر تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی با ۵۸ درصد، بالاترین فراوانی را دارد. در میان این مضامین، توجه به ورزش در اولویت تغییر سبک زندگی با فراوانی ۲۶ درصد و بهداشت فردی و مکمل‌های

غذایی کمترین فراوانی را داشتند. رعایت بهداشت فردی که در سال قبل نسبت به آن غفلت شده بود، پس از شیوع کرونا به تعداد اندک در برنامه‌ها مشاهده شد. از یافته‌های حاصل از جمع‌آوری داده‌ها به این نتیجه دست یافتیم که سیمای ملی با اختصاص برنامه‌های متعدد مربوط به ورزش و فرزندآوری و تغذیه، سعی در تغییر سبک زندگی مخاطبان داشته است و از طریق تکرار این گروه از مضامین، بر ذهنیت مخاطبان، به نحو دلخواه تأثیر گذاشته و افکار عمومی را به جهت مد نظر سوق داده است.

جدول ۴. مضمون فراگیر پیشگیری از بیماری‌ها

پیشگیری از بیماری‌ها		
مضامین پایه	مضامین سازمان دهنده	درصد
ایدز، بیماری‌های قارچی، هاری، هپاتیت، کرونا	پیشگیری از بیماری‌های مسری	۵
بیماری‌های غدد، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های مغز و اعصاب، گوارش، سرطان، بیماری‌های ژنتیکی، زانو درد، بیماری‌های خونی، حوادث رانندگی، سونوگرافی.	پیشگیری از بیماری‌های غیرمسری	۲۹/۵
جمع		۳۴/۵

مضمون فراگیر پیشگیری از بیماری‌ها به دو بخش بیماری‌های مسری و غیرمسری تقسیم شدند. بیماری‌های مسری با ۵ درصد فراوانی و بیماری‌های غیر مسری با ۲۹/۵ درصد، در میان کلیه برنامه‌های سلامت جسمانی مشاهده شدند. پس از انتشار ویروس کرونا، تعداد معدودی بیماری مسری، از جمله بیماری‌های قارچی و ویروسی مانند کرونا به برنامه‌ها اضافه شد؛ اما کماکان بیماری‌های غیرمسری از فراوانی بیشتری برخوردار بودند.

جدول ۵. مضامین توانمندسازی

توانمندسازی		
مضامین پایه	مضامین سازمان دهنده	میانگین
امدادرسانی و احیا	امداد و نجات	۲/۵٪
سنجش بینایی و شنوایی، طب فیزیکی، ارتوپدی، جراحی‌ها	توانبخشی	۵٪
جمع		۷/۵٪

مضامین توانمندسازی با ۷/۵ درصد کمترین فراوانی را دارد و تنها به سنجش بینایی و شنوایی و امدادرسانی و احیا محدود می‌شود. در پاسخ به سؤال دوم و تفاوت شاخص‌های سلامت با تعاریف کارشناس جهانی، نتایج مندرج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. مقایسه مضامین سلامت با نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی

درصد	تعداد	مضامین	
۰	۰	خواندن فرم‌های رضایت‌نامه، برچسب‌های دارویی	معیارهای دسترسی و مفهوم سازی
۳۷/۵	۷۵	مراقبت‌های پزشکی براساس توصیه‌های پزشکان و پرستاران جهت بهبود و درمان	
۳/۵	۷	مصرف صحیح دارو	
۱۵/۵	۳۱	جست‌وجو، درک، ارزیابی مفاهیم	
۳۷/۵	۷۵	استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی برای کاهش خطرها و پیشگیری از بیماری	معیار توانمندی
۰	۰	تقویت شهروندی فعال و شناخت حقوق افراد به‌عنوان بیمار	
۲	۴	آگاه‌سازی در جهت‌یابی به‌عنوان یک مصرف‌کننده آگاه محصولات	
۴	۸	آگاه‌سازی در دستیابی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بهبود سلامت	

مضامین مرتبط با سواد سلامت از دیدگاه کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، از مقالات مندرج در سایت سازمان بهداشت جهانی، در خصوص سطوح سواد سلامت، در جدول ۶ آورده شده است و تعداد برنامه‌های سازمان صداوسیما که با این تعاریف هم‌خوانی داشتند، کدگذاری و مقایسه شدند. برنامه‌های تلویزیون با تعاریف کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در موضوع سواد سلامت وجوه مشترکی دارد؛ اما مضامین توانمندسازی از فراوانی اندک و حتی در برخی موارد، فاقد مضامین تقویت شهروندان فعال و شناخت حقوق بیماران و نیز خواندن فرم رضایت‌نامه و برچسب‌های دارویی است. مضامین آگاه‌سازی در دستیابی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بهبود سلامت و آگاه‌سازی در جهت‌یابی به‌عنوان یک مصرف‌کننده آگاه محصولات و مصرف صحیح دارو نیز بسیار اندک مشاهده شده است.

از جمله موارد اختلاف معیارهای سلامت جسمانی برنامه‌های سیما و نظرهای کارشناسان بهداشت جهانی، عدم اطلاع‌رسانی در موضوع انواع فرم‌های رضایت‌نامه و افراد صاحب امضا و مفاد آن‌هاست. در حالی که یکی از عناصر اصلی انجام عمل جراحی یا معالجات پزشکی که شکل بنیادین و مهمی به خود گرفته و در واقع، به‌گونه‌ای با حیات و تغییر در وضعیت موجود بیمار مرتبط است، اخذ رضایت از بیمار است و در زمره یکی از مقولات مهم و به‌مثابه رویکردی نوین در حقوق پزشکی شمرده می‌شود. اطلاعات و برچسب‌های دارویی و نکات هشداردهنده و تاریخ مصرف داروها و مراکز توزیع داروهای نایاب و چگونگی نگهداری آن‌ها و سایر اطلاعات نوشتاری و محصولات غیربهداشتی، چه در زمینه‌های آرایشی یا سایر محصولات بهداشتی، از حیث استاندارد بودن و ویژگی‌های ظاهری نیاز به توضیح دارند. البته مسئولان بهداشت و درمان، در مقالات متعددی سواد سلامت را امری فراتر از خواندن برچسب داروها ذکر کرده‌اند که این امر نمی‌تواند توجیه مناسبی برای عدم پوشش برنامه‌ها در خصوص اطلاعات دارویی باشد.

با توجه به فرهنگ شفاهی حاکم بر جامعه، به نظر لازم می‌رسد که در این زمینه اقدامات تکمیلی صورت پذیرد.

افراد و جوامع ممکن است هنگام یافتن پزشکان واجد شرایط احساس سردرگمی کنند. آن‌ها ممکن است ندانند چگونه صحت صورت حساب‌های پزشکی را بررسی کنند. هدف حمایت از سلامت ایجاد برنامه‌ها و ابزارهایی است که می‌تواند چنین مسائلی را حل کند.

از کاستی‌های برنامه‌ها می‌توان نقصان اطلاع رسانی در انواع بیمه‌های سلامت و ضرورت آن‌ها را برشمرد. موضوع آگاهی از حقوق بیمار و توانایی دستیابی به اطلاعات از منابع دیگر، غیر از تلویزیون، مانند وبسایت‌های معتبر، برای راهنمایی مراکز خرید داروهای خاص و واکسن و اطلاعات انواع بیمه (حوادث و آتیه فرزندان، سالمندان، بیماری‌های خاص، سفر) و مراکز درمانی تحت پوشش بیمه‌ها در برنامه‌های سلامت شبکه فوق یافت نشد. آگاه‌نبودن از حقوق بیماران ممکن است کنترل بیماران بر درمان و مراقبت‌های بهداشتی را از بین ببرد، نابرابری را تشدید و ظرفیت محرومیت‌زدایی را تضعیف کند.

از جمله نقدهایی که بر سیمای ملی وارد است، نبود روایت‌های مردمی و غیرپزشکی به بیماری است. بسترهای اجتماعی منتشر نمی‌شود. وقتی که گزارش‌ها به اطلاعیه‌های مسئولان سازمان بهداشت جهانی و کارشناسان نظام سلامت و تهدید و هشدار محدود می‌شود. شرایطی خطرناک به وجود می‌آید که می‌تواند فرایند درمان را محدود یا مختل کند. نهاد سلامت عمومی همان‌طور که اطلاعات و علائم زیستی افراد را رصد می‌کند، باید به شیوه و نوع خوانش پیام‌های خود در جامعه هم آگاهی داشته باشد. کار رسانه، رساندن صداهای میدان به یکدیگر و مدیریت گفت‌وگوی آزاد اجتماعی پیرامون بحران است که البته باید در این مهم از دیگر نهادهای اجتماعی و به خصوص نهادهای تخصصی و علمی کمک بگیرد. با وجود کمبودها و کاستی‌ها در برنامه‌ها، این شبکه به ترویج ورزش و تغذیه صحیح و فرزندآوری و معرفی انواع بیماری‌های غیرمسری و علل بروز آن‌ها جهت پیشگیری، فعالانه عمل کرده است. از نظر ارتباطی موفقیت ارتباطات در زمان شیوع ویروس کرونا، این بود که میدان‌دار ارتباطات نیروهای متخصصی چون دانشگاه علوم پزشکی، وزارت بهداشت و پزشکان بودند. اطلاع‌رسانی مرتب بود و هم‌گرایی خاصی بین رسانه‌ها شکل گرفت. از سویی می‌توان بهبودی را در مواجهه روش‌های صداوسیما رصد کرد که در ترمیم بی‌اعتمادی مؤثر بود. زمینه‌هایی که در جامعه برای تقویت هم‌بستگی شکل گرفت، مثبت بود؛ مانند شراکت مردم در کمک به دیگران و کار خیر.

از تشابهات مضامین برنامه‌ها با تعاریف کارشناسان بهداشت جهانی در موضوع سواد سلامت، می‌توان مضامینی همچون استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی برای کاهش خطرها و بیماری‌ها و مراقبت‌های پزشکی براساس توصیه‌های پزشکان و پرستاران، جهت بهبود و درمان با بالاترین فراوانی، نگهداری و مصرف دارو و موارد مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای و استفاده از گیاهان دارویی و همچنین، مصرف دارو در دوران بارداری و قدرت پلاسیبو (قرص‌های دروغین) در حوزه مضامین مربوط به بخش دارو در حوزه دسترسی و مفهوم‌سازی یافت شده‌اند.

## محدودیت‌های پژوهش

دستیابی به برنامه‌های ادوار گذشته و کسب اجازه از مراجع ذی‌صلاح و زمان‌بر بودن این پروسه، از محدودیت‌های پژوهش بودند.

## پیشنهادها

عواملی که باعث توسعه یا عدم توسعه سواد سلامت رسانه‌ای می‌شوند، عبارت‌اند از: بسترهای قانونی کشور، ملاحظات فرهنگی و سیاسی و خصوصیات فردی برنامه‌سازان. رویکردهای مؤثر رسانه ملی و عوامل دیگر نیز در الگوی طراحی برنامه‌ها دخالت دارند که متغیرها یا عوامل مداخله‌گر نامیده می‌شوند. این عوامل بر رابطه بین پدیده مرکزی و شرایط علی (سیاست‌های شورای سیاست‌گذاری سلامت) به‌عنوان متغیر مستقل و پیامدها (مضامین قابل مشاهده) به‌عنوان متغیر وابسته، تأثیر گذارند یا به اصطلاح نقش مداخله‌گر را ایفا می‌کنند. این امر در جهت تقویت اولویت‌های رسانه و اولویت عمومی به قرار زیر، صورت عملی به خود گرفته است.

تأکید بر سبک زندگی ایرانی - اسلامی در همه ابعاد سلامت، تأکید بر اهمیت بُعد جسمانی سلامت و اولویت پیشگیری بر درمان، توجه به ترکیب جمعیت و تشویق به فرزندآوری، تقویت نهاد خانواده و جایگاه زن، توجه به آسیب‌های اجتماعی ناشی از مصرف مشروبات الکلی و موادمخدر و روان‌گردان‌ها و بزهکاری، توسعه هم‌گرایی اجتماعی و سلامت معنوی، تأکید بر طب سنتی، طراحی محتوای برنامه‌ها بر اساس میل و مصلحت و نیاز مخاطب، جریان‌سازی اجتماعی بر اساس ضرورت‌های پیش‌آمده، جلوگیری از غلط‌گویی و استنادهای غیرمجاز و غیرعلمی و تجاری، تأکید بر پیشگیری به جای درمان (عبدالهی نژاد، بصیربان جهرمی و نحوی، ۱۳۹۶).

تلاش برای استفاده از رسانه‌ها برای ارتقای سلامت و ایجاد رویکردی جدید در برنامه‌ها برای پرداختن به موضوع سلامت، از اهمیت زیادی برخوردار است؛ زیرا آگاهی عموم مردم در زمینه پیشگیری، برخورد و درمان بیماری‌ها، به سلامت جامعه کمک شایانی می‌کند و به کاهش بار روانی و درمانی ناشی از برخورد با بیماری‌ها منجر می‌شود. برنامه‌های سلامت در رسانه، اگر به‌خوبی طراحی شده باشند، قادرند به افراد و جامعه یاری برسانند تا درک بهتری از نیازهای خود پیدا کنند و اولویت نیازمندی‌های فردی، محیطی و جمعی خود را دریابند.

در زیر مجموعه‌ای از پیشنهادها برای افزایش سواد سلامت در سیمای ملی آمده است.

۱. تلویزیون می‌تواند در عرصه مقابله با بحران‌های اجتماعی، به ایفای نقش بپردازد و در کاهش بحران‌های مختلفی مانند انواع اپیدمی یا حوادث تهدیدکننده ثبات اجتماعی، کارکرد مؤثری داشته باشد. تلویزیون باید علاوه بر انتقال اخبار و اطلاعات، به تحلیل درست اخبار و تشریح آنان نیز بپردازد.
۲. سیمای ملی می‌تواند با تمرکز بر ارائه اطلاعات مربوط به حقوق بیمار، بهترین منابع را در زمینه مسائل بهداشتی و پزشکی ارائه دهد و روند صحیح مراجعه به پزشکان را با معرفی

داروخانه‌های تخصصی، پشتیبانی و مداخله‌های لازم، روشن سازد تا شکاف اطلاعاتی را پر کند و به ادبیات حقوق بیمار بیفزاید؛ زیرا موضوع آگاهی بیمار از حقوق خود و روابط بین بیمار و اعتبار اطلاعات بسیار مهم است. مطالعات قبلی، آگاهی را عامل مهمی در فرایند تصمیم‌گیری و تأثیرگذار بر مسائل مربوط به سلامت می‌دانند؛ از این رو ارائه اطلاعات مربوط به مراجعات پزشکی امری ضروری محسوب می‌شود. افراد جامعه باید بدانند که اگر به‌عنوان بیمار وارد سیستم درمانی کشور می‌شوند، می‌بایست چگونه و متناسب با شرایطشان پذیرش شوند و با حقوق خود آشنا باشند و در نهایت، اگر حقوق بیمار رعایت نشود، به کدام مرجع صالح برای رسیدگی به این موضوع مراجعه کنند.

۳. آگاهی‌دادن به مخاطبان برای دستیابی به اطلاعات از منابع دیگر غیر از تلویزیون، مانند وبسایت‌های معتبر و راهنمایی مراکز خرید داروهای خاص و واکسن و اطلاعات انواع بیمه بسیار مهم است.

۴. باید بدانیم که بخش‌های مختلف ممکن است انگیزه‌های متفاوتی برای تغییر داشته باشند. در کل، اگر بخواهیم رفتار افراد را تغییر دهیم، باید این کار را مطابق با نیازهای بخش بازار و ارائه جایگزین‌های مثبت، به‌جای تحقیر عادات بهداشتی و عدم ایجاد ترس انجام دهیم.

۵. رسانه‌ها نیز باید نوع نگرش و راهبردشان را در خصوص سلامت تغییر دهند و ارائه اطلاعات سلامت محدود و محبوس به مرحله بحران نشود. رسانه‌ها می‌بایست با رصد منظم و مستمر افکار عمومی و روندهای مسلط در آن، به مسیرهای پیچیده انتقال پیام در جامعه و نیز مقاومت افراد خاص و گروه‌های کم‌سواد در برابر پیام، به تغییر و تحول در خود پیام توجه داشته باشند و از طریق ارتباط با متخصصان در میدان با روایت‌های مختلف، یعنی ترجمه مسائل به زبان عمومی و ایجاد ارتباط میان صداها، با تهیه برنامه‌های سرگرم‌کننده، اطلاعات سریع و صحیح را قبل از منابع دیگر و با شفافیت و به زبان ساده و روان، جهت مشارکت عموم شهروندان فراهم آورند.

۶. به‌منظور ایجاد یک الگوی رفتاری مناسب بهداشتی، تنها دقت در طراحی پیام سلامت و لحاظ کردن ویژگی‌های ذکر شده در آن پیام کافی نیست، بلکه باید به ویژگی‌های شناختی مرتبط با مخاطب هم توجه کرد؛ زیرا این ویژگی‌ها نیز به سهم خود می‌تواند در تغییر رفتار سلامت تأثیرگذار باشند.

۷. با توجه به اهمیت موضوع سواد سلامت، متولیان سلامت در سیمای ملی، باید برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدتی را برای این مهم طراحی کنند و با یاری متخصصان در مسیر افزایش سطح سواد سلامت مردم بکوشند. البته ممکن است تغییر آشکار در کوتاه‌مدت نباشد. در کوتاه‌مدت انتظار بازدهی اندک است. تغییر رفتار در کوتاه‌مدت، در واقع پدیده نادری است؛ از این رو نباید تلاش‌ها متوقف شوند، برنامه‌ریزی منظم و بلندمدت و روش‌های مختلف

- اقتناع‌کننده، ممکن است تأثیر مکمل و تجمعی داشته باشند و برای دستیابی به تغییر مداوم رفتار ضروری باشند.
۸. در حوزه سواد سلامت، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و پرستاری در منزل، برای ارتقای سلامت با استفاده از پیام‌های اقناعی در تلویزیون، به‌منظور افزایش سطح بهداشت همگانی مورد استفاده قرار گیرند. واکنش‌های افراد به بیماری، مراقبت بهداشتی و رفتارهای مرتبط با سلامتی، عموماً به شکلی عمیق تحت تأثیر نمودهای رسانه‌های گروهی قرار دارند.
  ۹. اعتبار نهاد علم و دانشگاه و سایر نهادهای علمی در این است که آن‌ها، به‌خصوص در حوزه‌های علوم انسانی - اجتماعی، در بحران‌هایی از نوع پاندمی‌ها با آمادگی و فاعلیت مؤثرتر وارد شود و در زمینه مشکلات و نابسامانی‌ها در امر بهداشت عمومی، تحقیقات بیشتری انجام دهند.
  ۱۰. تلویزیون باید بهترین و معتبرترین منابع را در زمینه مسائل بهداشتی و پزشکان ارائه دهد. گزارشگران پزشکی باید از دانش فنی، قدرت و توانایی مناسب برای تمرکز بر مشکلات اصلی و کانال‌هایی با منبع مناسب برخوردار باشند. ارتباط‌دهندگان سلامت باید از نحوه کار با تلویزیون آگاهی داشته باشند؛ یعنی آن‌ها باید منابع مناسب را تهیه و روابط خوبی با گزارشگران سلامت برقرار کنند.
  ۱۱. اهداف ارتباطات جمعی، باید تشویق مردم برای دسترسی به سیستم مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای یا حساس‌سازی آن‌ها به سایر منابع ارتباطی به‌جز تلویزیون باشد. مراکز حمایت از سلامت، حتی زمانی که از زمان و فضای رسانه‌های عمومی استفاده می‌کنند، می‌بایست رایگان باشند و به‌صراحت مشکل ادراک انتخابی را تشخیص دهند؛ زیرا کسانی که پیام را می‌بینند کسانی هستند که از قبل نگران این موضوع بوده و درگیر فعالیت‌هایی هستند که برای تغییر توصیه شده است.
  ۱۲. پیام‌های ارتباطی باید بر اساس نیاز گروه‌های مختلف جمعیتی مانند کودکان و نوجوانان و زنان خانه‌دار و مشاغل آزاد و گروه‌های ورزشی تدوین و ارائه شوند. ارائه جایگزین‌های مثبت، به‌جای تحقیر عادات بهداشتی موجود افراد ضروری است. همه بخش‌های بازار به یک اندازه تغییر نمی‌کنند و بخش‌های مختلف، ممکن است انگیزه‌های متفاوتی برای تغییر داشته باشند. در کل، اگر بخواهیم سلامتی را تغییر دهیم، باید این کار را مطابق با نیازهای مردم انجام دهیم. ترساندن و توهین به مردم و... به هیچ وجه پسندیده و مفید نیست. الگوهای بهداشتی تغییر یافته باید مطابق با نیازهای خود مخاطب باشد.
  ۱۳. نمایش فیلم‌های داستانی جذاب و مرتبط با فرهنگ بومی و ارائه الگوهای صحیح بهداشتی در محیط کار و منزل و فضای طبیعی، برای آحاد مختلف جامعه مؤثر خواهد بود.

## فهرست منابع

ایزدی، لویا؛ تقدیسی، محمدحسین؛ قدمی، محسن؛ دلاور، علی و ساروخانی، باقر (۱۳۹۹). شناسایی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری در بحران در سازمان‌های رسانه‌ای: مرور سیستماتیک با تأکید بر سواد رسانه‌ای در بحران سلامت (در پاندمی کرونا). *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۸(۴)، ۳۹۰-۴۰۶.

تانکارد، جیمز و سورین، ورنر جوزف (۱۳۹۹). *نظریه‌های ارتباطات* (علیرضا دهقان، مترجم)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

توکلی کامه علیا، مریم (۱۳۹۷). سازمان بهداشت جهانی و استراتژی‌های آن در خصوص طب سنتی کشورها. *همایش طب سنتی ایرانی و یک دهه فعالیت آکادمیک: نقد گذشته، افق آینده*.

خداداد، زهرا (۱۳۹۹). نگاهی کلی به عملکرد سازمان جهانی بهداشت در بحران کرونا. وبسایت تالار گفت‌وگوی تخصصی حقوقی و سیاسی بین‌المللی انجمن ایرانی مطالعات سازمان ملل متحد. مشاهده در تیر ماه ۱۴۰۱.

دقیقی خداهشهری، آمنه و بانسی، لیلیا (۱۳۹۳). رابطه میان زمان تماشای برنامه‌های تلویزیون با اضافه وزن و اضطراب دانش‌آموزان ابتدایی. *پژوهش‌های ارتباطی*، ۲۱(۸۰)، ۱۵۷-۱۷۷.

دلاور، علی و کوشکی، شیرین (۱۳۹۶). *روش تحقیق آمیخته* (چاپ چهارم)، نشر ویرایش.

دلاور، علی. (۱۳۹۸). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی* (چاپ هیجدهم)، انتشارات رشد.

رائی تهرانی، حبیب (۱۳۸۹). *سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت نقش تلویزیون در ترویج سلامت شهروندان ۵۱ سال به بالای تهرانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

رائی تهرانی، حبیب و عاطفی منش، روشنگر (۱۳۹۹). *ارتباطات سلامت: مبانی و رویکردها*. انتشارات اندیشه احسان.

عبداللهی نژاد، علیرضا؛ بصیریان جهرمی، حسین و نحوی، مرضیه (۱۳۹۷). مطالعه سیاست‌های رسانه ملی در حوزه ارتباطات سلامت. *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۱۴(۵۱)، ۲۰۱-۲۲۶.

علیپور، مهدیس (۱۳۹۱). *نقص برنامه‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون بر سلامت جسمانی و روانی پیامگیران*. پایان‌نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی، پردیس آموزش‌های نیمه حضوری.

- فرهنگی، علی اکبر و بیران، صدیقه (۱۳۹۴). مدیریت رسانه، نشر مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.
- متولی، کاظم (۱۳۸۴). *افکار عمومی و شیوه‌های اقناع* (چاپ اول)، تهران: انتشارت بهجت.
- مصدق راد، علی محمد (۱۳۹۸). الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران، یک مطالعه تطبیقی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۹)، ۱۰-۲۸.
- ولدی، سردار (۱۳۹۵). *ارزیابی عملکرد شبکه سلامت سیمای جمهوری اسلامی ایران در افزایش سلامت جامعه از منظر مخاطبان و متخصصان سلامت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، دانشکده ارتباطات.
- Cavill, N. & Bauman, A. (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Sciences*, 22(8), 771-790.
- ECOSOC (2009). "Ministerial Declaration – 2009 High-Level Segment: Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health." [https://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial\\_declaration-2009.pdf](https://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf)
- Griffiths, W. & Knutson, A.L. (1960). The role of mass media in public health. *American Journal of Public Health and the Nation Health*, 50(4).
- Levin-Zamir, Diane & Bertschi sabella (2018). Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *International Journal of environmental research and public health*, 15(8). doi: 10.3390/ijerph15081643.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
- Ratzan, C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Journal of health communication, international perspectives*, 16(2), 207-214.
- Rudd, R.E. (2015). The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8 (1), 7-9.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

## Comparing the Strategy of TV Health Network and World Health Organization in Increasing Health Literacy

**Mina Nemati Soldaragh**

*PhD Student, Department of Communication Sciences, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

**Afsaneh Mozaffari**<sup>\*1</sup>

*Faculty Member, Department of Communication Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

**Ali Delavar**

*Prof., Department of Measurement and Evaluation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran*

### Abstract

This research has been conducted with the aim of finding commonalities and differences between the performance of Iran's national television and the definition of global health experts in the concept of health literacy using a combined method in both quantitative and qualitative parts of thematic analysis. The data obtained from the observation with the stratified random sampling method in the statistical population of TV health programs with the inductive reasoning method led to the identification of the priority of the physical dimension in the quantitative part. In the qualitative part, we obtained the basic themes and organization, general themes, and the inter-subject communication network. Also, the results of comparing the programs with the definitions of global experts revealed the common points and shortcomings of the programs. Common points include medical care based on the recommendations of doctors and nurses for improvement and treatment, and the use of health information and concepts to reduce risks and prevent diseases and provide concepts. Most prevention programs are dedicated to non-communicable diseases. Among the shortcomings of the programs, we can mention the lack of attention to strengthening active citizenship and the recognition of people's rights as patients, and the lack of attention to informing the audience as consumers of health products and reaching health centers to improve health. Paying attention to health indicators in the programs and comparing it with the opinions of global health experts in order to eliminate deficiencies and deficiencies has been one of the research innovations.

**Keywords:** Strategy, Health TV channel, World Health Organization, health literacy, Comparison.

---

1. Corresponding Author: [afsaneh.mozaffari@gmail.com](mailto:afsaneh.mozaffari@gmail.com)