

بررسی نقش برنامه‌های تلویزیونی بر توسعه سلامت جامعه

افسانه مظفری^۱ / علی مهرگان^۲

تاریخ پذیرش نهایی: اسفند ۹۵

تاریخ دریافت مقاله: بهمن ۹۵

چکیده

سلامتی اصلی‌ترین محور توسعه پایدار هر کشور محسوب می‌شود و همه افراد جامعه نیازمند آموزش مداوم در حیطه‌های مختلف سلامتی می‌باشند. آموزش مستمر با افزایش اطلاعات و آگاهی، زمینه تغییر نگرش را برای همه اعضای جامعه فراهم می‌آورد. تلویزیون به عنوان رسانه‌ای گسترده و پر مخاطب، ابزار قدرتمند و مرجع اصلی اطلاع‌رسانی در اکثر کشورها، نقش برجسته‌ای در توسعه سلامت جامعه ایفا می‌کند و ضروری است برنامه‌های آموزشی آن در راستای اهداف توسعه هر کشور تهیه و تولید گردد. در این مقاله، به بررسی نقش برنامه‌های سلامت محور تلویزیونی بر توسعه سلامت جامعه پرداخته‌ایم؛ و نقش تلویزیون به عنوان پر مخاطب‌ترین رسانه جمعی در توسعه سلامت مورد تحلیل قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: توسعه، سلامت، آموزش، تلویزیون.

۱- استادیار گروه علوم ارتباطات، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک:

dr.afsaneh.mozaffari@gmail.com

۲- دانش‌آموخته دکتری علوم ارتباطات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

مقدمه

حدود ۲۰ درصد منابع آنها طبیعی، فیزیکی یا زیرزمینی است. عکس این حالت نیز در کشورهای توسعه نیافته مشاهده می‌شود که ۸۰ درصد ثروت آنها را منابع طبیعی و حدود ۲۰ درصد را منابع انسانی تشکیل می‌دهند. (مستانی، ۱۳۹۲)

برای هر جامعه‌ای پرورش و حفظ سرمایه‌های انسانی خود، اهمیت بسزایی دارد و تامین و تضمین سلامتی افراد جامعه، جزئی از برنامه توسعه انسانی هر کشور می‌باشد. در حقیقت آشکار شدن نقش سلامتی انسان در رشد و توسعه اقتصادی، موجب شده است که دیدگاه‌های هزینه‌ای در تامین سلامتی انسان به دیدگاه‌های سرمایه‌ای در نیروی انسانی تغییر یابد.

هدف نهایی توسعه انسانی، بهبود رفاه مردم است و از همین رو سلامتی و بهداشت جزئی لاینفک از فرایند توسعه می‌باشند. برخورداری افراد جامعه از امکانات مناسب سلامتی و بهداشت و تلاش جهت بهبود وضعیت سلامتی جسمی و روانی انسان‌ها، زیربنایی اساسی جهت تحقق توسعه انسانی است و پرداختن به مبحث سلامتی و بهداشت، برای همه جوامع توسعه یافته و در حال توسعه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

در این میان، آموزش افراد جامعه در حیطه‌های مرتبط با بهداشت و سلامتی فردی و جمعی یکی از برنامه‌های توسعه‌ای هر کشوری است. انتشار و اشاعه پیام‌های سلامت از طریق آموزش‌های همگانی است که به دنبال تغییر در شرایط و وضعیت اجتماعی است تا رفتاری سالم را مورد تشویق قرار دهد، آگاهی بیافریند، نگرش‌ها را تغییر دهد و افراد را برانگیزد تا به رفتارهای توصیه شده مبادرت ورزند. (شجاعی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۳)

سازمان بهداشت جهانی نیز بر آموزش افراد جامعه در مباحث پیشگیری و درمان تاکید فراوانی دارد. هدف از آموزش، توسعه سلامت، ارتقاء سواد بهداشتی، اتخاذ رفتار سالم و گسترش فرهنگ سلامت در جامعه است. آموزش در حیطه سلامت، از طریق توانمندسازی مردم برای شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و کمک به تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب

توسعه فرایندی است که از ابعاد مختلفی تشکیل شده است و ضروری است که در جریان پیشرفت و توسعه، همه جوانب آن به موازات یکدیگر مورد توجه قرار گیرند. انسان سالم، جامعه سالم و زندگی سالم یکی از اهداف مهم توسعه پایدار است. آنها در محور توسعه انسانی قرار دارند. سلامت نیز از همان ابتدا به عنوان یکی از اصول و پایه‌های توسعه انسانی و توسعه پایدار مورد توجه است. انسانی که از سلامت جسم و روان برخوردار است، امکان بیشتری برای تحقق بخشیدن به استعدادها و شکوفایی خود دارد.

یکی از ابزارهای مهم اطلاع‌رسانی و آموزش در راستای توسعه سلامت و بهداشت جامعه، رسانه‌ها می‌باشند. از میان رسانه‌های گوناگون، تلویزیون با توجه به دسترسی آسان و فراگیر بودن آن، از توانمندی و پتانسیل بیشتری جهت پیشبرد اهداف توسعه‌ای هر جامعه برخوردار است. تهیه و تولید برنامه‌های آموزشی و سرگرمی با رویکرد توسعه بهداشت و سلامتی در تلویزیون باعث می‌شود مخاطبین بیشتری در معرض این پیام‌ها قرار گیرند و زمینه تغییر نگرش و تغییر رفتار افراد جامعه در موضوع سلامتی و بهداشت را بیش از پیش فراهم می‌سازد. تلویزیون به عنوان گسترده‌ترین رسانه جمعی، با تولید و پخش برنامه‌های گوناگون سلامتی در ابعاد جسمی و روانی، معرفی تازه‌ترین نوآوری‌های پزشکی، آموزش جهت تغییر در رفتارهای پرخطر، تولید اطلاعات سلامت، نمایش تصاویر مربوط به سلامت، سبک زندگی، پزشکی، دارو و درمان بیماری، نقش کم‌نظیری در آموزش و افزایش اطلاعات سلامتی افراد جامعه دارد.

بیان مسئله

سرمایه انسانی، نقش کلیدی در فرایند توسعه هر جامعه ایفا می‌کند. بنا به تعریف جدید توسعه یافتگی، ثروت ملل در منابع انسانی آنها نهفته است نه در منابع طبیعی. امروزه کشورهای توسعه یافته محسوب می‌شوند که حدود ۸۰ درصد منابع آنها انسانی و تنها

اهمیت و ضرورت مسئله

سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عبارت است از: «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی». (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۸)

سرمایه سلامت هر فرد به عنوان جزئی از سرمایه انسانی او در رشد اقتصادی سهیم است. سرمایه‌گذاری بر روی نیروی انسانی، سبب افزایش ذخیره دانش و سلامت افراد می‌شود و در نتیجه افزایش بهره‌وری و رشد اقتصادی را در پی دارد. سلامت از طرق مستقیم و غیرمستقیم موجب افزایش تولید می‌گردد. کارگران سالم بیشتر و بهتر از دیگران کار می‌کنند و ذهن خلاق و آماده‌تری دارند. از طرفی بهبود سلامت نیروی انسانی، انگیزه ادامه تحصیل و کسب مهارت‌های بهتر را به دنبال خواهد داشت، زیرا بهبود شرایط بهداشتی، از یک سو جذابیت سرمایه‌گذاری در آموزش و فرصت‌های آموزشی را افزایش خواهد داد و از سوی دیگر با افزایش توانایی یادگیری، افراد را برای ادامه تحصیل و کسب مهارت‌های بیشتر مستعدتر خواهد کرد. (شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، ۱۳۸۸)

امروز بیشتر توسعه یافتگی اجتماعی را بر پایه کیفیت سلامت اعضای اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت و رفاه در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از مردم محروم در برابر عوامل آسیب‌رسان به سلامت مورد دآوری قرار می‌دهند. (عاطفی منش، ۱۳۸۹)

قنبری و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای اثرات تغییر هزینه‌های بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی ایران با استفاده از داده‌های آماری ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ بانک مرکزی ایران و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور نشان دادند که هزینه‌های آموزشی چه در بلند مدت و چه در کوتاه مدت سهم تقریباً ثابتی در افزایش تولید داشته اما افزایش هزینه‌های بهداشتی نقش مهم‌تری در افزایش تولید ایفا کرده است و شوک‌های ناشی از تغییر هزینه‌های بهداشتی بلند مدت، بیشترین تغییرات را بعد از سرمایه فیزیکی در تولید ایجاد خواهد کرد.

رفتار و شیوه زندگی سالم، سعی در توسعه و ارتقاء سلامت جامعه دارد.

رسانه‌ها می‌توانند در قانونی کردن هنجارها و اصول رفتاری، اولویت‌دهی به مسئله درمان یا پیشگیری، آموزش تغییر رفتار سلامت و تغییر سیاست عمومی در حوزه سلامت نقش موثری داشته باشند. (شجاعی زاده و همکاران، ۱۳۹۳) درحقیقت، رسانه‌های جمعی یکی از ابزارهای مهم جهت آموزش و توسعه سلامتی جوامع می‌باشند. تلویزیون به عنوان گسترده‌ترین رسانه جمعی تولید و توزیع اطلاعات و پیام‌ها، تاثیر بسزایی در شکل‌گیری ذهنیت مخاطبان در حیطه‌های مختلف دارد. امروزه، مردم بیشتر اوقات فراغت خود را صرف مشاهده برنامه‌های تلویزیونی می‌کنند. تلویزیون علاوه بر سرگرمی با ارائه برنامه‌های آموزشی در قالب برنامه‌های نمایشی، ترکیبی، خبری، گفتگو محور و مستند، نقش مهمی را در آموزش، جهت توسعه همه جانبه جامعه ایفا می‌کند.

یکی از مباحثی که تلویزیون در توسعه آن بسیار می‌تواند تاثیرگذار باشد، سلامت است. سلامت هر جامعه‌ای در گرو افزایش آگاهی و ارائه پیام‌های ضروری مردم در حیطه‌های مختلف سلامت فردی، روانی و جمعی است. با توجه به این موضوع که بخش عمده‌ای از بیماری‌های شایع در کشورهای درحال توسعه مانند ایران، را بیماری‌های عفونی، بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه، آلودگی‌های محیط زیست و عوامل مربوط به سبک زندگی مانند فشار خون بالا، مصرف دخانیات، کلسترول بالا و چاقی تشکیل می‌دهد. بهترین راهکار پیشگیری و موثرترین روش برای کاهش بیماری‌ها و ارتقاء سلامت، آموزش و در نتیجه بهبود رفتار و سبک زندگی سالم است. از آنجایی که رسانه‌ها علی‌الخصوص تلویزیون مهم‌ترین منبع برای افزایش آگاهی، تغییر نگرش و توسعه رفتارهای بهداشتی به شمار می‌روند، در این مقاله به دنبال پاسخی بر این سوال هستیم، آیا تلویزیون توانسته نقش خود را در ارتقاء سلامت جامعه ایفاء کند؟

- ✓ نقش انتقال تمدن و فرهنگ جوامع
- ✓ نقش سرگرم‌سازی (وردی‌نژاد و بهرامی، ۱۳۸۸)

به طور معمول حضور رسانه‌ها در عرصه‌های گوناگون ناظر بر نقش نظارتی و برگرفته از وظیفه‌ای است که به نیابت از سوی افکار عمومی بر عهده دارند. اما علاوه بر آن، رسانه‌ها با برنامه‌های خود، باورها و دریافت‌های افراد از موضوعات مختلف رامی‌سازند یا بر آنها تاثیر می‌گذارند. موضوعاتی که در حیطه سلامتی از رسانه‌ها به نمایش گذاشته می‌شود، می‌توانند زمینه‌ای جهت تغییر نگرش مخاطبان خود ایجاد نمایند. (لوپتن، ۱۹۹۹) معتقد است که رسانه‌ها علاوه بر شکل دادن به باورها و ادراکات مخاطبان، می‌توانند نزد آنها تولید معنا کنند. سلامت و هرآنچه مرتبط با آن است، بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم است و نوع برخورد هر فرد با سلامتش تا حد زیادی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد و افزایش سواد بهداشتی اقشار مختلف جامعه نیازمند توسعه علمی و منطقی آموزش سلامت در کشور است. ارتقاء سلامت در برگرفته سه فاکتور ذیل می‌باشد: ۱- آموزش سلامت ۲- حفاظت از سلامت ۳- پیشگیری از بیماری.

که بدون برنامه‌ریزی هماهنگ و هم‌زمان و برابر، برای هر یک از این فاکتورها، نمی‌توان به ارتقاء سلامت جامعه امید داشت. لذا بحث توسعه سلامت نیازمند احساس مسئولیت همگانی سازمان‌های مرتبط، مردم و مسئولین می‌باشد. (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۱)

رسانه‌ها از طریق کارکردهای اجتماعی شان می‌توانند عملکرد سازمان‌های اجتماعی تحت تاثیر قرار دهند و به این ترتیب سازمان‌های اجتماعی سلامت محور را ملزم به ایفای نقش در حوزه کاری خودشان کنند. رسانه‌ها هم‌چنین عامل مهم کنترل اجتماعی، عامل اجتماعی کردن، نمادفرهنگ، رهبری افکار عمومی و مبارزه با مشکلات و تخلفات اجتماعی هستند. این کارکردها رسانه‌ها را در یک موقعیت فرهنگی قرار می‌دهد تا تغییر اجتماعی و فرهنگی را ترویج کنند و

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، رسانه‌های جمعی نقش مهمی را در انتشار اطلاعات سلامت به عموم مردم ایفا می‌کنند. رسانه‌ها توانایی انتقال اطلاعات زیادی را به طور مستقیم به منازل و افراد در رابطه با موضوعات سلامت، دارا می‌باشند. این اطلاعات ممکن است از طریق گزارشات خبری، برنامه‌های مستند تلویزیونی، برنامه‌های گفتگو محور و یا نمایش‌های تلویزیونی انتقال یابد.

ردمن، دو مدل آموزش سلامت از طریق رسانه‌های جمعی جهت ارتقاء سلامت جامعه ارائه داده است، که عبارتند از: مدل تاثیر مستقیم و مدل برنامه‌ریزی محیطی رسانه. در مدل اول هدف جلوگیری از رفتارهای ناسالم و ارتقاء رفتارهای مثبت سلامت است. در مقابل مدل برنامه‌ریزی محیطی رسانه، جهت افزایش آگاهی، از یک مشکل سلامت یا دریافت حمایت برای یک سیاست عمومی مرتبط با سلامتی استفاده می‌شود. در بعضی از مشکلات سلامت، از قبیل رانندگی بعد از مصرف الکل، ترکیبی از این دو روش مورد استفاده قرار می‌گیرد. (شجاعی‌زاده و همکاران، ۱۳۷۸) متأسفانه در کشور ما نقش و اهمیت برنامه‌های تلویزیونی در توسعه سلامت جامعه کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. در همین راستا ضروری به نظر می‌رسد که جهت درک بهتر و بیشتر از اهمیت این رسانه پر مخاطب به بررسی تاثیر و نقش آن در توسعه سلامت جامعه بپردازیم.

رسانه‌های جمعی و سلامت

رسانه‌ها جمعی به عنوان پل ارتباطی میان مردم و مسئولان، وظایفی برای خود تعریف کرده‌اند که از آنها می‌توان با نام مسئولیت‌های اجتماعی نام برد. این مسئولیت‌ها بیشتر به وظایف کلی رسانه‌ها باز می‌گردد که طبق تعریف محققان علوم ارتباطی در پنج دسته جای می‌گیرند:

- ✓ نقش نظارتی
- ✓ نقش آموزشی و اطلاع‌رسانی
- ✓ نقش هدایت و راهبری

فعالیت‌های حفاظت از سلامت و سیاست‌های حامی سلامت و بهداشت جامعه تاثیرگذار باشند. تحقق تمامی این آرمان‌ها نیازمند توجه جدی به آموزش سلامت در ساختار بخش سلامت کشور است. (رفیعی فر، ۱۳۸۳)

تلویزیون ایالتی هند، در ابتدا برای آموزش بهداشت و سلامت و کارهای کشاورزی برای روستائیان به وجود آمد. دولت هند از آنها خواسته بود، توسعه سلامت را در محتوای برنامه‌های خود و البته در قالب برنامه‌های عامه پسند و سرگرم کننده بگنجانند تا بهتر توسط مردم دیده شوند و مورد الگو برداری قرار گیرند. به طور مثال برنامه‌های مراقبت از سلامت کودک و طرح خانواده را در قالب‌های احساسی و عامه پسند نمایش دهند تا مردم برای دیدن آنها راغب گردند. (استروبر و همکاران، ۲۰۱۲).

امروزه عمده‌ترین نقشی که رسانه‌های ارتباط جمعی بر عهده دارند، عبارت است از فرهنگ‌سازی، آموزش، اطلاع‌رسانی و ایجاد مشارکت اجتماعی. (دادگران، ۱۳۸۱)

آموزش بیش از هر چیز بر تغییر نگرش تاکید دارد. اطلاعات مناسب و صحیح سهم موثری در تغییر نگرش و ادراک صحیح از موضوعات سلامت ایفا می‌کند. این فرایند در نهایت باید منجر به تغییر رفتار صحیح و مناسب و بطور دائمی در افراد گردد. برای ارتقاء سطح سلامت جامعه، آموزش مستمر و مداوم امری ضروری است. قسمتی از این آموزش‌ها که با هدف رفتار مطلوب و حفظ سلامت انجام می‌شود، آموزش بهداشت یا به بیان دیگر آموزش سلامت نامیده می‌شود.

آموزش سلامت از طریق تلویزیون به دو شیوه مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد. آموزش مستقیم سلامت به شیوه‌ای اطلاق می‌شود که پیام، بی‌واسطه به موضوع بهداشت و سلامتی می‌پردازد و در پی تغییرات رفتاری و اصلاح الگوهای بهداشتی مخاطبین خود می‌باشد. در آموزش مستقیم فرستنده پیام سعی دارد تا مخاطبین خود را نسبت به عوارض و خطرات برخی بیماری‌ها و رفتارهای پر خطر آگاه سازد. در آموزش

ارتقاء دهند و به نوبه خود به تغییر رفتار فردی منتهی سازند. (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۳)

تصاویر، کلام و گفتمان رسانه بر نحوه نگرستن به مسائل، مفاهیم و حتی موجودات انسانی تاثیر می‌گذارد. این که ما به بیماری و فرد بیمار را چگونه بنگریم کاملاً تحت تاثیر قالب و چهارچوبی است که رسانه با کمک آن، بیماری و فرد بیمار را به ما معرفی می‌کند. حتی رسانه می‌تواند ایدئولوژی خود را در چهارچوب‌بندی کردن موضوعات سلامت دخیل سازد یا این که صرفاً در راستای تامین منافع ایدئولوژیک خود به ارائه اطلاعات سلامت بپردازد. بنابراین باید گفت که در این موارد رسانه دیگر ارزش اطلاع‌رسانی یا آگاهی دهی ندارد بلکه صرفاً یک ایدئولوژی خاص را منعکس می‌سازد، یا آن را حفظ و جاودانه می‌کند. اهمیت این مهم باید در برنامه‌های آموزش سلامت و کمپین‌های تبلیغاتی، حمایت رسانه‌ای و حتی فعالیت‌های آموزش سلامت لحاظ شود. (کلین، ۲۰۰۶)

به طور کلی حیطه عملکرد و نقش‌آفرینی رسانه‌ها در ارتباطات سلامت به دو بخش عمده تقسیم می‌شود:

در بخش اول، آگاهی‌بخشی و اطلاع‌رسانی از طریق انتشار مطالب روز، نظیر خبرها و گزارش‌هایی پیرامون اختراعات و اکتشافات، مباحث پزشکی و بهداشتی، حوادث از قبیل سیل و زلزله و بحران‌ها و فجایع انسانی و بروز اپیدمی‌ها و نیز مطالب تحلیلی کارشناسان حوزه بهداشت و سلامتی قرار می‌گیرد که در قالب برنامه‌ها و میزگردهای رسانه‌ای به نیازها و مشکلات بهداشتی جامعه می‌پردازند. در بخش دوم که ساخت و پخش برنامه‌های سرگرم‌کننده است، فیلم‌ها و سریال‌هایی مد نظر هستند که با هدف اطلاع‌رسانی و جلب توجه مخاطب تولید می‌شوند. این برنامه‌ها با معرفی مدل‌ها، منابع اطلاعاتی و نمایش رفتارهای سالم می‌توانند به عنوان عواملی تاثیرگذار در جهت تصمیم‌گیری‌های درست بهداشتی نقش‌آفرینی کنند. (خانیک‌ی و عاطفی‌منش، ۱۳۹۳)

رسانه‌های جمعی می‌توانند روی رفتارها و عادات بهداشتی افراد، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی،

«اقناع گونه‌ای از ارتباطات جمعی است، و افراد زیادی به آن علاقه‌مند هستند. بکار گرفتن متخصصان روابط عمومی در صنایع نیروی انمی برای بی خطر جلوه دادن قدرت انمی و در پی آن متقاعد کردن مردم برای این امر، نوعی اقناع است. این افراد سعی دارند تا از طریق پیام‌های ارتباط جمعی تغییراتی در اشخاص دیگر به وجود آورند». (سورین و تانکار، ۱۳۸۴)

شاید بتوان گفت، مهم‌ترین حوزه استفاده از اقناع در آغاز، حوزه سیاسی بود و سیاستمداران بزودی دریافتند که رسانه‌ها، ابزار مهمی در جهان واقعیت دنیای نو بشمار می‌آیند. آنها درک کردند، تنها حضور محض کافی نیست باید بتوان به اعماق ذهن و قلب انسان‌ها رسوخ کرد، یعنی به حد اقناع رسید. همان‌طور که در آغاز متذکر شدیم، فرآیند اقناع از آغاز مورد توجه اندیشمندان بوده است و هر شخص یا هر سازمان که به تاثیرگذاری ارتباطات انسانی و یا رسانه‌ای توجه نمود، بدان اندیشید.

فنون اقناع

برای اقناع مخاطبین از فنون خاصی باید بهره برد که

در اینجا تعدادی از این فنون مهم بیان می‌گردد

✓ **اعتبار منبع:** یکی از متغیرها در موقعیت ارتباطی که ارتباطگر نوعاً تا اندازه‌ای بر آن کنترل دارد، انتخاب منبع است و از روی قضاوت دوباره مثال‌های متعدد روزانه، در فعالیت‌های ارتباطی این باور گسترده بوجود می‌آید که منبع درست می‌تواند موجب افزایش اثر پیام شما شود. (سورین و تانکار، ۱۳۸۴) برای اعتبار منبع دو فاکتور مطرح می‌شود که عبارتند از تخصص و قابلیت اعتماد. در ابتدا پژوهش‌گران میان این دو جنبه از اعتبار یعنی تخصص و قابلیت اعتماد تمایزی قائل نبودند. مفهوم تخصص یا خبرگی به مراتب بالایی از آگاهی و تجربه در حوزه معینی دلالت دارد و قابلیت اعتماد به میزان صداقت و قابل اعتماد بودن منبع اشاره دارد.

✓ **قابلیت فهم پیام:** هر پیام متقاعدگرایانه پیش از هر چیز باید قابل فهم باشد. هر چقدر پیام مبهم و نا مفهوم باشد پذیرش آن برای مخاطب

غیر مستقیم سلامت، تلویزیون سعی دارد در قالب فیلم، سریال و برنامه‌های سرگرم کننده، ابتدا مخاطب خود را جذب نموده و سپس در بین این برنامه‌ها پیام‌های بهداشتی و سلامتی خود را به صورت غیرمستقیم به مخاطبان ارائه نماید. (کیا و حسن‌پور، ۱۳۹۱)

چارچوب نظری

نظریه اقناع

اقناع از مهم‌ترین مباحث ارتباط رسانه‌ای و انسانی است. چرا که اکثر فعالان این حوزه در پی اقناع مخاطبین خود می‌باشند. چنانچه به منظور قانع نمودن مخاطب، دستگاه‌های عظیم رسانه‌ای بکار آیند و هزینه‌های گزافی را نیز مصرف نمایند، اما به حد اقناع نرسند، به یقین تمامی منابع به هدر رفته است.

ارتباط موفق و موثر آن گونه ارتباطی است که نتیجه دلخواه یعنی اقناع را بدنبال داشته باشد. در این صورت می‌توانیم به آن ارتباط متعالی نیز بگوییم. برای تحقق اقناع رسانه‌ها باید به عمق ذهن انسان‌ها از سوئی و ژرفای دل انسان‌ها از سوی دیگر دست یابند. یعنی پیام‌شان عقلاً فهمیده و پذیرفته شود و سپس بعد عاطفی یابد و به دل نشیند، یا باید در جهت تامین اهداف غائی اقناع، پیام یا پیام‌های انتقال یافته در دل و ذهن آدمیان بماند.

من پیامی می‌فرستم و مخاطبین با دریافت این پیام سه نوع واکنش می‌توانند داشته باشند: رد و نفی، بی‌تفاوتی و خنثی، پذیرش و رضایت‌مندی، در حالتی که پذیرش و رضایت‌مندی در مخاطب شکل گرفته باشد می‌توان ادعا نمود که عمل اقناع صورت گرفته است. در اقناع ما به دنبال این هستیم که مخاطب خود را به امری ترغیب کنیم. ترغیب عبارت است از: تمهیدپردازی و آماده‌سازی، انگیزه‌سازی و برانگیختن مخاطبین در راستای محقق ساختن اهداف عمدتاً تبلیغی. (متولی، ۱۳۸۴)

سورین و تانکار، در اثر معروفشان «نظریه‌های ارتباطات»، اقناع را چنین تعریف می‌کنند:

پیام: آنچه گفته می‌شود و چگونه گفته می‌شود. محتوا و شکل یک پیام می‌تواند بر واکنش مخاطب تاثیر بگذارد. برای مثال، استفاده از ترس یا طنز در انتقال یک پیام واحد می‌تواند باعث ایجاد واکنش‌های متفاوت در مخاطبین متفاوت شود. ملاحظات عملی مانند طول پیام، شکل پیام و تن صدا نیز از ویژگی‌های پیام محسوب می‌شوند.

کانال: رسانه‌ای که از طریق آن یک پیام ارسال می‌شود. این رسانه‌ها شامل تلویزیون، رادیو، روزنامه، پست و اخیراً ارتباطات الکترونیک باشد. مواردی که باید در مورد کانال در نظر گرفته شود، شامل پوشش بالقوه رسانه، هزینه استفاده از رسانه، تفاوت میزان پیچیدگی پیام است که می‌توان به وسیله رسانه‌های مختلف منتقل نمود.

گیرنده پیام: مخاطب مورد نظر پیام جهت انطباق پیام مناسب به کانال مناسب از منبع مناسب، جنسیت، سن، نژاد، نگرش‌ها و رفتارهای مربوط به موضوع، میزان استفاده از رسانه در جامعه هدف، همه موارد مهمی هستند که باید مورد نظر قرار گیرند.

مقصد: نتیجه مطلوب مورد نظر از ارتباط، این نتیجه می‌تواند شامل تغییر در نگرش‌ها اعتقادات یا تغییرات رفتاری باشد.

این الگو می‌تواند در تهیه چارچوب مفهومی و طراحی راهکارهای ارتباط جمعی بسیار مفید باشد. مثلاً برای پررنگ کردن مسائل مربوط به سلامت مردان، باید منبع پیام کسی باشد که مورد احترام مردان در معرض خطر آن مشکل بهداشتی خاص باشد و این مردان بتوانند او را بشناسند. پیام باید به صورت قابل قبولی نشان داده شود. مثلاً از طنز برای نشان دادن موقعیت‌هایی که آنها در آن قرار می‌گیرند، استفاده شود. پیام باید از طریق رسانه‌هایی منتقل شود که این مردان از آنها استفاده می‌نمایند. همچنین باید مشخص شود چه پیامی به وسیله تلویزیون و چه پیام‌هایی به وسیله رسانه‌های چاپی و یا از طریق تبلیغات منتقل شود. باید مشخص شود که چه کسانی گروه مخاطبین را تشکیل می‌دهند.

سخت‌تر است. لذا باید پیام واضح و روشن و بدور از هرگونه ابهام بیان شود. طبیعی است پیامی را که نفهمیم، نمی‌توانیم به آن‌باندیشیم.

✓ **جاذبه ترس:** روش معمول دیگر در ارتباط جمعی تهدید کردن یا ایجاد ترس در مخاطب است. توسل به ترس شدید می‌تواند منجر به افزایش تغییر نگرش شود. (سورین و تانکار، ۱۳۸۴) لازم به ذکر است که استفاده از جاذبه ترس کاری ظریف و دشوار است و استفاده نا بجا از آن می‌تواند اثر معکوس یا خنثی داشته باشد. در بسیاری از تبلیغ‌های پزشکی در مورد بیماری ایدز یا بیماری‌های قلبی و عروقی ناشی از استعمال دخانیات از جاذبه ترس استفاده می‌شود.

✓ **تکرار و تنوع پیام:** خیلی از پیام‌های ارتباط جمعی، بویژه تبلیغات تجاری یا سیاسی، به طور گسترده تکرار می‌شوند. این که چرا این روش مناسب است چند دلیل دارد. تمام مخاطبین در یک زمان تلویزیون تماشا نمی‌کنند، تمام خوانندگان یک مورد تبلیغ چاپ را نخواهند دید و تمامی شنوندگان آنرا به یک باره نمی‌شنوند. اگر تبلیغات بطور مستمر عرضه نشود به سرعت فراموش خواهند شد. هم‌چنین تکرار پیام می‌تواند به یادگیری نگرش‌ها و معنای عاطفی کلمات کمک کند. (سورین و تانکار، ۱۳۸۴)

الگوی تغییر رفتاری - ارتباطی

الگوی تغییر رفتاری - ارتباطی به وسیله مک گوئیبر جهت هدایت تبلیغات آموزش عمومی طراحی شده است. این الگو بر اساس درون داده‌ها و برون داده‌ایی استوار است که برای تاثیرگذاری بر نگرش‌ها و رفتارها طراحی شده است.

مک گوئیبر پنج درون داد ارتباطی را در نظر گرفته که عبارتند از:

منبع: شخص، گروه یا سازمانی که تصور می‌شود یک پیام از آنها ارسال شده باشد، منبع می‌تواند بر اعتبار، شفافیت و ارتباط پیام تاثیر بگذارد.

این درون دادها و برون دادها را می‌توان به صورت یک ماتریکس در کنار قرار داد تا نشان داده شود که تغییر درون دادها وابسته به برون دادهای مورد نظر است. منابع پیام‌ها و کانال‌های مختلفی برای دست یافتن به گیرنده‌های مختلف و کسب برون دادهای متفاوت لازم است.

الگوی رفتاری - ارتباطی نشان می‌دهد که طراحی تبلیغات عمومی ارتباطی با هدف دستیابی به تغییر رفتار پایدار، چقدر مشکل است. این الگو جارچوب بسیار عالی فراهم می‌کند تا در طراحی یک تبلیغ عمومی همه مسائل مهم مورد توجه قرار گیرد. گرچه بسیاری از مداخلات مهم در سطح جامعه (مانند اولین برنامه مداخله‌ای دانشگاه استنفورد در سه شهر آمریکا با هدف کاهش خطر بیماری قلبی در جامعه) بر اساس این الگو بوده‌اند، تجارب فزاینده در کاربرد رسانه‌های جمعی برای ارتباط با جامعه، درک بهتری از مزایا و محدودیت‌های تبلیغات رسانه‌ای از نظر هزینه، دسترسی و تاثیر فراهم کرده است. امروزه تبلیغات رسانه‌ای به وفور برای تاثیر گذاشتن بر دانش عمومی نگرش‌ها و عقاید مورد استفاده قرار می‌گیرد و به عنوان بخشی از راهکار جامع که ارتباطات جمعی را در بطن مداخلات وسیع‌تر قرار می‌دهد، در نظر گرفته می‌شود. (نات بییم و هریس، ۱۳۸۸)

سوالات پژوهش

- ۱- آیا برنامه‌های سلامت محور تلویزیون توانسته‌اند اطلاعات سلامتی به مخاطبین ارائه دهند؟
- ۲- آیا برنامه‌های سلامت محور تلویزیون توانسته‌اند سبب تغییر نگرش بهداشت و سلامت در مخاطبین شوند؟
- ۳- آیا برنامه‌های سلامت محور تلویزیون توانسته‌اند سبب تغییر رفتار و عملکرد بهداشتی و سلامتی مخاطبین شوند؟

آیا همه آنها مرد هستند؟ چه زیرگروه‌هایی در این گروه مخاطب وجود دارد؟ چقدر دیگران مثل همسر و والدین در ایجاد تغییر مهم هستند؟ راهکار ارتباطی به دنبال چه هدفی است؟

الگوی تغییر رفتاری - ارتباطی هم‌چنین یک سلسله وقایع ۱۲ مرحله‌ای را تعریف می‌کند که برون دادهای یک ارتباط را نشان می‌دهد و ارتباطی بین مواجهه اولیه با یک پیام و تغییر درازمدت در رفتار برقرار می‌کند.

این مراحل عبارتند از:

- مواجهه
- توجه
- علاقه
- درک
- کسب مهارت
- تغییر نگرش
- حفظ کردن
- به خاطر آوردن
- تصمیم‌گیری
- تغییر رفتار
- تقویت
- نگهداری

این قدم‌های ۱۲ گانه نشان می‌دهد که برای یک راهکار موثر، پیام به دقت طراحی و از طرق یک کانال مناسب جهت رسیدن به مخاطب مورد نظر فرستاده شود. مخاطبین مورد نظر باید با پیام مواجه شوند (در معرض پیام قرار گیرند) به پیام توجه کنند و آن را درک کنند. حتی اگر پیام به این مرحله رسیده باشد، هنوز هشت قدم دیگر تا رسیدن به تغییر رفتار باقی است.

وقتی پیام به وسیله یک فرد درک شد، پیام باید تمایلی برای تغییر در فرد ایجاد کند و باعث تغییر نگرش در فرد شود که تا رسیدن زمان مناسب برای اقدام از سوی گیرنده، این تغییر دوام یابد. وقتی برای تغییر تصمیم گرفته و اقدام شد، این رفتار جدید نیاز به تقویت دارد تا دائمی و پایدار شود.

روش پژوهش

در این پژوهش، از روش کیو برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. پژوهش‌گران، روش کیو را پیوند بین روش‌های کیفی و کمی می‌دانند زیرا از یک سو، انتخاب مشارکت‌کنندگان از طریق روش‌های نمونه‌گیری احتمالی صورت نمی‌گیرد بلکه نمونه افراد به طور هدفمند و با اندازه‌ای کوچک انتخاب می‌شود که آن را به روش کیفی نزدیک می‌سازد و از سوی دیگر، یافته‌ها از طریق تحلیل عاملی و به صورت کاملاً کمی به دست می‌آیند. هم‌چنین به دلیل شیوه گردآوری داده‌ها (مرتب‌سازی)، عمیق‌تر می‌توان از ذهنیت مشارکت‌کنندگان آگاه شد. تفاوت اصلی روش کیو با سایر روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی در این است که در روش‌شناسی کیو، به جای متغیرها، افراد تحلیل می‌شوند.

روش کیو از پنج فاز تشکیل شده است. در فاز اول با مطالعات کتابخانه‌ای، ادبیات تحقیق بررسی شده و پیش زمینه انجام فازهای بعدی فراهم می‌آید. محقق با انجام فاز اول نسبت به موضوع شناخت عمیقی می‌یابد. در فاز دوم با استفاده از مصاحبه و بررسی اسناد و مدارک، اطلاعات تکمیلی در خصوص مسائل مرتبط با تحقیق بدست می‌آید. نتایج فاز اول و دوم فضای گفتمان را تشکیل می‌دهد. فاز سوم باید با ارزیابی و جمع‌بندی محتویات فضای گفتمان و موضوع پژوهش، نمونه‌ای از عبارات (گویه‌ها) انتخاب می‌گردد. مکثون و توماس تعدادی بین ۳۰ تا ۱۰۰ عبارت (گویه) را برای نمونه کیو پیشنهاد کرده‌اند، ولی معمولاً تعدادی بین ۵۰ تا ۷۰ عبارت انتخاب می‌شود. داور معتقد است تعداد مناسب عبارت برای آنکه یافته‌ها دارای اعتبار آماری باشند، بین ۲۰ تا ۶۰ عبارت است. در فاز چهارم مشارکت‌کنندگان به مرتب‌سازی و دسته‌بندی کارت‌های دسته کیو (Q deck) خواهند پرداخت. در حقیقت، این فاز، مرحله گردآوری داده‌هاست. نهایتاً در فاز آخر، به تحلیل داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل عاملی کیو و تفسیر عامل‌های استخراج شده پرداخته می‌شود. (خوشگویان فرد، ۱۳۸۶)

در مطالعات کمی، جامعه‌ای وجود دارد که نتایج مطالعه در آن سطح به کار می‌روند و دارای نمونه‌ای است که با روش تصادفی انتخاب می‌شود و عموماً نمونه معرف آن جامعه است. ولی در روش کیو، پژوهش‌گر، نمونه‌گیری را از میان کسانی انتخاب می‌کند که ارتباط خاصی با موضوع تحقیق دارند و یا دارای عقاید ویژه‌ای هستند.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شده است. در روش گلوله برفی «محقق از اولین شرکت‌کنندگان که معمولاً به روش آسان، در دسترس، انتخاب شده‌اند می‌خواهد که اگر افراد دیگری را می‌شناسند که در زمینه مورد بررسی دارای تجربیات و دیدگاه‌هایی هستند برای شرکت در مطالعه معرفی نمایند». (ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵)

برای انتخاب افراد مصاحبه شونده ابتدا فهرستی از صاحب‌نظران و اساتید توسعه، مدیران شبکه‌های تلویزیونی، مدیران گروه‌های برنامه‌ساز تلویزیون و تهیه‌کنندگان برنامه‌های سلامت محور، تهیه گردید. از بین لیست هسته اولیه‌ای انتخاب و از میان آنها، اولین مصاحبه با عنوان «مطلع‌ترین فرد» انجام شد. پس از آن با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی کار مصاحبه‌ها ادامه یافت. در مواردی که مصاحبه‌شونده، چندین نفر را برای مصاحبه بعدی پیشنهاد می‌دادند، انتخاب نفر بعدی برای مصاحبه، با مشورت استاد راهنما انجام شد. گروه نمونه این پژوهش ۱۲ نفر می‌باشد که از این ۱۲ نفر، ۲ نفر استاد دانشگاه در حوزه توسعه، ۲ نفر مدیر شبکه سراسری تلویزیون، ۲ نفر مدیر گروه تلویزیونی، ۲ نفر مجری برنامه‌های سلامت محور، ۲ نفر مجری برنامه‌های ورزشی و ۲ نفر تهیه‌کننده برنامه‌های شاخص سلامت محور تلویزیون می‌باشند.

در این پژوهش، عبارات یا همان گویه‌های روش کیو، با استفاده از مطالعات اسنادی، تحلیل برخی از برنامه‌های سلامت محور تلویزیون، مصاحبه با برخی پزشکان و کارشناسان برنامه‌های سلامت محور جمع‌آوری شد و از میان آنها ۴۰ گویه جهت انجام مصاحبه انتخاب گردید.

تجزیه و تحلیل

بعد از تدوین سوالات و توزیع آن به روش R، محقق به کمک تحلیل عاملی به دنبال بررسی داده‌های بدست آمده به منظور کشف و شناسایی شاخص‌ها و نیز روابط بین آنهاست. در اینجا و با توجه به این که از پیش مدل معینی وجود ندارد محقق از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرده است. در واقع تحلیل اکتشافی وقتی به کار می‌رود که پژوهشگر شواهد کافی قبلی و پیش تجربی برای تشکیل فرضیه درباره تعداد عامل‌های زیربنایی داده‌ها نداشته و به واقع مایل باشد درباره تعیین تعداد یا ماهیت عامل‌هایی که هم‌پراشی بین متغیرها را توجیه می‌کنند داده‌ها را بکاود.

در مرحله اول به بررسی شکل داده‌ها و مناسب بودن آنها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی پرداخته می‌شود. دو مشخصه عمده در بررسی امکان‌پذیری تحلیل عاملی، شاخص کفایت داده و آزمون بارتلت می‌باشد. شاخص کفایت نمونه‌گیری (KMO) نشان‌دهنده آن است که آیا نمونه انتخاب شده از کفایت لازم (انتخاب مناسب و با کیفیت معرف‌ها یا متغیرهای آشکار و نه کافی بودن اندازه نمونه) برخوردار است یا خیر. هر چه اندازه شاخص KMO به ۱ نزدیک‌تر باشد، «کفایت نمونه‌گیری» بهتری در انتخاب معرف‌ها (متغیرهای آشکار) وجود داشته است. نقطه برش اندازه شاخص KMO برای «کفایت نمونه‌گیری» ۰/۶ بیان شده است یعنی اگر شاخص KMO بالاتر از ۰/۷ باشد، ملاک «کفایت نمونه‌گیری» برآورد شده است و اگر پایین‌تر از ۰/۶ باشد به این معنی است که ملاک «کفایت نمونه‌گیری» برآورد نشده است.

همچنین برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی مبنی بر این که ماتریس همبستگی‌هایی که پایه تحلیل عاملی قرار می‌گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، باید از آزمون بارتلت استفاده کرد. آزمون بارتلت این فرضیه را که ماتریس همبستگی‌های مشاهده شده، متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای ناپسته است، می‌آزماید. برای آن که مدل عاملی، مفید و دارای

معنا باشد، لازم است متغیرها همبسته باشند، در غیر این صورت دلیلی برای تبیین مدل عاملی وجود ندارد. با انجام این آزمون و با توجه به پایین بودن شاخص KMO، محقق اقدام به حذف سوالات با پایین‌ترین مقدار واریانس را به ترتیب انجام داد تا حداقل مقدار شاخص KMO به ۰/۷ و شاخص بارتلت در حد معناداری قرار بگیرد. بدین ترتیب محقق مجبور شد در ۳ مرحله و به ترتیب به حذف سوالات ۱۶، ۳۱ و ۳۲ پرداخته و بعد از هر حذف مجدداً به بررسی شاخص‌های کفایت نمونه‌برداری و ضریب بارتلت بپردازد. بعد از حذف سوال سوم این دو شاخص مجدداً مورد بررسی قرار گرفت. (جدول ۱)

از آنجا که شاخص کفایت نمونه بیشتر از ۰/۷ می‌باشد، لذا شاخص KMO کافی به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به این که سطح معناداری بدست آمده (۰/۰۰) در آزمون بارتلت کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا میزان نمونه‌گیری کافی بنظر می‌رسد. پس از اطمینان از توانایی انجام تحلیل اکتشافی، فرایند تحلیل آغاز شد. تحلیل اکتشافی با شیوه تحلیل مولفه‌های اصلی و با استفاده از چرخش واریماکس انجام شد. (جدول ۲)

در جدول ۲ و با بررسی تحلیل مولفه‌های اصلی، ۵ مولفه شناسایی شده است که تنها در ۳ مولفه اول ارزش ویژه بالاتر از ۱ می‌باشد لذا در بخش درصد تبیین واریانس به عنوان عامل‌های موثر معرفی شدند (در بخش درصد تبیین واریانس مقداری که هر عامل یا مولفه قادر است معرف متغیر باشد را نشان می‌دهد) (در بخش درصد واریانس تراکمی حداقل مقدار باید ۵۰ درصد باشد). لذا این آزمون مدعی وجود ۳ مولفه مستقل از یکدیگر است. در پایان نیز با استفاده از چرخش وریماکس بارهای عاملی هر سوال برای هر سه مولفه معلوم می‌شود. آن مولفه‌ای که بالاترین مقدار بار عاملی یک سوال را داشته باشد، می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که سوال مربوط به آن مولفه است. با این توضیح سوالات هر سه مولفه با توجه به مقدار بار عاملی بدست آمده است. (جدول ۳)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها پژوهش حاکی از آن است که تلویزیون توانسته نقش موثری در بالا بردن اطلاعات و آگاهی مخاطبان خود در حیطه سلامتی ایفا کند. با توجه به این امر که دسترسی به پزشک، خصوصاً پزشکان متخصص در مناطق محروم میسر نمی‌باشد، به نظر می‌رسد تولید برنامه‌های سلامت محور، می‌تواند این شکاف آگاهی را کاهش دهد. طبق یافته‌ها، تکرار و تنوع پیام‌های سلامتی سبب افزایش توجه به پیام می‌گردد و پیام در ذهن مخاطب بهتر جای می‌گیرد. مونتگمری (۱۹۹۰) نیز معتقد است، تکرار و تنوع پیام باعث می‌شود که موضوع پیام هر چه بیشتر و بهتر در ذهن مخاطب جای گیرد. تکرار و تنوع پیام‌های بهداشتی و سلامت محور سبب می‌شوند تا مخاطبین به طور مداوم در معرض پیام‌های سلامتی قرار گرفته و نسبت به دریافت آنها حساسیت بالایی داشته باشند.

یافته‌های پژوهش هم‌چنین نشان می‌دهند که برنامه‌های تلویزیونی سلامت محور علی‌رغم افزایش اطلاعات سلامتی در مبحث تغییر نگرش مخاطب نقش متوسطی داشته است. به نظر می‌رسد که پیام‌های سلامتی نتوانسته در ذهن مخاطب نهادینه گردد. مک‌گراس (۱۹۹۵) ارتباط دوسویه را جهت نهادینه کردن یک پیام در ذهن مخاطب ضروری قلمداد می‌کند. از اینرو برنامه‌های تلویزیونی سلامت محور که با مخاطبین خود (خصوصاً بیماران) ارتباط دوسویه برقرار می‌کنند، می‌توانند پیام‌های خود را به شکل موثرتری انتقال دهند. برای نیل به این ارتباط دوسویه می‌توان از فناوری‌های نوین ارتباطی سود جست و با پاسخ‌گویی به سوالات مخاطبین و مشارکت هر چه بیشتر آنها می‌توان در پیشگیری، درمان و توسعه بهداشت و سلامت جامعه گام‌های موثری را برداشت.

او هم‌چنین معتقد است، پیام‌ها هرچه بیشتر بتوانند با مخاطبان خود همدلی کنند، تاثیر بیشتری بر روی آنها خواهند داشت. از اینرو به نظر می‌رسد که اگر پیام‌های بهداشتی و سلامت محور در قالبی همدلانه تهیه و تولید گردند، در ذهن مخاطب اثرگذارترند. از نظر ایگر

با توجه به سوالات مربوط به هر مولفه و هم‌چنین بررسی مبانی نظری می‌توان مدعی شد که برای تلویزیون ۳ دسته نقش متفاوت می‌توان قائل شد که عبارتند از: تغییر در آگاهی (مولفه اول)، نگرش (مولفه دوم) و عملکرد (مولفه سوم).

با توجه به تحلیل عاملی اکتشافی می‌توان مدعی شد که تاثیر رسانه بر توسعه بهداشت و سلامت جامعه از سه بعد باید مورد بررسی قرار بگیرد که میزان تبیین واریانس بدست آمده ۵۰/۹۷ است.

بعد از بررسی و شناسایی چگونگی تاثیر رسانه بر توسعه بهداشت و سلامت جامعه، اینک محقق قصد دارد تا به بررسی جایگاه هر یک از این عوامل در رسانه ملی (تلویزیون) بپردازد. برای این کار محقق از آزمون مقایسه میانگین یک جامعه استفاده نمود و نتایج حاصل از این آزمون مطابق جدول ذیل بدست آمد:

با توجه به نتایج جدول فوق که در آن ضریب خطای محاسبه شده (sig) در خصوص آگاهی و عملکرد کمتر از خطای استاندارد (۰/۰۵) می‌باشد، لذا در خصوص این متغیرها فرضیه H_0 رد می‌گردد. به عبارت دیگر تلویزیون نقش آگاهی رسانی و تغییر در عملکرد مخاطبین را در حد متوسط انجام نداده است. از طرفی با توجه به میانگین بالاتر از ۳ در خصوص آگاهی، می‌توان مدعی شد که تلویزیون نقش آگاهی رسانی خود را در توسعه بهداشت و سلامت جامعه به خوبی و بالاتر از حد متوسط ایفا کرده است. (جدول ۴)

از طرفی با توجه به میانگین کمتر از ۳ در خصوص عملکرد، می‌توان مدعی شد که با اطمینان ۹۵٪ تلویزیون نقش تغییر در عملکرد مخاطبین خود را به طور مناسبی انجام نداده است (کمتر از حد متوسط). این در حالی است که با توجه به خطای محاسبه شده نگرش (۰/۴۳) نسبت به خطای استاندارد (۰/۰۵)، شواهدی برای رد فرضیه H_0 وجود ندارد. به عبارت دیگر تلویزیون در حد متوسطی نقش خود را در ایجاد نگرش درست در خصوص توسعه بهداشت و سلامت جامعه ایفا کرده است.

ساعات کم مخاطب صبح قرار دارند و مخاطب کمتری در جریان پیام‌ها و فرایند توسعه بهداشت قرار می‌گیرد. به همین منظور پخش برنامه‌های سلامت محور عصرگاهی و شامگاهی می‌تواند کمک مهمی به توسعه سلامت و بهداشت افراد نماید. شبکه تلویزیونی سلامت نیز به عنوان یک شبکه ۲۴ ساعته با پخش دیجیتال بر روی ستاب باکس قرار دارد و نمی‌تواند به همه مخاطبین خود دسترسی داشته باشد؛ زیرا بسیاری از مخاطبین آن در مناطق محروم قرار دارند که از دسترسی به پزشک و آموزش سلامت محروم هستند و در بیشتر این مناطق آنتن دهی و پوشش تصویری ستاب باکس با مشکل مواجه است و یا این که آنها قدرت خرید تلویزیون دیجیتال یا مبدل ستاب باکس را ندارند. به همین منظور بهتر است این شبکه بعنوان یک شبکه سراسری و با پوشش گسترده در اختیار عموم مردم جامعه قرار گیرد.

(۱۹۹۳) نیز برای تاثیرگذاری یک پیام بر روی مخاطب، باید خرده فرهنگ‌ها و ارزش‌های جامعه نیز در نظر گرفته شود. هرچه پیام به خرده فرهنگ‌های مخاطبین نزدیک‌تر باشد، امکان تاثیرگذاری پیام بر روی مخاطبان بالاتر است.

بر اساس یافته‌های پژوهش برنامه‌های تلویزیون نتوانسته سبب تغییر عملکرد مخاطبان در حوزه سلامت گردد. بر اساس مدل الگوی تغییر رفتاری ۱۲ مرحله‌ای مک گوایر باید گفت که برنامه‌های سلامت تلویزیون تا نیمی از مراحل اثرگذاری پیام موثر بوده‌اند ولی در مراحل توجه، نگهداری، تغییر رفتار ناشی از پیام، برنامه‌ریزی موثری نداشته‌اند.

به نظر می‌رسد، یکی از دلایلی که تلویزیون نتوانسته در امر اطلاع‌رسانی و تغییر نگرش مخاطبین خود موفق شود، زمان پخش برنامه‌های سلامت محور است. جدول پخش برنامه‌های سلامت محور عمدتاً در

جدول ۱ - بررسی شکل داده‌ها و مناسب بودن آنها

۰/۸۲	شاخص کفایت نمونه (KMO)
۱۲۰۴/۷۴	بارتلت
۰/۰۰	سطح معناداری

جدول ۲ - بررسی تحلیل مولفه‌های اصلی

مولفه‌ها	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد واریانس تراکمی
۱	۴/۴۴	۳۰/۱۹	۳۰/۱۹
۲	۲/۷۲	۱۲/۴۰	۴۲/۶۰
۳	۱/۸۴	۸/۳۷	۵۰/۹۷
۴	۰/۳۲		
۵	۰/۱۸		

جدول ۳ - نتایج حاصل از چرخش وریماکس

مولفه سوم	مولفه دوم	مولفه اول	
		۰/۸۴	سوال ۱
		۰/۷۹	سوال ۵
		۰/۶۴	سوال ۱۰
		۰/۸۸	سوال ۱۱
		۰/۸۰	سوال ۱۴
		۰/۵۴	سوال ۱۵
		۰/۴۲	سوال ۱۷
		۰/۶۶	سوال ۲۱
		۰/۵۰	سوال ۲۴
		۰/۴۸	سوال ۲۵
		۰/۳۹	سوال ۲۶
		۰/۷۳	سوال ۲۹
		۰/۷۵	سوال ۳۳
		۰/۵۲	سوال ۳۵
		۰/۶۸	سوال ۳۶
		۰/۹۰	سوال ۳۷
		۰/۸۱	سوال ۳۸
	۰/۵۶		سوال ۶
	۰/۷۴		سوال ۷
	۰/۴۶		سوال ۱۲
	۰/۸۷		سوال ۱۳
	۰/۸۹		سوال ۱۸

	۰/۶۵		سوال ۱۹
	۰/۶۶		سوال ۲۳
	۰/۳۹		سوال ۲۷
	۰/۵۶		سوال ۲۸
	۰/۷۸		سوال ۳۰
	۰/۵۹		سوال ۳۹
۰/۶۹			سوال ۲
۰/۷۶			سوال ۳
۰/۴۷			سوال ۴
۰/۴۱			سوال ۸
۰/۶۸			سوال ۹
۰/۷۷			سوال ۲۰
۰/۷۱			سوال ۲۲
۰/۸۵			سوال ۳۴
۰/۵۰			سوال ۴۰

جدول ۴ - جدول میانگین و خطای محاسبه شده

خطای محاسبه شده	میانگین	نقش تلویزیون
۰/۰۰	۴/۱۱	آگاهی
۰/۴۳	۳/۰۲	نگرش
۰/۰۰	۲/۷۱	عملکرد

فهرست منابع

- کیاء، علی اصغر، حسین پور، جعفر (۱۳۹۱). نقش رسانه‌ها در توسعه سلامت و رفاه اجتماعی، مجله فرهنگ و رسانه. شماره ۲.
- متولی، کاظم (۱۳۸۴). افکار عمومی و شیوه‌های اقناع. تهران. انتشارات: بهجت.
- مستانی، حمیدرضا (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی تبلیغات سلامت سیما از دیدگاه صاحب نظران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.
- نات بیم‌دان، هریس، الیزابت (۱۳۸۸). نگاهی بر تئوری‌های ارتقاء سلامت. ترجمه نسترن کشاورز محمدی. تهران. نشر: تحفه.
- وردی‌نژاد، فریدون و بهرامی‌رشتیانی، شهلا (۱۳۸۸). مدیریت بحران و رسانه‌ها. تهران. انتشارات: سمت.
- Egger, G. Donovan, R. Spark, R (1993). Health and the media: Principles and practices for health promotion. McGraw-Hill.
- Global Health Survey (2011). Experience & Perception in 28 countries. International Research Institutes. Retrieved October 18, 2012 from <http://dynamic-search.com.my/wp-content/uploads/2012/02/IRIS-Global-Health-Survey-Final.pdf>
- Lupton, D (1999). Editorial: Health, illness and medicine in the media. Health, 3(3), 259-262.
- Kline, K (2006). A decade of research on health content in the media: The focus on health challenges and sociocultural context and attendant informational and ideological problems. Journal of Health Communication, 11, 43-59.
- Maibach, EW & Parrott, RL (1995). Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice. Sage Publications
- McGrath, JOHN (1995). The Gatekeeping Process. Designing health messages: Approaches from
- ارنسون، الیوت (۱۳۷۱). روانشناسی اجتماعی. ترجمه حسن شکر شکن. تهران. انتشارات: رشد.
- ایورکی، دیویس (۱۳۷۳). مدیریت یادگیری. ترجمه داریوش نوذری و محمد حسین امیر تیموری. تهران. انتشارات: راه گشا.
- چاندارن، راما (۱۳۷۴). آموزش بهداشت. ترجمه فروغ شفیعی. تهران. نشر: دانشگاه تهران.
- حاتمی، حسین (۱۳۹۱). کتب جامع بهداشت عمومی. جلد اول. تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- خانیک، هادی، عاطفی منش، روشنک (۱۳۹۳). ارتباطات سلامت؛ زمینه‌ها و دورنمای آن در توسعه. وب سایت شخصی دکتر هادی خانیک.
- خوشگویانفرد، علیرضا (۱۳۸۶). روش شناسی کیو، تهران. مرکز تحقیقات صدا و سیما.
- دادگران، سید محمد (۱۳۸۱). مبانی ارتباط جمعی. تهران. نشر: فیروزه.
- رفیعی فر، شهرام (۱۳۸۳). از آموزش سلامت تا سلامت. تهران. اداره ارتباطات سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت و آموزش پزشکی (۱۳۸۸). سلامت در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی. تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- شجاعی‌زاده، داود، شاحمدی، فرامرز، روحانی، حسین (۱۳۹۳). ارتباط در سلامت از تئوری تا عمل. شیراز. انتشارات: دانشگاه علوم پزشکی.
- صفاری، محسن، شجاعی‌زاده، داود (۱۳۸۷). اصول و مبانی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. تهران. انتشارات: سماط.
- قنبری، باسحا (۱۳۸۷). بررسی اثرات تغییر هزینه بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی ایران (۱۳۸۳-۱۳۳۸). مجله تحقیقات اقتصادی. شماره ۸۳.
- عاطفی منش، روشنک (۱۳۸۹). بررسی دیدگاه دانشجویان آموزش بهداشت نسبت به ارتباطات سلامت و تلویزیون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- کاپلان، هرولد، سادوک، ویرجینیا، سادوک بنجامین جیمز (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی. علوم رفتاری - روانشناسی بالینی. ترجمه نصرت‌اله پورافکاری. تهران. آینده سازان.

communication theory and public health practice, 199.

Montgomery, KC (1990). Promoting health through entertainment television. Mass communication and public health: Complexities and conflicts, 114-128.

Straubhaar, J and Davenport, L (2012). Media now: understanding Media, Culture and Technology. Seventh Edition, Wadsworth, Boston, USA.