

بررسی پوشش خبری «ارتقای سلامت» در خبرگزاری‌های ایسنا، تسنیم و مهر

ثریا احمدی^۱، فریبا المظهری^۲، منصور ساعی^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۲۳، تاریخ تایید: ۹۸/۱/۱۸

چکیده

خبرگزاری‌ها یکی از منابع دریافت اطلاعات و اخبار سلامت در کشور ما به‌شمار می‌روند. با این حال، مطالعه‌ای که موضوع ارتباطات سلامت را در این رسانه بررسی کرده باشد، کمتر دیده شده است. «ارتباطات سلامت» هنر و تکنیک اطلاع‌رسانی، تأثیر و ترغیب افراد، نهادها و مخاطبان عمومی در مورد موضوعات مهم سلامت‌محور است. این مقاله، با هدف شناخت رویکرد سه خبرگزاری ایسنا، مهر و تسنیم در پرداختن به موضوع «ارتقای سلامت» و «شناخت قالب پیام‌های سلامت» در پوشش موضوعات سلامت محور تدوین شده است. برای مطالعه از نظریه‌های برجسته‌سازی، چارچوب‌بندی و الگوی ارتقای سلامت تانهیل که محدوده‌های ارتقای سلامت را به تصویر می‌کشد با روش تحلیل محتوای مقوله‌ای استفاده شد و ۵۰۷ مطلب سلامت‌محور خبرگزاری‌های مورد بررسی، طی بازه زمانی اردیبهشت ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ بررسی شد. یافته‌ها نشان داد از میان موضوعات مختلف سلامت، خبرگزاری‌ها موضوع «منافع مرتبط با سلامت مثل تغذیه مناسب، ورزش و واکسیناسیون» را با ۱۸/۹ درصد مورد توجه قرار داده‌اند. حفاظت از سلامت در خبرگزاری‌ها در قالب سه موضوع «سیاست‌های حامی سلامت»، «کنترل‌های قانونی و حقوقی» و «سیاست‌های بازدارنده یا محدودکننده اقدام ناسالم» بررسی شدند که حمایت خبرگزاری‌ها از سلامت با ۷۰/۶ درصد در قالب «سیاست‌های حامی سلامت» مشاهده شد و کمتر دو موضوع دیگر را مورد توجه قرار داده‌اند. خبرگزاری‌ها بر پیشگیری اولیه تأکید کرده‌اند که با ۸۳ درصد خود را نشان داده و در صورت‌بندی پیام‌های سلامت، بیشتر از جاذبه‌های مثبت پیام استفاده کرده‌اند که با فراوانی ۳۲/۴ درصد دیده می‌شود.

واژگان کلیدی: ارتباطات سلامت، ارتقای سلامت، الگوی تانهیل، برجسته‌سازی، چارچوب‌بندی.

^۱ دکترای علوم ارتباطات، عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی

^۲ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، پژوهشکده محیط زیست و توسعه پایدار

^۳ دکترای علوم ارتباطات، عضو هیئت علمی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های توسعه، داشتن یک جامعه سالم است. آگاهی مردم در زمینه پیشگیری، برخورد و درمان بیماری‌ها کمک شایانی به سلامت جامعه خواهد کرد و باعث کاهش بار روانی و درمانی ناشی از برخورد با این بیماری‌ها می‌شود. در این راستا راهبردهای ارتباط‌محور می‌توانند، به منظور ارتقای سطح سلامت، مسائل بهداشتی را به‌عنوان یک اولویت ارتباطی در دستور کار برنامه‌های همگانی قرار دهند، پیام‌های سلامت را قوت بخشند و انگیزه جست‌وجوی اطلاعات بیشتر در این زمینه را در افراد افزایش دهند و در بسیاری موارد سبک زندگی سالم و پایدار را نیز به آنان بیاموزند.

امروز معنای سلامت بسیار فراتر از حوزه پزشکی است و علوم اجتماعی، روان‌شناسی و مطالعات ارتباطی را دربر می‌گیرد (Sparks, 2010). ارتباطات سلامت به‌عنوان ابزاری موفق برای ترویج و بهبود وضعیت سلامت از طریق افزایش دانش عمومی و آگاهی از موضوعات، مشکلات و راه‌حل‌های مرتبط با سلامت است. هدف این ارتباطات پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقا سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه می‌باشد. ارتباطات سلامت به‌دنبال آن است که مقوله سلامت را به اولویت اول افراد تبدیل سازد (احدزاده، ۱۳۹۴). در کنار این توانایی‌ها، ارتباطات سلامت می‌تواند میزان درخواست‌های مطلوب برای دریافت خدمات بهداشتی را افزایش دهد و از سطح درخواست‌های نامطلوب و غیرضروری که از سوی افراد مطرح می‌شود، بکاهد (خانیک‌کی و عاطفی منش، ۱۳۹۳). اطلاعات سلامت در رسانه‌های جمعی به‌عنوان راهی برای یادگیری مردم درباره سلامت شخصی هستند و سیاست سلامت عمومی می‌تواند از طریق رسانه‌ها تغییر کند.

از این‌رو افراد حرفه‌ای در بخش سلامت عمومی، نگاه به حوزه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را آغاز کردند؛ این توجه شامل ارتباطات سلامت و پرداختن به این پرسش بود که آیا با توجه به ارتباط آشکار بین سبک زندگی و بیماری‌های مزمن، برنامه‌های ارتباطات سلامت به‌ویژه با حضور رسانه‌های جمعی می‌تواند به پیشبرد اهداف سلامت عمومی کمک کند (مهدی‌زاده، ۱۳۹۴). اهداف مورد نظر فعالیت‌های رسانه‌ای سلامت عمومی، افزایش آگاهی عمومی درباره یک موضوع خاص است مانند تشویق بعضی رفتارهای خاص مانند استفاده از کلاه ایمنی، یا متوقف‌ساختن برخی از رفتارهای مضر مانند کشیدن سیگار. بر این اساس انتویسل و هنکوک^۱ (۱۹۹۲) در بررسی پوشش هشت روزنامه ملی انگلیس دریافتند از میان موضوعات سلامت‌محور منتشر شده، موضوع پیشگیری، رژیم غذایی و ورزش و خدمات بهداشت ملی بیشترین پوشش و اختلاف طبقاتی در بهره‌مندی از امکانات سلامت واجد کمترین پوشش

¹ Entwistle and Hancock

بودند (همان). همچنین تحلیل محتوای روزنامه‌ها در زمان شیوع آنفلونزای H1N1 در آلمان، نشان داد اقدامات حمایتی و واکسیناسیون مورد توجه بوده‌اند. همچنین در صورت‌بندی پیام‌ها ترس برجسته‌شده ضمن اینکه خودکارآمدی افراد مورد تأکید قرار گرفته بود (Husemann and Fischer, 2015). از طرفی همه رسانه‌ها موضوعاتی درباره سلامت ارائه می‌دهند، اما سیاست، جنایت و ورزش در رتبه نخست پوشش خبری (هم در رسانه‌های چاپی و هم در رسانه‌های الکترونیک) هستند (Gupta and Sinha, 2010). همچنین نتایج بررسی ۵۵۸ مقاله سلامت‌محور در روزنامه‌های چینی نشان داد بیماری‌های خاص و عوامل خطر در مقایسه با میزان واقعی شیوع بیماری و مرگ و میر در چین کمتر گزارش شده‌اند. بیشتر گزارش‌ها در چارچوبی غیرمنفی ارائه شدند. همچنین موانع و عوامل بیماری‌ها بیشتر به افراد نسبت داده شده بود تا جامعه (Wei and Tang, 2010). کرپس^۱ (۲۰۰۶) نشان داد گروه‌های نژادی و قومی در ایالات متحده با دسترسی نابرابر قابل توجه به سلامت در مقایسه با اعضای اکثریت نژادی سفیدپوستان (غیر اسپانیایی‌تبارها) که مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند، به‌طور معنی‌داری از سلامت پایین‌تری برخوردارند. این نابرابری در توزیع سلامت، حتی هنگام کنترل تفاوت‌های درآمدی و بیمه درمان نیز وجود دارد. نابرابری‌های نژادی در نتایج سلامت به مشکلات ارتباطی درون سیستم مراقبت بهداشتی مربوط می‌شود که به دسترسی نابرابر به اطلاعات سلامت و مشارکت ناکافی در تصمیم‌سازی برای مراقبت‌های بهداشتی منتهی می‌گردد. بررسی مطبوعات سراسری ایران در این حوزه، بیانگر پوشش خیلی کم موضوعات سلامت در صفحات داخلی، با رویکرد خبری اطلاع‌رسانی و غیرانتقادی به‌صورت غیرمناسبتی با رویکرد پیشگیری نسبت به درمان‌پذیری بیماری‌ها می‌باشد (شهبازی، ۱۳۹۰). میزان حضور هر یک از مؤلفه‌های آموزش سلامت از جمله بهداشت پوست، بهداشت دهان و دندان، تغذیه، ورزش و تحرک بدنی، مسئله بیماری‌ها (ایدز)، سیگار و مواد مخدر در کتب درسی دوره راهنمایی نشان داد با وجود اینکه کتاب‌های درسی باید بر آموزش‌های لازم جهت آموزش سلامت و بهداشت و ارتقای آن تأکید نمایند، متأسفانه به برخی از مؤلفه‌های اطلاعات سلامت توجه چندانی نداشته‌اند (صالحی، عابدینی و بلترک، ۱۳۹۰). تقدیسی و همکاران (۱۳۹۰)، با تحلیل محتوای مطالب بهداشتی روزنامه‌های کثیرالانتشار ایران با تأکید بر ارتقای سلامت و آموزش بهداشت نشان داد مطالب بهداشتی در روزنامه‌های کشور برجسته‌سازی نمی‌شود؛ به‌طوری که فقط ۷/۷ درصد از مطالب بهداشتی در صفحات مهم روزنامه‌ها چاپ شده بودند. پژوهش علی‌محمدی (۱۳۹۳) نشان داد مهم‌ترین موضوعات مطرح‌شده در اخبار رادیو سلامت،

¹ Kreps

به ترتیب موضوع بیماری‌ها، تغذیه و مسائل مربوط به بهداشت محیط از جمله دخانیات و آلودگی هوا بوده است. نحوه انعکاس بیماری‌های صعب‌العلاج در مطبوعات سراسری در سال ۱۳۸۹ نشان داد بیماری سرطان بیش از سایر بیماری‌ها مورد توجه مطبوعات قرار گرفته و به بیماری هپاتیت کمتر از سایر بیماری‌ها توجه شده است (قنبری، ۱۳۹۰). بررسی کیفی مقالات مرتبط با سلامت در سه روزنامه کثیرالانتشار کشور در سال ۱۳۹۱ نشان داد محل درج مقالات مرتبط با سلامت در سه روزنامه مورد بررسی در اکثر موارد بخش علم و تکنولوژی بوده و مقالات مرتبط با سلامت در بیش از ۵۰ درصد موارد از نوع مقالاتی بود که با ارائه اطلاعات بهداشتی سعی در حفظ و تقویت سلامت مردم دارد (چینه‌کش، ۱۳۹۱).

بررسی‌ها نشان می‌دهد در ایران ۱۰ درصد اخبار رسانه‌ها به آگاهی‌بخشی مردم در بخش سلامت اختصاص دارد (ایسنا، ۱/۰۶/۱۳۹۵). همچنین ۸۰ درصد شرکت‌کنندگان یک نظرسنجی اطلاعات مربوط به سلامت را از رسانه ملی دریافت می‌کنند (جام جم سیما، ۹۵/۲/۱۸). این در حالی است که یک فرد، به‌طور معمول در ایالات متحده یک ساعت در سال در مطب پزشکان می‌گذراند در حالی که بیش از ۲۰۰ ساعت روزنامه و مجله می‌خواند. دو یا سه برابر این زمان در اینترنت است یا به تماشای تلویزیون می‌پردازد (Grossberg, Wartella, & Whitney, 1988).

ملاحظه می‌شود رسانه‌های جمعی به‌عنوان ابزار ارتقای سلامت به کار گرفته می‌شوند. وب‌سایت‌ها، مجلات و برنامه‌های تلویزیونی صرفاً درباره بیماری و مشکلات سلامت نیست، بلکه معرفی سبک زندگی سالم، روش‌های درمان نوین، داستان‌گویی درمانی با هدف متقاعدسازی و آموزش استفاده می‌شود و هدف آن پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه می‌باشد (احدزاده، ۱۳۹۴). به‌نظر می‌رسد که تلاش برای استفاده از رسانه‌ها برای ارتقای سلامت و ایجاد رویکردی جدید در برنامه‌های رسانه‌ها برای پرداختن به موضوع سلامت از اهمیت زیادی برخوردار باشد؛ چراکه آگاهی مردم در زمینه پیشگیری، برخورد و درمان بیماری‌ها کمک شایانی به سلامت جامعه خواهد کرد و باعث کاهش بار روانی و درمانی ناشی از برخورد با این بیماری‌ها می‌شود. فعالیت‌های ارتباطات سلامت اگر به‌خوبی طراحی شده باشند، قادر هستند به افراد و جامعه، یاری برسانند تا درک بهتری از نیازهای خود پیدا کنند و اولویت نیازمندی‌های فردی، محیطی و جمعی خود را دریابند. یکی از حوزه‌های ارتباطات سلامت، موضوع حمایت رسانه‌ای است که شامل راهبردهای استفاده از رسانه به‌منظور شکل دادن به افکار عمومی، بسیج کردن فعالان اجتماعی و تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیرندگان برای تغییر در سیاست‌ها می‌باشد. تحلیل محتوای موضوعات سلامت‌محور در خبرگزاری‌ها به‌عنوان شیوه‌ای عینی و عمقی می‌تواند ما را نسبت به آنچه در رسانه‌ها در این‌باره انجام شده است آگاه سازد.

کمبردها، ضعف‌ها و نارسایی‌ها را برملا سازد و نقاط قوت را نشان دهد. تا بر اساس آن بتوان آسیب‌های احتمالی محتوای ارائه شده و شکل بهینه‌ارائه موضوعات سلامتی در خبرگزاری‌ها را شناسایی کرد و برای استفاده از این رسانه‌ها برای پیشبرد اهداف ارتباطات سلامت برنامه‌ریزی کرد. بر این اساس، این مقاله به این سؤال پاسخ داده است که خبرگزاری‌ها چه نوع اطلاعاتی در ارتباط با ارتقای سلامت و در چه قالبی در اختیار جامعه قرار داده‌اند.

چارچوب مفهومی

دو بخش عمده از حوزه ارتباطات سلامت وجود دارد که به یکدیگر وابسته می‌باشند: نخستین بخش «ارائه مراقبت‌های بهداشتی» است که چگونگی تأثیر ارتباطات بر نحوه ارائه مراقبت‌های بهداشتی را مورد توجه قرار می‌دهد. دومین بخش «ارتقای سلامت» است که استفاده اقناعی از پیام‌های ارتباطی در رسانه‌ها را به منظور افزایش سطح بهداشت همگانی، مورد مطالعه و بررسی قرار می‌دهد. ارتباطات انسانی در حوزه «نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی» کاربرد دارد. در مقابل، در حوزه «ارتقای سلامت» وظایف موجود در ارتقای سلامت، شامل نیازسنجی، شناسایی مشکل، تعیین اهداف کلی و اختصاصی، طراحی و اجرای مداخلات و ارزیابی پیامدها می‌باشد. استفاده از ظرفیت رسانه‌های جمعی، کانال‌های ارتباطی متعدد و متخصصان ارتباطات، طراحی پیام‌های هدفمند و اختصاصی، تهیه برنامه‌های بهداشتی و نظایر آن از اقدامات ارتباطاتی مورد نیاز است (خانیک‌کی و عاطفی‌منش، ۱۳۹۳).

حمایت رسانه‌ای یکی از حوزه‌های ارتباطات سلامت است که شامل راهبردهای استفاده از رسانه به منظور شکل‌دادن به افکار عمومی، بسیج‌کردن فعالان اجتماعی و تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیرندگان برای تغییر در سیاست‌ها می‌شود. حمایت رسانه‌ای تمرکز خود را از مسئولیت‌های فردی به سمت علل اجتماعی و محیطی مشکلات بهداشتی سلامتی معطوف کرده است و در وهله نخست، به جای سایر رویکردهای ارتباطات سلامت از رسانه‌های خبری استفاده می‌کند. حمایت رسانه‌ای جزو راهبردهای جامع و چندسطحی ارتقای سلامت محسوب می‌شود (عاطفی‌منش، ۱۳۸۹: ۱۵۶). به طور کلی در حمایت رسانه‌ای، ما از یک دیدگاه و رویکرد فردمحور به رویکردی کل‌نگر و جامع تغییر نگرش می‌دهیم که شامل سیاست‌گذاران و مسئولان قانون‌گذاری، رسانه‌ها و تصمیم‌گیرندگان عمده مسائل مربوط به سلامت می‌شود. از این اقدام به «تغییر چارچوب»^۱ تعبیر می‌شود. در این بحث چارچوب یا قالب فردی در مقابل چارچوب یا قالب اجتماعی قرار می‌گیرد (خانیک‌کی و عاطفی‌منش، ۱۳۹۳). در واقع بعضی از پژوهشگران عنوان می‌کنند که راهبردهای ارتباطات سلامت باید از رسانه‌های جمعی به عنوان ابزاری برای فشار بر

^۱ Shiffling the frame

سیاستگذاران برای اعمال تغییر اجتماعی و شکل‌گیری مجدد بحث عمومی دربارهٔ ویژگی‌های مسائل کلیدی مربوط به سلامت عمومی و حل آنها استفاده کنند (مهدی‌زاده، ۱۳۹۳: ۳۵۷).

هدف ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خویش و در نهایت بهبود مستمر سلامت خود و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، می‌باشد. بنابراین ارتقای سلامت، نه تنها شامل اعمال و اقداماتی است که به سوی تقویت مهارت‌ها و ظرفیت‌های افراد هدایت می‌شود، بلکه همچنین به تقویت ظرفیت گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع برای رویارویی با شرایط اجتماعی و اقتصادی زیربنایی و محیط‌های فیزیکی که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، منجر می‌شود (رخشانی، شمس و پریانی، ۱۳۸۹). ارتقای سلامت، عرصهٔ جدیدی به‌شمار می‌رود که به‌صورت علم و هنر کمک به افراد در جهت تغییر شیوهٔ زندگی‌شان به سمت حالتی از سلامت مطلوب تعریف شده است. ارتقای سلامت نیز رویکرد کاربردی منظم و برنامه‌ریزی شده است که صلاحیت علمی دارد. دوم اینکه روش‌های فراتر از آموزش صرف را شامل می‌شود. چنین روش‌هایی می‌تواند مشتمل بر بسیج اجتماعی، سازماندهی جامعه، مشارکت اجتماعی، توسعهٔ اجتماعی، توانمندسازی جامعه، شبکه‌سازی، ائتلاف‌سازی، حمایت، لابی‌گری، توسعهٔ سیاسی، فرمول‌بندی قانون‌گذاری، توسعهٔ هنجارهای اجتماعی و نظایر آن باشد. سوم اینکه برخلاف آموزش بهداشت، ارتقای سلامت تغییر داوطلبانه رفتار را تأیید کرده و از اقداماتی بهره می‌برد که شخص را وادار به تغییر رفتار می‌کند (عاطفی‌منش، ۱۳۸۹: ۴۷). ارتقای سلامت، در برگرفتهٔ سه فاکتور است: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری (رفیعی‌فر، ۱۳۸۳: ۴).

«آموزش سلامت» فرایندی مرکب از رویکردها برای تغییر سبک زندگی است که می‌تواند به افراد، خانواده‌ها و جوامع در تصمیم‌گیری آگاهانه دربارهٔ موضوعاتی که در بازیابی، دستیابی و حفظ سلامت مؤثر است، کمک کند (رخشانی، شمس و پریانی، ۱۳۸۹). در دیدگاه سنتی، آموزش سلامت عاملی است که رفتارهای مخاطره‌آمیز افراد را تغییر می‌دهد که این تعریف نشانگر این مطلب است که آموزش سلامت بیشتر به پیشگیری در امر سلامت توجه دارد. برای مثال، ارائهٔ اطلاعات پزشکی در زمینهٔ بیماری‌ها و یا آموزش در زمینهٔ آثار فیزیولوژیک استعمال دخانیات یا استفادهٔ زیاد از نمک در مواد غذایی و کمی تحرک فیزیکی. آموزش سلامت می‌تواند به روش‌های مختلف و در موقعیت‌های متنوعی انجام گیرد. روش‌هایی نظیر استفاده از رسانه‌های جمعی، معلمان و استادان، مشاوران، پزشکان، گروه‌های خیریه و در موقعیت‌هایی نظیر محیط‌های کاری، بیمارستان‌ها، مدارس، مطب‌ها و غیره (رفیعی‌فر، ۱۳۸۳: ۱۱). یکی از رسالت‌های آموزش سلامت، برنامه‌ریزی و استفادهٔ بهینه از رسانه‌های ارتباط جمعی برای ارتقای سلامت است. حمایت رسانه‌ها، به‌عنوان یک استراتژی ارتقای سلامت محسوب می‌شود. در واقع

رسانه‌ها می‌توانند در زمینه ارائه اطلاعات و آگاهی در مورد سلامت به جامعه، به‌ویژه در زمینه‌های ارتقای سلامت، پیشگیری، آموزش در زمینه عوامل مخاطره‌آمیز و اطلاعات در زمینه مواد مخدر مشارکت کنند (Slater, 2009).

حفاظت از سلامت، چیزی نیست که توسط یک فرد انجام گیرد، بلکه این مسئولیت، به‌عهده نهادی مثل دولت و یا سازمان‌های محلی و یا شرکت‌های دارای قدرت اجرایی می‌باشد. جزء تکمیل‌کننده حفاظت از سلامت، حمایت از آن یعنی ایجاد منابع و تسهیلاتی است که بتواند فرصت‌های سلامت را ایجاد کند. برای مثال ایجاد امکانات، تسهیلات و فضاهای مناسب برای ورزش و تمرین‌های بدنی در محیط‌های کاری که در اینجا وظیفه تشویق افراد برای استفاده از چنین تسهیلاتی بر عهده آموزش سلامت است. به‌نظر می‌رسد فعالیت‌های آتی ارتقای سلامت، باید شامل فاکتورهای حمایتی و حفاظتی نیز باشد و فرصت‌هایی را برای ایجاد سلامت در اختیار افراد قرار دهد تا همه، برای ارتقای کمی و کیفی زندگی بکوشند (Edgar and Volkman, 2012).

پیشگیری از بیماری به‌معنای کاربرد استراتژی‌هایی برای کاهش تأثیر عوامل مخاطره‌آمیز در ایجاد یک بیماری خاص و یا برای بالابردن فاکتورهای مؤثر کاهش‌دهنده حساسیت در برابر بیماری می‌باشد. این تعریف، با عقیده تقدم پیشگیری اولیه از بیماری و آسیب، بر درمان و انجام اقدام‌های قبل از بروز علائم بیماری و مشکل مرتبط است (رفیعی‌فر، ۱۳۸۳: ۱۳). مفهوم پیشگیری، موارد بسیاری از جمله محافظت و ایمن‌سازی، برنامه‌های تنظیم خانواده، برنامه‌های حفاظت و مراقبت در دوران بارداری و همچنین مراقبت از کودکان، بستن مالیات سنگین بر توتون و تنباکو، ایمن‌سازی راه‌ها و وسایل نقلیه، برنامه‌های سلامت در محیط‌های کاری و اجتماعی و همچنین آموزش سلامت به‌ویژه به افرادی که احتمال بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز در آنها بیشتر است را پوشش خواهد داد. فعالیت‌های مربوط به پیشگیری اولیه (پیشگیری قبل از وقوع بیماری یا مشکل) شامل استراتژی‌هایی مانند ایمن‌سازی و برنامه‌های تنظیم خانواده می‌باشد که به افراد این فرصت را می‌دهد که خود به‌شخصه کنترل سلامت خود را به‌دست گیرند. پیشگیری در مرحله دوم، شامل جلوگیری از آسیب‌های قابل اجتناب و نتایج ناخواسته حاصل از آنها بعد از بروز علائم اولیه بیماری و همچنین انجام فعالیت‌های درمانی می‌شود. مرحله سوم پیشگیری، به‌صورت کنترل بیماری در مرحله پیشرفته و بحرانی، به‌منظور به حداقل رساندن آثار زیان‌بار آن بر سلامت، تعریف می‌شود. مفهوم ارتقای سلامت حتی در مرحله سوم پیشگیری نیز قابل طرح است. تانهیل^۱ (۱۹۸۵) الگویی را برای ارتقای سلامت

¹ Tannahill

مطرح کرده که تا حدود زیادی وابستگی و ارتباط میان سه فاکتور آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری را، روشن می‌سازد. هر یک از حوزه‌های این الگو شامل هر دو بخش پیشگیری از بیماری و اهداف ارتقای سلامت می‌باشد. آموزش سلامت در هر حوزه‌ای شامل آموزش سلامت به دست‌اندرکاران و همچنین آموزش سیاست‌گذاران مربوطه و نیز آموزش سلامت همگانی به مردم است (رفیعی‌فر، ۱۳۸۳: ۱۶-۱۷).

ریس^۱ می‌گوید: چارچوب‌ها، اصول سازمان‌دهنده مشترک در جامعه هستند که در طول زمان، پایدارند و با اثر خود به‌طور معنی‌داری به جهان اجتماعی ساخت می‌دهند. چارچوب‌های مختلف، باعث جلب توجه به تعریف مسئله‌های مختلف می‌شوند. به گفته انتمن^۲ «چارچوب بندی، به معنی انتخاب جنبه‌هایی از یک واقعیت ادراک شده و برجسته‌تر کردن این جنبه‌ها به نحوی است که از یک مسئله تعریف، تفسیر علی و ارزیابی اخلاقی خاصی ارائه و نیز راه حل متناسب با آن پیشنهاد گردد». تأکید بر اینکه چارچوب‌بندی، یک شیوه ساخت محیط پیرامون است، این انگاره را تقویت می‌کند که رسانه‌های مختلف، تصاویر متفاوتی از واقعیت ارائه می‌کنند. نحوه چارچوب‌بندی یک موضوع، فرآیند پویای مجادلات جاری بین نقش‌آفرینان سیاسی و رسانه‌ای است (شهتا و اشترونبرگ، ۱۳۹۴، ترجمه بیجرانلو). چارچوب‌ها دو دسته‌اند؛ بیشتر تحقیقات تجربی در مورد چارچوب‌سازی بر فریم‌های رسانه‌ای توجه دارند که داخل متن قرار دارند و در آن ادغام شده‌اند. این فریم‌ها بر جنبه‌ها و ابعادی تکیه و تأکید می‌کنند که جهت خاصی به خواننده می‌دهند؛ چون از واژگان خاصی استفاده یا به شیوه‌های خاصی استدلال می‌کنند (گفتگو با دهقان، ۱۳۹۳).

با توجه به هدف این پژوهش که شناخت پوشش خبری «ارتقای سلامت» در خبرگزاری‌ها و دستیابی به قالب پیام‌های سلامت در آنهاست، از نظریه‌های برجسته‌سازی و نظریه چارچوب‌بندی که به شکل‌دهی پیام توجه کرده و نیز الگوی ارتقای سلامت تانهیل که آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری را مورد توجه قرار داده است، به‌عنوان چارچوب نظری این مطالعه استفاده شده است.

روش‌شناسی

در پژوهش حاضر، از روش تحلیل محتوای مقوله‌ای استفاده شده است. واحد تحلیل، «مضمون» است. واحد شمارش کلیه متغیرها با واحد ثبت آنها یکسان است. جامعه آماری پژوهش کلیه مطالب سلامت‌محوری است که بر روی سایت‌های سه خبرگزاری ایسنا، تسنیم

^۱ Rise

^۲ Entman

و مهر از اردیبهشت ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ منتشر شده‌اند و به روش تصادفی سیستماتیک و دومرحله‌ای نمونه‌گیری شده‌اند. این سه خبرگزاری، بر اساس شاخص‌های میزان تولید خبر، گستره فعالیت، انتشار چندزبانه، سرعت در تولید و انتشار اخبار، تعداد دفاتر و نمایندگی‌های خبری در داخل و خارج از کشور، میزان بهره‌مندی از تکنولوژی‌های جدید رسانه‌ای، رعایت اصول حرفه‌ای و ده‌ها شاخص دیگر رتبه‌های اول تا سوم معاونت مطبوعاتی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی را کسب کرده‌اند. خبرگزاری‌ها در دو دسته عمومی و تخصصی طبقه‌بندی شده‌اند. علت انتخاب خبرگزاری‌های عمومی، دست یافتن به پوشش موضوع سلامت در میان موضوعات متنوع خبرگزاری‌ها بود. از میان کلیه مطالبی که با موضوع سلامت در خبرگزاری‌های مورد بررسی در فاصله زمانی اردیبهشت ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ منتشر شده بود، جمعاً ۵۰۷ مطلب مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌ها به صورتی انتخاب شدند که از تمامی روزهای هفته سه روز داخل نمونه موجود باشد. در صورتی که روز مورد نظر از ۳ تا بیشتر می‌شد، مجدداً نمونه‌گیری تکرار می‌شد. با توجه به اینکه ۶ روز هفته (شنبه، یکشنبه، دوشنبه، سه شنبه، چهارشنبه و پنج شنبه) مورد نظر بود، به طور طبیعی از هر روز هفته باید سه انتخاب انجام می‌شد که با توجه به اینکه ۱۷ ماه مورد بررسی بود، از یکی از روزها دو انتخاب صورت گرفت.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش

موضوع سلامت

به هر موضوع مرتبط با سلامت که گزارش شده است و می‌تواند شامل:

- هرگونه بیماری مسری، غیرمسری مثل سرطان، فشار خون بالا، دیابت، HIV/AIDS، دندانپزشکی و... یا شرایطی مثل علت بیماری، روش پیشگیری، گزینه‌های درمان.
- بیمه سلامت، قوانین و سیاست‌های سلامت، موضوعات سیاسی در سلامت.
- عوامل خطر مرتبط با سلامت مثل غذای ناسالم، سیگار کشیدن، خطرات محیط زیستی، سقط جنین، اشتباهات پزشکی، حوادث رانندگی، عامل خطر شخصی، عامل خطر بیرونی و... .
- منافع مرتبط با سلامت مثل تغذیه سالم، ورزش، واکسیناسیون، بارداری، خودمراقبتی، اعلان‌های مراکز بهداشتی، پیشگیری‌کننده، متقاعدکننده و... .
- زیرساخت‌های بهداشتی و برنامه‌های آموزشی.
- رابطه میان ارائه‌دهندگان سلامت - بیماران.
- دارو و پیچیدگی‌های دارویی.

- بیماری‌های روانی نظیر هرگونه مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی، خودکشی و روان‌درمانی.
- طب سنتی.
- برگزاری مراسم و سمینارها و خبرهای صنفی فعالان در حوزه سلامت.

رویکرد به ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، دربرگیرنده سه فاکتور است: ۱- آموزش سلامت، ۲- حفاظت از سلامت و ۳- پیشگیری از بیماری.

آموزش سلامت

آموزش توانایی‌ها و مهارت‌های زندگی و ارتقای سطح آگاهی مردم در مورد تأثیر فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی و فردی بر سلامت و همچنین ایجاد تغییرهای مثبت در محیط‌های اجتماعی از طریق تأثیرگذاری بر سیاست‌های اجتماعی در راستای سلامت می‌باشد. این پیام‌ها به مخاطب اطلاعات مربوط به چگونگی اجرای رفتار یا عمل پیشنهادی را آموزش می‌دهد. به عبارت دیگر پیام‌های آموزشی به ارائه اطلاعاتی می‌پردازند که به مخاطب دانش و آگاهی داده و مهارت‌ها را آموزش می‌دهند (راثی تهرانی، ۱۳۸۹). در پیام‌های آموزشی، باید اطلاعاتی در مورد اینکه فرد چگونه باید فلان رفتار را انجام دهد، به او ارائه شود و با مقولات زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- کسب دانش
- آموزش (فراگیری) مهارت
- ارائه اطلاعات جزئی
- ارائه اطلاعات آموزشی، تشویق و تقویت خودکارآمدی
- آموزش نحوه مقابله با گروه همسالان
- ایجاد سواد رسانه‌ای
- ایمن کردن مخاطبان در برابر آثار نامطلوب کمپین‌ها و برنامه‌های ناسالم و مغایر با سلامت رسانه‌ها

حفاظت از سلامت

حفاظت از سلامت در کل به معنای مجموعه کنترل‌های قانونی و حقوقی و نیز مجموعه قوانین و سیاست‌ها و همین‌طور فعالیت‌های داوطلبانه برای افزایش مثبت سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها

و موانع موجود در زمینه سلامت می‌باشد (رفیعی فر، ۱۳۸۵). حفاظت از سلامت در سه بخش زیر کدگذاری شد:

- کنترل‌های قانونی و حقوقی
- قانون استفاده از کمر بند ایمنی
- مالیات بر توتون و تنباکو
- کنترل آلودگی‌های محیطی
- تصفیه و فلوراید کردن آب
- کنترل بیماری‌های مسری
- ایمنی مشاغل
- قانون منع استعمال دخانیات در محیط کار (وضع قوانین محدودکننده محل‌های مجاز برای استعمال دخانیات)
- استفاده از برچسب کیفیت روی مواد غذایی
- استفاده از برچسب نیکوتین روی دخانیات
- ملزم ساختن کارفرمایان برای ارائه غذاهای کم‌چرب در رستوران محل کار
- سیاست‌های حامی سلامت
- ایجاد امکانات و تسهیلات و فضاهای مناسب برای ورزش
- ایمن‌سازی راه‌ها و وسایل نقلیه
- برنامه‌های سلامت در محیط کار
- تنظیم زمان مراقبت‌های بالینی مورد استفاده در محیط کار
- احداث مسیرهای دوچرخه‌سواری
- ایجاد مسیرهای مطمئن و مناسب برای پیاده‌روی شهروندان
- احداث تفرجگاه‌ها و زمین‌های بازی
- ایجاد فضاهای سبز
- تقویت خدمات بهداشتی (تأمین زیرساخت‌های مناسب) برای جمعیت و مشارکت با بیماران
- ملزم ساختن شهرداری برای افزایش و نصب چراغ در مناطق تاریک
- افزایش امنیت به‌ویژه در مناطق خطرناک
- ملزم ساختن دولت برای ارائه مواد غذایی ضروری با قیمت پایین
- ایمن‌سازی معابر شهری برای معلولین
- سیاست‌های مالیاتی برای توتون و تنباکو و الکل
- سیاست‌های بازدارنده یا محدودکننده اقدام ناسالم

- محدودیت فروش دخانیات به کودکان
- نظارت بر فروش مواد غذایی سالم
- افزایش دسترسی به غذاهای کم چرب
- تشویق رژیم غذایی کم چرب
- محدودیت دسترسی به سیگار در دک‌های روزنامه‌فروشی و مکان‌های عمومی
- کاهش تبلیغات سیگار
- افزایش بهای سیگار

پیشگیری از بیماری

پیشگیری از بیماری، به معنای کاربرد استراتژی‌هایی برای کاهش تأثیر عوامل مخاطره‌آمیز در ایجاد یک بیماری خاص و یا برای بالابردن فاکتورهای مؤثر کاهش‌دهنده حساسیت در برابر بیماری می‌باشد. همچنین به معنای در نظر گرفتن تمامی عوامل و فاکتورهای مؤثر در کاهش میزان احتمال ابتلای به بیماری‌ها و آسیب‌ها و نیز کاهش شدت و دوره ابتلای به آنها می‌باشد (Cohen et al, 2008).

- پیشگیری اولیه (پیشگیری قبل از وقوع بیماری یا مشکل): شامل استراتژی‌هایی مانند ایمن‌سازی و برنامه‌های تنظیم خانواده می‌باشد که به افراد این فرصت را می‌دهد که خود به شخصه، کنترل سلامت خود را به دست گیرند (انجام مداخله قبل از پیدایش بیماری).
- پیشگیری در مرحله دوم، شامل جلوگیری از آسیب‌های قابل اجتناب و نتایج ناخواسته حاصل از آنها بعد از بروز علائم اولیه بیماری و همچنین انجام فعالیت‌های درمانی می‌شود. (انجام اقداماتی به منظور شناسایی و درمان هر چه سریع‌تر بیماری)
- مرحله سوم پیشگیری، به صورت کنترل بیماری در مرحله پیشرفته و بحرانی، به منظور به حداقل رساندن آثار زیان‌بار آن بر سلامت، تعریف می‌شود (هدف کاستن ناتوانایی‌ها و عوارض ناشی از بیماری است) (رفیعی فر، ۱۳۸۵).

۱- پیشگیری اولیه

بیماران مبتلا به سکتة مغزی

برنامه‌های تنظیم خانواده

برنامه‌های مراقبت در دوران بارداری

برنامه‌های مراقبت از کودکان (ایمن‌سازی)

پیشگیری از بیماری‌های جسمی (پیشگیری از ابتلا به ایدز)

پیشگیری از بیماری‌های روانی

۲- پیشگیری در مرحله دوم

نقش تغذیه در پیشگیری از سرطان

تشخیص پرفشاری خون و مراقبت از آن

ترک اعتیاد

۳- پیشگیری در مرحله سوم

توانبخشی و توانمندسازی بیماران مانند رهاشدگان اعتیاد

قالب پیام‌های سلامت

پیام سلبی: بیانگر پیامدهای منفی یک رفتار هستند. «عدم ترک فوری سیگار، مساوی است با افزایش خطر ابتلا به حملات قلبی».

پیام ایجابی: بر نکات مثبت و پیامدهای مطلوب تأکید می‌کنند. «ترک سیگار، خطر ابتلا به حملات قلبی را در شما بسیار کاهش می‌دهد».

استفاده از جاذبه مثبت: در ارتباط با پیام‌های ایجابی است.

استفاده از جاذبه منفی و ترس: هر پیام حاوی جاذبه ترس از دو عنصر خطر یا تهدید و درمان و یا رفتار پیشنهادی تشکیل شده است.

استفاده از جاذبه‌های چندگانه: شامل برجسته‌کردن پیامدها و نتایج خطرآفرین و تهدیدکننده یک رفتار، بیان احتمال ابتلا و تجربه این هویت‌ها توسط اشخاص و از طرفی سودمندبودن مطالب و راه‌حل‌های پیشنهادی پیام است (راثی تهرانی، ۱۳۸۹).

استفاده از جاذبه هیجانی: جاذبه ایجاد احساس گناه - که نوعی جاذبه هیجانی است - در طراحی پیام‌های ترغیب‌کننده استفاده می‌شود. از جاذبه‌های هیجانی برای مخاطبین با نیازهای شناختی کم استفاده می‌شود (امیرتیموری، ۱۳۹۰).

استفاده از جاذبه شناختی: پیام‌های منطقی که بر شناخت تأکید دارند، پیام‌هایی هستند که با بیان حقایق، اشکال و اطلاعات، برای مثال حقایق مرتبط با ایدز، علل آن، راه انتقال و روش‌های پیشگیری، مخاطب را متقاعد می‌سازند. این پیام‌ها برای افرادی که تحصیلات بالا دارند، ارزش زیادی دارد.

استفاده از جاذبه‌های تهدید: پیام‌های حاوی تهدید در زمره پیام‌های ترغیب‌کننده هستند که با توصیف حوادث ترس‌آور، برای ترساندن افراد طراحی شده‌اند. این دسته از پیام‌ها به مردم هشدار می‌دهند که اگر به توصیه‌های موجود در پیام عمل نکنند، برای آنها این حوادث ترس‌آور اتفاق می‌افتند (امیرتیموری، ۱۳۹۰).

استفاده از مثال: طبق نظریه استفاده از مثال‌ها، افراد به‌جای تکیه بر اطلاعات اساسی و بنیادی در ارزیابی یک پدیده خاص، تمایل به استفاده از مثال‌ها و نمونه‌های گوناگون دارند، خصوصاً وقتی آن پدیده‌ها رایج و پخش شده باشند.

استفاده از روایت: برای بسیاری از افراد، پردازش درصد، احتمال، نسبت و... مشکل است. داستان کوتاه، مخاطب را بیشتر از آمار، درگیر موضوع مورد نظر می‌کند. نکته مهم آن است که ذکر داستان‌های کوتاه در ترغیب افراد جهت تشخیص زودرس انواع سرطان‌ها و مشکلات بهداشتی، اثربخشی بیشتری نسبت به بیان پاره‌ای آمار دارد. برای افراد بیشتر درگیر چارچوب منفی و برای افراد کمتر درگیر چارچوب مثبت ارجحیت دارد (رائی تهرانی، ۱۳۸۹: ۳۳).

استفاده از پیام‌های طنزآمیز: این نوع پیام در یک قالب بامزه مانند یک کارتون بیان می‌شود. این پیام‌ها یک روش بسیار مناسب جهت جذب توجه و علایق هستند. این پیام‌ها در هنگام مقابله با برخی مسائل جدی، یک روش مفید برای کاهش تنش مخاطب هستند. لذت‌بردن و سرگرمی ایجاد شده توسط این پیام‌ها سبب یادگیری و یادآوری پیام می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که از این نوع پیام‌ها نباید در برنامه‌های پیشگیری از ایدز (به سبب جدی بودن ماهیت مسئله) استفاده نمود. این پیام‌ها برای افرادی که کمتر درگیر موضوع هستند مناسب است.

یافته‌های پژوهش

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد از میان ۵۰۷ مطلب سلامت مورد بررسی، ۶۴/۱ درصد مطالب متعلق به خبرگزاری «ایسنا» بوده است. ۲۰/۷ درصد مطالب از سوی خبرگزاری «مهر» و ۱۵/۲ درصد از سوی خبرگزاری «تسنیم» منتشر شده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطالب سلامت خبرگزاری‌ها

خبرگزاری		
منبع	فراوانی	درصد
ایسنا	۳۲۵	۶۴/۱
مهر	۱۰۵	۲۰/۷
تسنیم	۷۷	۱۵/۲
جمع	۵۰۷	۱۰۰

در بررسی مطالب مورد بررسی سلامت در خبرگزاری‌ها مشخص شد، مطالب حوزه سلامت در خبرگزاری ایسنا، بیشتر بر منافع مرتبط با سلامت مثل تغذیه سالم، ورزش، واکسیناسیون متمرکز است که با فراوانی ۲۱/۵ درصد نشان داده شده است و نیز موضوع طب سنتی، کم‌ترین

پوشش موضوع سلامت را در این خبرگزاری به خود اختصاص داده است. خبرگزاری مهر تمرکز خود را در پوشش موضوعات سلامت بر معرفی زیرساخت‌های بهداشتی با ۳۰/۵ درصد فراوانی گذاشته است و کم‌ترین توجه این رسانه بر بازنمایی بیماری‌های روانی بوده است که با یک درصد کمترین پوشش رویدادهای سلامت در این حوزه را داراست. اما خبرگزاری تسنیم، موضوع بیمه سلامت و قوانین و سیاست‌های سلامت را با ۲۹/۹ درصد بیش از سایر موضوعات سلامت برجسته کرده است و موضوع با بیماری‌های روانی اصلاً در خبرگزاری تسنیم گزارش نشده است.

از میان موضوعات مختلف سلامت خبرگزاری‌ها موضوع «منافع مرتبط با سلامت مثل تغذیه مناسب، ورزش و واکسیناسیون» را با ۱۸/۹ درصد در صدر نشانده‌اند.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی موضوع سلامت خبرگزاری‌ها

کل	خبرگزاری						موضوع سلامت	
	تسنیم		مهر		ایسنا			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲	۶۱	۵/۲	۴	۱۶/۲	۱۷	۱۲/۳	۴۰	بیماری
۱۴/۶	۷۴	۲۹/۹	۲۳	۹/۵	۱۰	۱۲/۶	۴۱	بیمه و قوانین
۱۵/۲	۷۷	۱۰/۴	۸	۸/۶	۹	۱۸/۵	۶۰	عوامل خطر
۱۸/۹	۹۶	۱۴/۳	۱۱	۱۴/۳	۱۵	۲۱/۵	۷۰	منافع سلامت
۱۸/۷	۹۵	۱۳	۱۰	۳۰/۵	۳۲	۱۶/۳	۵۳	زیرساخت‌ها
۲/۲	۱۱	۱/۳	۱	۳/۸	۴	۱/۸	۶	ارتباط افراد
۴/۳	۲۲	۹/۱	۷	۱/۹	۲	۴	۱۳	دارو
۳/۶	۱۸	۰	۰	۱	۱	۵/۲	۱۷	بیماری روانی
۲/۶	۱۳	۱۰/۴	۸	۱/۹	۲	۰/۹	۳	طب سنتی
۷/۹	۴۰	۶/۵	۵	۱۲/۴	۱۳	۶/۸	۲۲	گردهمایی‌ها
۱۰۰	۵۰۷	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۱۰۵	۱۰۰	۳۲۵	جمع

رویکرد رسانه‌ها به ارتقای سلامت

آموزش سلامت در مطالب منتشر شده خبرگزاری‌ها

پیام‌های آموزشی به ارائه اطلاعاتی می‌پردازند که به مخاطب دانش و آگاهی داده و مهارت‌ها را آموزش می‌دهند. همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود پیام‌های آموزشی با هدف «کسب دانش»، منتشر شده توسط خبرگزاری ایسنا، بالاترین فراوانی را با ۳۶/۴ درصد در میان ۵۵ پیام‌ها آموزشی مورد بررسی دارند. پس از آن «تشویق و تقویت خودکارآمدی» با ۳۰/۹ درصد

در رتبه بعدی قرار دارد. این در حالی است که در خبرگزاری مهر پیام‌های آموزشی با هدف «تشویق و تقویت خودکارآمدی» با ۶۸/۴ درصد بالاترین درصد مطالب را در بین ۱۹ مطلب به خود اختصاص داده‌اند و «کسب دانش» با ۲۱/۱ درصد دومین رتبه پیام‌های آموزشی در خبرگزاری مهر را داراست. این نکته، درباره خبرگزاری تسنیم نیز متفاوت است؛ به‌گونه‌ای که پیام‌های آموزشی با هدف «ارائه اطلاعات جزئی درباره سلامت» با ۶۴/۳ درصد، بیشترین فراوانی را در بین ۱۴ مطلب کدگذاری شده در این بخش داراست و پس از آن پیام‌های آموزشی با هدف «کسب دانش» قرار دارند. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، علی‌رغم اهداف متعددی که پیام‌های آموزشی سلامت دنبال می‌کنند، تنها پیام‌های آموزشی با سه هدف در خبرگزاری‌ها دیده می‌شود و در حوزه اهداف دیگر نظیر آموزش نحوه مقابله با گروه همسالان، «ایجاد سواد رسانه‌ای» و «ایمن کردن مخاطبان در برابر آثار نامطلوب کمپین‌ها و برنامه‌های ناسالم و مغایر با سلامت رسانه‌ها» تقریباً پیامی کدگذاری نگردید. یافته‌ها نشان می‌دهد «تشویق خودکارآمدی» با ۳۶/۳ درصد بالاترین فراوانی را در میان ۸۸ مطلب سلامت مورد بررسی از نظر پیام‌های آموزشی دارد. پایین‌ترین میزان توجه خبرگزاری‌ها و روزنامه‌ها به بحث مهارت‌آموزی است.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی پیام‌های آموزشی سلامت

کل	خبرگزاری						پیام آموزشی	
	تسنیم		مهر		ایسنا			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۰/۶	۲۷	۲۱/۴	۳	۲۱/۱	۴	۳۶/۴	۲۰	کسب دانش
۵/۶	۵	۰	۰	۰	۰	۹/۱	۵	آموزش (فراگیری) مهارت
۲۷/۲	۲۴	۶۴/۳	۹	۱۰/۵	۲	۲۳/۶	۱۳	ارائه اطلاعات سلامت
۳۶/۳	۳۲	۱۴/۳	۲	۶۸/۴	۱۳	۳۰/۹	۱۷	تشویق و تقویت خودکارآمدی
۱۰۰	۸۸	۱۰۰	۱۴	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۵۵	جمع

حفاظت از سلامت در مطالب منتشر شده خبرگزاری‌ها

همان‌طور که ملاحظه می‌شود از ۱۵۳ مطلب مورد بررسی در سلامت خبرگزاری ایسنا ۶۸/۶ درصد مطالب مقولات مربوط به سیاست‌های حامی سلامت را پوشش داده‌اند. پس از آن کنترل‌های قانونی و حقوقی با ۲۳/۵ درصد بیشتر مورد توجه بوده‌اند و در پایان سیاست‌های بازدارنده درباره اقدامات ناسالم در حوزه سلامت با ۷/۸ درصد کمترین پوشش را در میان

موضوعات مورد بررسی داشته‌اند. این موضوع دربارهٔ خبرگزاری مهر با ۷۵ درصد فراوانی از ۷۲ مطلب مورد بررسی در زمینهٔ سیاست‌های حامی سلامت دنبال می‌شود و در این خبرگزاری نیز کنترل‌های قانونی با ۲۳/۶ درصد و سیاست‌های بازدارنده با ۱/۴ درصد در رتبه‌های بعدی قرار دارند. همین شکل، در خبرگزاری تسنیم با ۷۰/۵ درصد از ۴۴ مطلب سلامت مورد بررسی پوشش سیاست‌های حامی سلامت صدق می‌کند.

حمایت از سلامت در رسانه‌ها در قالب سه موضوع «سیاست‌های حامی سلامت»، «کنترل‌های قانونی و حقوقی» و «سیاست‌های بازدارنده یا محدودکنندهٔ اقدام ناسالم» مطرح می‌باشند. حمایت خبرگزاری‌ها از سلامت با ۷۰/۶ درصد در قالب طرح «سیاست‌های حامی سلامت» قابل مشاهده است و دو موضوع دیگر را کمتر مورد توجه قرار داده‌اند. موضوع پیشگیری از بیماری که در سه شکل پیشگیری مرحله اول، پیشگیری مرحله دوم و پیشگیری مرحله سوم مطرح شده است. برای خبرگزاری‌ها در قالب شکل اول مطرح بوده و در طرح موضوعات سلامتی بر پیشگیری اولیه تأکید می‌شود که با ۸۳ درصد در خبرگزاری‌ها خود را نشان داده است. می‌توان گفت پیشگیری مرحله سوم اساساً موضوع درخور اعتنایی نبوده است.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی حمایت رسانه‌ای از سلامت در مطالب منتشر شده

خبرگزاری‌ها

کل	خبرگزاری						حمایت از سلامت	
	تسنیم		مهر		ایسنا			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۷۰/۶	۱۹۰	۲۷/۳	۱۲	۲۳/۶	۱۷	۲۳/۵	۳۶	کنترل‌های قانونی و حقوقی
۲۴/۲	۶۵	۷۰/۵	۳۱	۷۵	۵۴	۶۸/۶	۱۰۵	سیاست‌های حامی سلامت
۵/۲	۱۴	۲/۳	۱	۱/۴	۱	۷/۸	۱۲	سیاست‌های بازدارنده یا محدودکننده اقدام ناسالم
۱۰۰	۲۶۹	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۱۵۳	جمع

پیشگیری از بیماری در مطالب منتشر شده خبرگزاری‌ها

در میان مطالبی که واجد موضوع پیشگیری بودند در خبرگزاری ایسنا ۷۴ مطلب مشاهده شد که ۸۱/۱ درصد این مطالب به موضوع پیشگیری مرحله اول پرداخته بودند و پیشگیری مرحله دوم با ۱۶/۲ درصد و پیشگیری مرحله سوم با ۲/۷ درصد در این خبرگزاری رتبه‌های بعدی را داشتند. در ۸ مطلب سلامت خبرگزاری مهر با موضوع پیشگیری، ۸۷/۵ درصد پیشگیری مرحله

اول را پوشش داده‌اند و ۱۲/۵ درصد پیشگیری مرحله دوم توجه داشته‌اند و در موضوع پیشگیری مرحله سوم مطلبی وجود ندارد. خبرگزاری تسنیم نیز با ۷ مطلب درباره پیشگیری ۸۵/۷ درصد به پیشگیری اولیه اختصاص دارد. ۱۲/۵ درصد به پیگیری ثانویه. مطلبی که در آن به پیشگیری مرحله سوم اشاره داشته باشد در میان مطالب مورد بررسی این خبرگزاری وجود نداشت.

جدول شماره ۵- پیشگیری از بیماری در مطالب منتشرشده خبرگزاری‌ها

کل	خبرگزاری						پیشگیری از بیماری	
	تسنیم		مهر		ایسنا			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۸۳	۷۳	۸۵/۷	۶	۸۷/۵	۷	۸۱/۱	۶۰	پیشگیری اولیه
۱۴/۸	۱۳	۰	۰	۱۲/۵	۱	۱۶/۲	۱۲	پیشگیری دوم
۲/۲	۲	۱۴/۳	۱	۰	۰	۲/۷	۲	پیشگیری سوم
۱۰۰	۸۸	۱۰۰	۷	۱۰۰	۸	۱۰۰	۷۴	جمع

قالب‌بندی پیام‌های سلامت

همان‌طور که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود؛ پیام‌های سلامت مبتنی بر جاذبه‌شناختی بیشترین فراوانی را ۳۲/۴ درصد در خبرگزاری ایسنا با ۲۵۰ مطلب مورد بررسی به خود اختصاص داده‌اند پس از آن استفاده از جاذبه مثبت در قالب‌بندی پیام‌های سلامت با ۲۴/۴ درصد رتبه دوم را داراست. اما پیام‌هایی که با استفاده از جاذبه تهدید یا استفاده از مثال صورت‌بندی شده‌اند، کمترین فراوانی حدود ۰/۸ درصد را دارا هستند. از ۹۴ مطلب مورد بررسی خبرگزاری مهر، ۵۰ درصد مطالب از جاذبه مثبت استفاده کرده‌اند. استفاده از پیام‌های سلبی و ایجابی هر دو در رتبه آخر صورت‌بندی پیام‌های سلامت قرار گرفته‌اند، ضمن اینکه مطلبی که پیام سلامت را در قالب جاذبه تهدید یا استفاده از مثال تدوین کرده باشد، اصلاً مشاهده نشد. در خبرگزاری تسنیم با ۶۳ مطلب مورد بررسی ۳۸/۱ درصد از پیام‌ها با استفاده از جاذبه مثبت صورت‌بندی شده‌اند و از پیام سلبی، ایجابی، استفاده از مثال و جاذبه تهدید استفاده نشده است.

خبرگزاری‌ها در صورت‌بندی پیام‌های سلامت بیشتر از جاذبه‌های مثبت پیام استفاده کرده‌اند که با فراوانی ۳۲/۴ درصد دیده می‌شود.

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی قالب‌های پیام در مطالب سلامت خبرگزاری‌ها

کل	خبرگزاری						قالب‌های پیام	
	تسنیم		مهر		ایسنا			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۷/۱	۲۹	۰	۰	۲/۱	۲	۱۰/۸	۲۷	پیام سلبی
۳/۶	۱۵	۰	۰	۲/۱	۲	۵/۲	۱۳	پیام ایجابی
۳۲/۴	۱۳۲	۳۸/۱	۲۴	۵۰	۴۷	۲۴/۴	۶۱	جذب مثبت
۱۱/۷	۴۸	۴/۸	۳	۱۹/۱	۱۸	۱۰/۸	۲۷	جذب منفی و ترس
۵/۴	۲۲	۱۲/۶	۸	۶/۴	۶	۳/۲	۸	جذب‌های چندگانه
۱۱/۱	۴۵	۱۴/۳	۹	۷/۴	۷	۱۱/۶	۲۹	جاذبه هیجانی
۲۷/۵	۱۱۲	۳۰/۲	۱۹	۱۲/۸	۱۲	۳۲/۴	۸۱	جاذبه شناختی
۰/۶	۲	۰	۰	۰	۰	۰/۸	۲	جاذبه تهدید
۰/۶	۲	۰	۰	۰	۰	۰/۸	۲	استفاده از مثال
۱۰۰	۴۰۷	۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۹۴	۱۰۰	۲۵۰	جمع

بحث و نتیجه‌گیری

خبرگزاری‌های مورد بررسی در پوشش سلامت، به موضوعات خاصی توجه بیشتری نشان داده‌اند، به طوری که موضوع «منافع مرتبط با سلامت مثل تغذیه سالم، ورزش، واکسیناسیون، بارداری، خودمراقبتی، اعلان‌های مراکز بهداشتی و...» بیشتر برجسته شده است. این موضوع، با نتیجه تحقیق انتویسل و هنکوک (۱۹۹۲) که موضوع رژیم غذایی و ورزش واجد بیشترین پوشش خبری بود، همخوان است و از این منظر مهم است که در رویکرد پیشگیری از بیماری قرار می‌گیرند. همچنین تحقیق گوپتا و شینها^۱ (۲۰۱۰) در بررسی پوشش اخبار سلامت، ورزش را در رتبه نخست یافته بود. موضوعاتی نظیر رابطه درمانگران با بیماران، موضوع دارو، بیماران روانی و طب سنتی علی‌رغم اهمیت بسیار، کمتر برجسته شده‌اند. چنین به نظر می‌رسد رسانه‌ها با تأکید بر منافی که سلامت به دنبال دارد، به دنبال تقویت رفتارهای سالم در جامعه می‌باشند. زیرساخت‌های بهداشتی و برنامه‌های آموزشی در موضوع سلامت نیز با اولویت بالایی برجسته شده‌اند.

بر اساس الگوی تانهیل، ارتقای سلامت شامل «آموزش سلامت»، «حفاظت از سلامت» و «پیشگیری» است که در مقوله آموزش «تشویق و تقویت خودکارآمدی» بیشترین پوشش را داراست. این همان نتیجه‌ای است که هوسمان و فیشر^۲ (۲۰۱۵) بدان اشاره کرده و بر

^۱ Gupta and Sinha

^۲ Husemann and Fischer

آگاهی‌رسانی رسانه‌ای در زمینه خودکارآمدی تأکید کرده بودند. تحقیق گوشا و ساها^۱ (۲۰۱۳) نیز بر اهمیت بهبود آگاهی‌های عمومی و تقویت مهارت‌ها که نتایج مثبتی برای سلامتی به‌دنبال دارد تأکید می‌کند.

در موضوع حفاظت از سلامت، سه مقوله کنترل‌های قانونی و حقوقی، سیاست‌های حامی سلامت و سیاست‌های بازدارنده یا محدودکننده اقدام ناسالم بررسی شد. به‌نظر می‌رسد توجه رسانه‌های مورد بررسی در حوزه «سیاست‌های حامی سلامت» بیشتر بوده است. در مقایسه، اخبار مرتبط با «وضع قوانین و اعمال کنترل‌های قانونی» و «سیاست‌های بازدارنده اعمال ناسالم» کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. با توجه به اهمیت جایگاه قوانین و ضمانت‌های اجرایی آن در ایجاد محیطی سالم‌تر در جامعه، به‌نظر می‌رسد بی‌توجهی به این دو حوزه مهم خودنمایی می‌کند؛ به‌گونه‌ای که در اخبار، بیشتر شاهد برجسته‌سازی اقدامات انجام شده توسط دست‌اندرکاران حوزه سلامت شده و از توجه به مباحث قانونی غفلت شده است. با توجه به پایین بودن اولویت پوشش قوانین و سیاست‌های بازدارنده در حوزه سلامت، اصحاب رسانه باید درصدد پرکردن این شکاف بوده و ضعف‌های این حوزه را مانند عملکرد مثبت تصمیم‌سازان در دستور کار خود قرار دهند.

موضوع دیگری که از نتایج این مطالعه برمی‌آید، رویکرد پیشگیری است که در سه مقوله پیشگیری اولیه، ثانویه و مرحله سوم بررسی شده است. مرحله سوم پیشگیری، به‌صورت کنترل بیماری در مرحله پیشرفته و بحرانی به‌منظور به حداقل رساندن آثار زیانبار آن بر سلامت، تعریف می‌شود. آنچه از این مطالعه برمی‌آید، بی‌توجهی رسانه‌های مورد بررسی به بحث توانبخشی و توانمندسازی بیماران مانند رهاشدگان اعتیاد است. با توجه به اینکه بخشی از جامعه ما درگیر چنین فرایندی است، بهزیستی و ارتقای وضعیت زندگی این بخش، باید مورد توجه باشد و بخشی از این توجه به‌واسطه رسانه‌ها در جامعه برجسته خواهد شد. در مجموع، می‌توان گفت از میان سه رویکرد ارتقای سلامت، رویکرد حفاظت از سلامت بیشتر برجسته شده است.

پیام‌های بهداشتی شامل آن دسته از پیام‌ها هستند که برای تغییر رفتار افراد طراحی می‌شوند. این پیام‌ها باید اطلاعات متناسب با افراد و دغدغه‌های آنان ارائه دهند. افراد نه‌تنها باید پیام را متناسب با وضعیت خود بدانند، بلکه باید به رفتارهای توصیه‌شده در پیام نیز عمل کنند. تحقیق کالبلفلیش^۲ (۲۰۰۹) اهمیت داستان‌سرایی، استفاده از مثال، استفاده از طنز و استعاره را در چارچوب‌بندی پیام یادآور می‌شود. این در حالی است که نتایج این پژوهش، نشان

^۱ Ghosh and Saha

^۲ Kalbfleisch

داد خبرگزاری‌ها در صورت‌بندی پیام‌های سلامت بیشتر از «جاذبه‌های مثبت» پیام استفاده کرده‌اند. باید به این مهم توجه داشت که مثلاً جاذبه‌های منطقی برای مخاطبین علاقه‌مند به موضوع مناسب‌اند و جاذبه‌های هیجانی برای مخاطبینی مناسب است که در حال حاضر به موضوع پیام علاقه‌مند نیستند. اگر مخاطب را می‌ترسانید، باید راهی برای کاهش تهدید به آنها ارائه دهید. اگر مخاطب را مضطرب کنید و راهی برای کاهش اضطراب به آنها ارائه نکنید، پیام را نادیده می‌انگارند و بر طبق آنچه در پیام توصیه کرده‌اید، عمل نمی‌کنند. بنابراین هر نوع پیام سلامت، چارچوب و قالب خاص خود را می‌طلبد تا بتواند تأثیرگذاری مناسب بر مخاطب را به‌دنبال داشته باشد. چنانکه هوسمان و فیشر (۲۰۱۵) نیز بر به‌کارگیری پیام‌های حاوی ترس به‌منظور تقویت خودکارآمدی تأکید کرده بودند. در مجموع، با توجه به اینکه حمایت رسانه‌ها از سلامت استراتژی ارتقای سلامت است، رسانه‌ها بهتر است دقت نظر بیشتری در ارائه این پیام‌ها داشته باشند.



منابع

- احدزاده، اشرف، (۱۳۹۴) ارتباطات سلامت و رسانه‌های اجتماعی، <http://www.salamatnameh.com>
- امیر تیموری حسن (۱۳۹۰) طراحی پیام‌های آموزشی، تهران: نشر سمت، چاپ اول، 1390.
- تقدیسی، محمدحسین؛ نجاتیان، احمد؛ منصوریان، مرتضی؛ رضوی‌زاده سیدنورالدین و حسینی، فاطمه (۱۳۹۰) تحلیل محتوای مطالب بهداشتی روزنامه‌های کثیرالانتشار ایران با تأکید بر ارتقای سلامت و آموزش بهداشت در سال ۱۳۸۶، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هفتم، شماره ششم. چینه‌کش، عهدیه (۱۳۹۱) بررسی کیفیت مطالب چاپ شده مرتبط با سلامت در سه روزنامه کثیرالانتشار کشور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور.
- خانیکی، هادی و عاطفی‌منش روشنگر (۱۳۹۳) ارتباطات سلامت؛ زمینه‌ها و دورنما، <http://www.khaniki.com/?p=252>
- رئی‌تهرانی، حبیب (۱۳۸۹) سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت (نقش تلویزیون در ترویج سلامت شهروندان 51 سال به بالای تهرانی)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- رخشانی، فاطمه؛ شمس، محسن و پریانی، عباس (۱۳۸۹) آموزش و ارتقای سلامت، تاریخچه، وظایف و شاخص‌ها، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- رفیعی‌فر، شهرام (۱۳۸۳) از آموزش سلامت تا سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- شهبازی، مسعود (۱۳۹۱) تحلیل محتوای نحوه انعکاس اخبار مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی در سال ۱۳۹۰ در مطبوعات ایران (ایران، جام‌جم)، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- شهناء، آدام و اشترونبرگ، جاسپر (۱۳۹۴) نظریه چارچوب‌بندی، ترجمه بیچرانلو، www.sooremag.ir
- صالحی‌عمران، ابراهیم؛ عابدینی بلترک، میمنت (۱۳۹۰) مدیریت اطلاعات سلامت، دوره هشتم، شماره چهارم، ۶۰۸-۶۰۱.
- عاطفی‌منش روشنگر، (۱۳۸۹) بررسی دیدگاه دانشجویان آموزش بهداشت نسبت به ارتباطات سلامت و تلویزیون، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علی‌محمدی، شهناز (۱۳۹۳) «رسانه‌های سلامت محور و ارتقای سلامت جامعه»، 185573.pdf_www.behdasht.gov.ir/uploads/alimohamadi
- قنبری، علی‌حیدر (۱۳۹۰) نحوه انعکاس بیماری‌های صعب‌العلاج در مطبوعات سراسری سال ۱۳۸۹، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نابی، ربین ال و بث، اولیور ماری (۱۳۹۳) فرآیندها و تأثیرات رسانه‌ها، ترجمه سیدمحمد، مهدی‌زاده، تهران، مرکز تحقیقات صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.

Cohen, Elisia L. , Caburnay, Charlene A. , Luke, Douglas A. , Rodgers, Shelly, Cameron, Glen T. and Kreuter, Matthew W. (2008) Cancer Coverage in General Audience and Black Newspapers', *Health Communication*, 23:5, 427 - 435.

Edgar Timothy and Volkman Julie E. , (2012) Using Communication Theory for Health Promotion: Practical Guidance on Message Design and Strategy, *Health Promotion Practice*, 13, 5, 587-590.

Entwistle Vikki and Hancock beaulieu, micheline, (1992) Health and medical coverage in the Uk national press, *Published Understanding Science*, 1, 367-382.

Grossberg, L. Wartella, E. , & Whitney, C. , & Macgregor, W. (1998) *Media making: Mass media in a popular culture* second edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

Gupta Achala and Sinha A. K. , (2010) Health Coverage in Mass Media: A Content Analysis, *J Communication*, 1(1): 19-25.

<http://mazandaran.isna.ir/Default.aspx?NSID=5&SSLID=46&NID=36382>

Husemann Sabine and Fischer Florian, (2015) Content analysis of press coverage during the H1N1 influenza pandemic in Germany 2009-2010, *BMC Public Health*.

- 0 Kalbfleisch Pamela J. , (2009) Effective Health Communication in Native Populations in North America, *Journal of Language and Social Psychology*, 28(2), 158-173.

Kreps Gary L. , (2006) Communication and Racial Inequities in Health Care, *American Behavioral Scientist* Volume 49 Number 6.

Slater Michael D. (2006) Specification and Misspecification of Theoretical Foundations and Logic Models for Health Communication Campaigns, *Health Communication*, 20:2, 149-157.

Sparks, L. (2010) Health communication and caregiving research, policy, and practice. In S. S. Travis & R. Talley (Eds.) *Multi-disciplinary Coordinated Caregiving: Professional Contributions*. Springer.

Wei Peng and Tang Lu, (2010) Health Content in Chinese Newspapers, *Journal of Health Communication*, 15:695- 711.