

چارچوب‌بندی سلامت در برنامه‌های گفتگو محور ترکیبی

تلویزیون (مورد مطالعه: برنامه ضربان)

زرین زردار^۱، ملیحه اسماعیلی^۲

تاریخ دریافت: ۹۸/۶/۲۰، تاریخ تایید: ۹۸/۱/۲۰

DOI: 10.22034/JCSC.2021.114112.2002

چکیده

ارتباطات سلامت نقش مهم و تأثیرگذاری در اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، تشویق افراد به خودمراقبتی و تغییر سبک زندگی در جهت پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سطح سواد سلامت جامعه ایفا می‌کند. رسانه‌ها تأثیر جدی بر شکل‌دهی به واقعیت اجتماعی دارند و از طریق چارچوب‌بندی مباحث سلامت، نقشی حیاتی در شکل‌گیری افکار عمومی ایفا می‌کنند. مقاله حاضر، با بررسی برنامه «ضربان» به‌عنوان برنامه گفتگو محور شاخص «شبکه سلامت» - به‌دنبال پاسخ به این سؤال است که سلامت در برنامه‌های تلویزیونی چگونه چارچوب‌بندی شده است؟ در این مطالعه، چارچوب‌ها با روش تحلیل محتوای کمی استخراج شد. انتخاب برنامه‌ها بر اساس نمونه‌گیری مطابق دو هفته آماری، در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ صورت گرفت. در این مطالعه، واحد تحلیل «سکانس» است و تمام سکانس‌ها در برنامه‌های منتخب، تحلیل شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد برنامه ضربان، سلامت را در دو قالب درمان و پیشگیری چارچوب‌بندی کرده است. چارچوب درمان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای برجسته‌تر و پررنگ‌تر از چارچوب پیشگیری است. بررسی زیر چارچوب‌های بخش درمان حاکی از آن است که اطلاعات عمومی در مورد بیماری از اولویت بالاتری نسبت به سایر زیر چارچوب‌ها؛ نظیر مفاهیم علمی، اشاره به علت بیماری، تشریح فرایند بیماری و امثال آن برخوردار است. همچنین، در چارچوب پیشگیری، توصیه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری در مقایسه با توصیه‌های غذایی، روان‌شناختی، ورزشی و توصیه مربوط به دخانیات یا الکل، اولویت بالاتری دارد. یافته‌های تحقیق با توجه به ابعاد و سطوح سواد سلامت و نیز خط‌مشی رسانه‌ای صداوسیما مورد بحث و تبیین قرار گرفتند.

واژگان کلیدی: ارتباطات سلامت، سواد سلامت، چارچوب‌بندی، تحلیل محتوا، تلویزیون.

۱ استادیار گروه ارتباطات اجتماعی، دانشکده ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی zarrinzardar88@gmail.com

۲ کارشناسی ارشد ارتباطات، دانشکده ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی maliheesmaeili88@gmail.com

مقدمه

سلامت و بهداشت، یکی از ضرورت‌های اجتماعی است و عملکرد مطلوب جامعه، مستلزم برخورداری از افرادی است که از نظر سلامت و بهداشت در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند. امروزه ارتباطات مؤثر به‌عنوان نقطهٔ مرکزی مراقبت‌های بهداشت و سلامت شناخته و پذیرفته شده است (Berry, 2007: 16). پیام‌های مرتبط با بهداشت و سلامت، هنگامی که به‌طور مؤثر در رسانه‌ای مناسب به کارگرفته شود؛ از پتانسیل قابل توجهی برای ترویج سلامت افراد و جوامع برخوردار است و می‌تواند به‌صورت موفقیت‌آمیز بر دانش، نگرش، رفتار، عمل و سیاست در حوزه سلامت، مؤثر واقع شود.

بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱، «سلامت» عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی؛ و تنها عاری بودن از بیماری یا نقص عضو نیست (Tulchinsky, et al, 2009:24). سلامت مطلوب؛ با تلفیقی از ارتقای وضعیت مناسب جسمی، عقلانی، احساسی، اجتماعی، معنوی و محیط سالم به‌دست می‌آید و باعث می‌شود که فرد، به اهداف خود دست یابد و زندگی برایش معنا و مفهوم داشته باشد. در این شرایط، افراد می‌توانند آموزش ببینند، فرصت تغییر به‌سمت بهتر شدن داشته باشند و بتوانند بین جنبه‌های مختلف زندگی خود تعادل برقرار کنند. سلامت افراد، نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی آنها دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجبات توسعه اجتماعی را فراهم آورد.

در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم، سلامت به مسئله‌ای مهم به‌خصوص در کشورهای درگیر جنگ تبدیل شد. در سه دههٔ پایانی قرن بیستم، سلامت (به‌ویژه در کشورهای پیشرفته) به‌عنوان مهم‌ترین اولویت زندگی افراد شناخته شد (Thomas, 2006: 39). به‌همین دلیل، سلامتی و بهداشت افراد در اولویت برنامه‌ها و برنامه‌های توسعه بین‌المللی قرار گرفت (WHO European Region, 1998: 33). در سال‌های اخیر نیز سازمان جهانی بهداشت، از موضوع سواد سلامت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت در کشورها یاد کرده است و از همه کشورها خواسته است که به این مهم توجه کافی داشته باشند (World Health Organization, 2009: 11).

گرچه اصطلاح ارتباطات سلامت به اواسط دههٔ ۱۹۷۰ برمی‌گردد، اما تا پیش از آن نیز اقدامات قابل توجهی برای ارتباط با جامعه در زمینهٔ مسائل بهداشتی مانند سوء مصرف الکل،

1 WHO

بیماری آبله، تدارک و ذخیره نامناسب مواد غذایی و مراقبت بهداشتی ناکافی در جمعیت‌های محروم صورت گرفت (Tulchinsky, et al, 2009: 22)؛ به‌طوری که در اواخر دهه ۱۹۴۰ در کشورهای پیشرفته، به‌دلیل محبوبیت و تأثیر گسترده‌ای که تلویزیون در زندگی مردم داشت و سلامت به‌عنوان مهم‌ترین اولویت زندگی افراد محسوب می‌شد؛ مراحل اولیه اصلاحات فرهنگی به‌واسطه تلویزیون، در محیط خانواده و در همان اتاق نشیمن صورت گرفت (Marc and Thompson, 2005: 72). در آن سال‌ها، اولویت با تلویزیون بود و مردم زمان کمتری را برای رفتن به سینما، مکان‌های تفریحی و سایر فعالیت‌های مدنی اختصاص می‌دادند و تلویزیون به‌عنوان نوعی فعالیت اجتماعی در داخل خانه‌ها نیز شکل گرفته بود.

ارتباطات سلامت، نقش مؤثری در آگاه‌سازی، تشویق افراد به خودمراقبتی، تغییر سبک زندگی در جهت پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت ایفا می‌کند. رسانه‌های جمعی با برقراری ارتباط با تعداد زیادی از مخاطبان، تأثیر قابل توجهی بر دانش، باورها، ادراکات، نگرش‌ها و رفتارهای افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و در سطح جامعه دارند. رسانه‌های جمعی می‌توانند با دادن اطلاعات، ایجاد انگیزه و توانمندسازی مردم موجب تغییر رفتار شوند. همچنین، با ارائه یک پلتفرم مناسب برای حمایت از سیاست‌های سلامت و اقدامات مدنی، برای ترویج سلامت به‌کار گرفته می‌شوند (M-Davis, 2012: 767). تمرکز ارتباطات سلامت بر تحولات کلان اجتماعی در حوزه سلامت و نقش ارتباطات در رابطه با این تغییرات سلامت‌محور در اجتماع است (راوودراد و آقایی، ۱۳۹۷: ۷۱). با استفاده از قدرت و دسترسی به رسانه‌های جمعی می‌توان بر تمام جنبه‌های مختلف زندگی مردم، از جمله سلامت و رفاه آنها تأثیر گذاشت.

هدف از انتشار اطلاعات بهداشتی و سلامت این است که با بهبود سواد سلامت افراد، موجب ارتقای سلامت آنها شوند. افراد دارای سواد کافی در حوزه سلامت، وضعیت سلامت مطلوب‌تری دارند و هزینه‌های درمانی کمتری را متحمل می‌شوند که این امر، موجب بالا رفتن کیفیت زندگی افراد جامعه می‌شود. به‌همین دلیل، کشورهایی که دارای نظام سلامت کارآمد هستند، برای افزایش سطح سواد سلامت مردم، سیاستگذاری می‌کنند و برنامه دارند.

بسیاری از مشکلات حوزه سلامت، با توسعه ارتباطات میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران، پژوهشگران و سیاستگذاران حوزه سلامت و مردم کاهش می‌یابد (قنبری باغستان و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۸۰). در کشورهای پیشرفته، برنامه‌ریزان و سیاستگذاران امر سلامت، با طراحی برنامه‌ها و تولید محتواهای آموزنده که حاوی مطالب پیشگیرانه است و با به‌کارگیری

رسانه‌ای مطلوب (متناسب با هر دوره‌ای، از رسانه محبوب در میان افراد بهره می‌گیرند)، در جهت افزایش سطح سلامت مردم کوشش‌های زیادی انجام داده‌اند.

سلامت، هسته اصلی و مرکزی دربالا بردن کیفیت زندگی افراد و توسعه پایدار محسوب می‌شود. براساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، ۹۰ درصد از بار جهانی بیماری‌ها، در کشورهای در حال توسعه است (Dodd, et al, 2007: 8). این امر در مورد کشور ما نیز به‌عنوان یک جامعه در حال توسعه، اهمیت زیادی دارد؛ زیرا کشور ما دارای جمعیت جوان بوده و این جمعیت جوان، به‌عنوان اصلی‌ترین سرمایه اجتماعی برای توسعه، نیازمند توجه به سلامتی کافی و مطلوب است.

براساس نظر سنجی ایسپا^۱، بیش از ۵۰ درصد مردم ایران، اخبار و اطلاعات خود را از طریق تلویزیون کسب می‌کنند. با توجه به اینکه تلویزیون یکی از پر مخاطب‌ترین رسانه‌هاست، محتوای پیام‌های سلامت‌محور که از این رسانه تولید و پخش می‌شود، حائز اهمیت است. همچنین رسانه‌های دیداری مانند تلویزیون، ۴۳ درصد بیشتر از رسانه‌های غیر دیداری موجب ترغیب مخاطبان می‌شوند و مفاهیم پیچیده از طریق تصویر، آسان‌تر فهمیده می‌شوند (جعفری و خدادادی حدادان، ۱۳۹۸: ۲۲۲). بر این اساس، از مهم‌ترین کارکردهای تلویزیون، آموزش و دادن آگاهی جهت بالابردن سواد سلامت در میان مخاطبان است.

در کشورهای پیشرفته، برنامه‌های بازاریابی اجتماعی و سریال‌ها از جمله نمونه‌های موفق برنامه‌سازی در حوزه سلامت بودند که مسئولان آنها در فاصله بین سال‌های ۱۹۵۵ تا ۱۹۷۱، برای بالا بردن سطح سلامت جامعه با بهره‌گیری از تلویزیون (در زمانی که رسانه محبوب در میان عموم مردم به‌شمار می‌رفت)، تولید و پخش کردند (Golembiewski, 2008; Roman, 2005; Marc and Thompson, 2005). همچنین در این کشورها، برنامه‌ریزان و سیاستگذاران امر سلامت، با طراحی و تولید محتواهای آموزنده که حاوی مطالب پیشگیرانه است و با به‌کارگیری رسانه‌ای مطلوب (متناسب با هر دوره‌ای از رسانه محبوب در میان افراد بهره گرفته‌اند)، در جهت افزایش سطح سلامت مردم کوشش‌های زیادی انجام داده‌اند.

صداوسیما به‌عنوان رسانه ملی، توجه به سلامت و ارتقای سطح شناخت و آگاهی مردم برای پیشگیری و کنترل بیماری‌ها را به‌عنوان یکی از رسالت‌های خود در نظر گرفته است

۱ مرکز افکارسنجی سایت دانشجویان ایران (<http://ispa.ir>).

(شورای تخصصی سلامت، ۱۳۹۵: ۲۰). از آنجا که توجه به بهداشت عمومی، کمک به ترویج بهداشت و سلامت در جامعه و اطلاع‌رسانی مناسب با اهداف ملی در حوزه سلامت از وظایف اصلی رسانه‌ها به‌شمار می‌آید و این حوزه بر پیشگیری و ارتقای سواد سلامت افراد جامعه تأکید دارد؛ و با توجه به جایگاه مهم و نقش پُررنگ تلویزیون در توسعه سلامت، تصویری که از سلامت به مخاطب ارائه می‌شود، اهمیت خیلی زیادی دارد که تصویری چندبعدی و دربرگیرنده تمام نیازهای جامعه باشد. بنابراین لازم است برنامه‌هایی که با این هدف تولید می‌شوند، مورد ارزیابی قرار گیرند، که آیا در راستای اهداف سواد سلامت طراحی شده‌اند و یا ممکن است نقص‌ها و کاستی‌هایی داشته باشند که نتوانند به توسعه سواد عمومی در حوزه سلامت کمک کنند.

وسایل ارتباط جمعی، تأثیر جدی بر شکل‌دهی به واقعیت اجتماعی دارند. در واقع، رسانه‌ها به‌عنوان منبع اولیه و مهم اطلاعات در مورد مسائل مختلف هستند و از طریق چارچوب‌بندی مباحث، نقش مهم و حیاتی در شکل‌گیری افکار عمومی دارند (Zhang et al, 2015: 3).

رسانه‌ها آیین‌های برای انعکاس واقعیت نیستند، بلکه سازنده واقعیت و شکل دهنده به آن هستند. آنها با انتخاب برخی موضوعات و قراردادن آن در یک چارچوب خاص، رویدادها را براساس زاویه دید خود از نو برمی‌سازند و به این ترتیب، چارچوب‌های رسانه‌ای در شکل دادن به اذهان عمومی در مورد پدیده‌ها و مسائل اجتماعی نقش‌آفرینی می‌کنند.

مقاله حاضر، با بررسی برنامه «ضربان» به‌عنوان برنامه گفتگومحور شاخص شبکه سلامت به‌دنبال شناخت نحوه چارچوب‌بندی سلامت در تلویزیون است. اینکه این برنامه، چه ابعادی از سلامت را پررنگ می‌کند، چه چیز را کنار می‌گذارد و چه چیز را اولویت می‌بخشد. در واقع، این مقاله به‌دنبال پاسخ به این سؤال است که سلامت در برنامه‌های تلویزیونی چگونه چارچوب‌بندی شده است؟

از آنجایی که در ایران، تلویزیون مهم‌ترین منبع کسب آگاهی و اطلاعات مرتبط با سلامت برای مخاطبان محسوب می‌شود، بالابردن کیفیت برنامه‌های سلامت‌محور تلویزیون، ضرورتی گریزناپذیر است. همچنین، مطالعه در زمینه ارتباطات سلامت به‌منظور برآورد وضعیت محتوای برنامه‌های سلامت‌محور تلویزیون و شناخت نکات ضعف و قدرت این برنامه‌ها، موجب افزایش توانمندی گردانندگان تلویزیون و سایر فعالان حوزه سلامت برای ارتقای برنامه‌ریزی در این حوزه و کمک به بهبود سطح سواد سلامت و کیفیت زندگی افراد است.

مبانی نظری

از لحاظ تاریخی، رسانه‌ها تأثیر قابل توجهی در ارتقای سلامت جامعه داشته‌اند. استفاده مؤثر از رسانه‌ها، برای موفقیت در تلاش‌های سلامت محور افراد و جامعه مهم است. مطالب بهداشت و سلامت به‌طور فزاینده‌ای در رسانه‌ها دیده می‌شود که حاوی پیام‌های متعدد مستقیم یا غیر مستقیم مرتبط با سلامت هستند. رسانه‌ها، از جمله روزنامه‌ها، رادیو، تلویزیون و...، اطلاعات زیادی در مورد سلامتی و رفاه ارائه می‌دهند. بسیاری از روزنامه‌های معتبر در جهان، خبرنگارانی را جذب می‌کنند که تمرکز ویژه آنها اخبار پزشکی یا علمی - سلامت است. بسیاری از شبکه‌های تلویزیونی، سردبیر پزشکی دارند (Loue, et al, 2002: 119 - 120). رسانه‌های جمعی می‌توانند از طریق استفاده از تصاویر دراماتیک و گزارش‌های تأثیرگذار، موجب تغییر نگرش و رفتار افراد شوند.

در جهان سابقه‌ای طولانی در مورد استفاده از رسانه‌ها، برای ترویج سلامت وجود دارد. ام. دیویس^۱ (۲۰۱۲) می‌گوید، قبل از جنگ جهانی اول، روزنامه «ویکتورین»^۲، تبلیغاتی در مورد خواص حمام دریا داشت؛ که آن را می‌ستودند و ترویج می‌دادند. در طول جنگ جهانی اول، پوسترهایی در مورد خطرهای بیماری آمیزشی منتشر می‌شد. در برنامه «دکتر رادیو» رادیو «بی. بی. سی»^۳، دکتر چارلز هیل^۴، از خانواده‌ها می‌خواست سبزیجات مورد نیاز خود را در زمان رعد و برق پرورش دهند. لابی بهداشت و سلامت بریتانیا از رسانه‌های خبری برای حمایت از قوانین (بدون دود) که بر ضد سیگار کشیدن بود، استفاده کرد. همچنین، یک سوپ اپرا^۵ در بوتسوانا^۶، با نام «مگ کیبنگ»^۷ برای ارائه پیام‌های پیشگیرانه انتقال ایدز^۸، در طولانی مدت اجرا می‌شد. رسانه‌ها در حوزه سلامت، تنها نقش آموزش و اطلاع‌رسانی نداشتند. نظارت بر فرایند درمان و اصلاح رویه‌های نادرست در این حوزه نیز جزء حیطه فعالیت آنها محسوب می‌شد. در کتاب لووی^۹ و همکارانش (۲۰۰۲) ذکر شده، در ۱۳ ماه مه ۱۹۴۶، مجله زندگی یک مقاله ۱۳ صفحه‌ای تحت عنوان «تیمارستان ۱۹۶۴»، بیشتر بیمارستان‌های ایالت متحده شرمند و

1 M-Davis

2 Victorian

3 B. B. C

4 Dr Charles Hill

5 soap opera

6 Botswana

7 aaaaaa aaaaaaa

8 HIV

9 Loue, et al

ناراحت هستند^۱، که شامل عکس‌ها و جزئیات اعتراض کارکنان بیمارستان‌های روانی در برابر شرایط وحشتناکی بود که در آنجا وجود داشت و جزئیات شوکه‌کننده درمان در یک بیمارستان روانی را نشان می‌داد. که مبنای پر فروش‌ترین رمان سال، گودال مار^۲، گردید و فیلمی با همین نام شد و به دنبال آن، به دلیل توجهی که به واسطه پوشش و حمایت رسانه‌ها صورت گرفت، کنگره، قانون ملی سلامت روان و ایجاد «مؤسسه ملی سلامت روان» را تصویب کرد.

در سایر حوزه‌های پزشکی نیز عملکرد رسانه‌ها بر رویه‌های درمان، اثر گذاشته است. طبق اظهارات لووی و همکارانش (۲۰۰۲)، تبلیغات منفی از طریق پوشش رسانه‌های جمعی در مورد قرص و انسداد داخل رحمی^۳ (که دو روش پیشگیری از بارداری محسوب می‌شوند)، به طور مستقیم با قطع شدن نرخ استفاده این دو روش پیشگیری از بارداری بین سال‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۷۵، ارتباط دارد. اخبار و گزارش‌هایی که عوارض منفی را برجسته می‌کردند اثر فوری بر مخاطبان داشتند، اما پوشش تلویزیونی از طریق مستند، نمایش، گزارش و...، موجب عدم استفاده از این روش‌های جلوگیری از بارداری، برای طولانی مدت و به صورت پایدار شد.

در واقع، تلویزیون یکی از رسانه‌هایی است که به طور گسترده در حوزه سلامت به تولید محتوای عامه‌پسند پرداخته است. دابلیو وی تی وی^۴، شبکه تلویزیونی مخصوص کودکان و نوجوانان است که در سال ۱۹۶۶ شروع به کار کرد. در آگوست ۱۹۹۰، این شبکه، پخش مجموعه‌ای به نام «سوپر ۱۸ سوپرکیدز کلاب»^۵ را شروع کرد که شامل آموزش و اطلاع‌رسانی درباره کتاب خواندن، واکسیناسیون، دوچرخه سواری ایمن، سلامت، تغذیه و غیره بود (Golembiewski, 2008: 220-203). در سال ۱۹۹۵، شبکه ام تی وی^۶، مستندهایی در مورد سلامت تولید کرد که موفقیت‌های بسیاری به دست آورد و علاوه بر ایالات متحده، مخاطبان بسیاری در اروپا، آسیا، آمریکای لاتین و گاهی اوقات آفریقا جذب کرد (Selznick-2008-163). تولکینسکای^۷ (۲۰۰۹) در کتاب خود می‌گوید؛ در دهه ۹۰، در استرالیا یک رویکرد مؤثر برای ارتقای سلامت به کار گرفته شد؛ آنها با استفاده از طریق تلویزیون، اطلاعات مرتبط با رژیم غذایی سالم، فعالیت جسمانی و اجتناب از ریسک فاکتورهایی مانند سیگار کشیدن و سوء

1 "Bedlam 1946, Most US Hospitals Are Ashamed and Disgraced"

2 The Snake Pit

3 IUD

4 wwtv

5 rrrrr r88 rrrrr rrCCCC"

6 MTV

7 Tulchinsky, et al

مصرف الکل را به مخاطبان ارائه کردند. همچنین در ایالت ویکتوریای استرالیا، درآمد حاصل از مالیات سیگار برای مقاصد ارتقای سلامت به کار گرفته شد و تبلیغات سیگار در رویدادهای ورزشی و تلویزیون متوقف شد.

همچنین، بعضی از افراد، تلویزیون را به عنوان مهم ترین و ارزشمندترین منبع اطلاعات سلامت در نظر می گیرند (Loue, et al, 2002: 119 - 120). با توجه به آنچه گفته شد، تأثیر پیام های سلامت شبکه های تلویزیونی بر مخاطبان و تغییر رفتار آنها و حمایت از سیاست های سلامت و اقدامات مدنی، برای ترویج و ارتقای سلامت در جامعه جهانی به خوبی شناخته شده است. بنابراین، انتشار اطلاعات در مورد جنبه های مختلف بهداشت و سلامت عمومی در دستور کار صداوسیما نیز قرار داد. در همین راستا، شبکه سلامت سیما در آذر ماه سال ۱۳۹۱، کار خود را به صورت رسمی آغاز کرد. در وب سایت شبکه سلامت تلویزیون عنوان شده است، پشتیبانی توسعه ملی در حوزه سلامت از طریق افزایش آگاهی، ایجاد نگرش صحیح، مسئولیت پذیری، توانمندی، عملکرد مطلوب و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه، یا به عبارت دیگر، ارتقای سواد سلامت جامعه، از اهداف اصلی این شبکه محسوب می شود.

بر اساس تحقیقات صورت گرفته در ایران، پوشش رسانه ای موضوع مطالعه پژوهشگران حوزه ارتباطات سلامت است. آنچه در این پژوهش ها بدان پرداخته شده است؛ میزان اثرگذاری پیام های سلامت محور از منظر مخاطبان و ارزشیابی آن می باشد. در پژوهش کوره پز (۱۳۸۸)، خاشعی (۱۳۹۵) و راثی تهرانی (۱۳۸۹)، تلویزیون؛ اصلی ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی است و مخاطبان، موضوعات مربوط به سلامت و بهداشت را از طریق تلویزیون دنبال می کنند. در پژوهش کوره پز (۱۳۸۸) و محمدخانی ملکوه (۱۳۸۵)، اصول تغذیه و سبک زندگی، مشکلات عصبی و اضطراب از مهم ترین موضوعاتی است که در اولویت مخاطبان برنامه ها برنامه های بهداشت و سلامت تلویزیون قرار دارد.

بر اساس پژوهش های خارجی صورت گرفته، هدف از انتشار اطلاعات بهداشت و سلامت این است که با بهبود سواد سلامت افراد، موجب ارتقای سلامت آنها شوند. در پژوهش دوانگ و همکاران (۲۰۱۵)، سواد سلامت ابعاد گسترده ای دارد که شامل توانایی های مربوط به کنترل و تصمیم گیری در مورد سلامتی، حذف موانع و پیچیدگی های غیر ضروری برای درک مسائل مربوط به بهداشت و سلامت و مشارکت در امر سلامت است (Duong, et al, 2015). در پژوهش

ولکا^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، پایین بودن سواد سلامت، تهدید جهانی برای سلامت عمومی است. سواد سلامت به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده و مهم برای حفظ و ارتقای کیفیت زندگی افراد است و پایین بودن سطح سواد سلامت، عامل بالقوه خطر، برای سلامت افراد محسوب می‌شود (Wolka, et al, 2014). در پژوهش هینانت و لن ریس^۲ (۲۰۰۹)، برای کاهش عوارض منفی محدودیت‌های سواد سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و رسانه‌ها باید از سطح سواد سلامت بیماران و مخاطبان آگاهی داشته باشند و نسبت به آن پاسخگو باشند. در نتیجه این اطلاعات، برای همه افراد ساده، قابل فهم و کاربردی خواهد بود و موجب افزایش سطح سواد سلامت افراد و جامعه می‌شود (Hinnant and Len-Rios, 2009). همچنین، سواد سلامت در توسعه ارتباطات سلامت مؤثر و با کیفیت بالا، یک عنصر پایه است. در واقع، ارتباطات سلامت، هنگامی که به‌طور مؤثر در زمینه رسانه‌ای در نظر گرفته شود، از پتانسیل قابل توجهی برای ترویج سلامت افراد و جوامع برخوردار است.

سواد سلامت

ارتباطات سلامت، حوزه‌ای میان‌رشته‌ای است که دو حوزه ارتباطات و سلامت را به هم مرتبط می‌کند و از علوم مختلفی مانند علوم پزشکی، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و علوم ارتباطات متأثر است. هدف ارتباطات سلامت، حمایت از افراد، جوامع، متخصصان بهداشتی، گروه‌های خاص، سیاستگذاران، تأثیرگذاری بر آنها و شکل‌دهی به پیکارهای عمومی به‌منظور معرفی، اقتباس و تداوم رفتار، عملکرد یا سیاست‌هایی است که در نهایت منجر به بهبود بهداشت و سلامت می‌شود (Schiavo, 2007: 7). سواد سلامت مستلزم دانش، انگیزه و قابلیت مردم برای دسترسی به شناخت، ارزیابی و استفاده از اطلاعات حوزه سلامت است تا بتوانند برای مراقبت‌های مربوط به سلامت، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت، برای حفظ و یا بهبود کیفیت زندگی در طول دوره زندگی قضاوت و تصمیم‌گیری کنند (Hernandez and Landi, 2011: 22). سواد سلامت به‌عنوان یک مفهوم مرکزی در ارتقای سلامت به‌وجود آمده است (Thompson, et al, 2003: 684). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت، مهارت‌های شناختی و اجتماعی و انگیزه و توانایی افراد برای به‌دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات برای ترویج و حفظ سلامتی خوب است (Nutbeam, 2000: 6). سواد سلامت در

1Wolka

2 Hinnant and Len-Rios

گذشته به‌عنوان توانایی خواندن و درک اطلاعات سلامت شناخته شده بود، اما امروزه، معنای آن گسترش یافته است و شامل ابعاد گسترده‌ای از توانایی‌های مربوط به کنترل و تصمیم‌گیری افراد در مورد سلامتی است. در واقع سواد سلامت، توانایی خواندن و درک اطلاعات بهداشتی، مداخله در روند مراقبت‌های بهداشتی و سلامت و حذف پیچیدگی‌ها و موانع غیر ضروری برای درک مسائل و مداخلات بهداشتی است (Duong, 2015: 1-2). به عبارت دیگر، فرد دارای سواد سلامت کافی، از تفکر انتقادی مطلوبی برخوردار بوده، فردی مسئول در قبال سلامتی خویش و قادر به برقراری ارتباط برای حفظ و ارتقای سلامت خود می‌شود (Kickbusch, 2001: 4). بر این اساس، ناتبیم^۱ (۲۰۰۰)، برای سواد سلامت سه سطح در نظر گرفته است:

الف- سواد عملکردی یا پایه: مهارت‌هایی که مربوط به خواندن، درک و به کارگیری مفاهیم و اطلاعات مرتبط با سلامت افراد می‌باشند.

ب- سواد تعاملی: سطح وسیعی از مهارت‌هایی هستند که مردم در زمینه مسائل بهداشت و سلامت در طول زندگی خود به‌دست می‌آورند تا بتوانند با برگزیدن بهترین انتخاب‌ها، میزان خطرهای مرتبط با سلامت را کاهش و میزان کیفیت زندگی خود را افزایش دهند.

ج- سواد انتقادی یا توانمندسازی: این سطح از سواد سلامت؛ شامل تقویت شهروندی فعال با تلاش‌های پیشگیری و ارتقای سلامت، اقدامات فردی یا جمعی برای بهبود سلامت که به‌عنوان ابزارهای توانمندساز در سواد سلامت مطرح می‌باشند. سواد تعاملی و انتقادی می‌تواند منافع فرد و اجتماع را در بر داشته باشد و در روش‌های آموزشی و ارتباطات کاربرد فراوانی دارد.

برای ارتقای سلامت جامعه و حرکت به‌سمت اقدامات پیشگیرانه در سیستم بهداشت و درمان و به‌عنوان بخشی از تلاش همه‌جانبه برای بهبود کیفیت مراقبت سلامت و کاهش هزینه‌های آن، افراد باید در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامتی خود نقش فعال‌تری ایفا کنند. برای تحقق این امر، افراد باید قادر به کسب اطلاعات روز و معتبر بوده و در این مسیر، آگاهانه‌تر حرکت کنند.

در دو دهه اخیر که سواد سلامت به‌عنوان یک مفهوم مرکزی و مهم در ارتقای سلامت شناخته و معرفی شد؛ رویکردهای متفاوتی نسبت به آن ارائه شده است. به‌طور کلی، رویکردهای مرتبط با سواد سلامت به شرح زیر می‌باشند:

۱- سواد سلامت با رویکرد بالینی، مرتبط با تعریف سواد سلامت در پروژه مردم سالم در سال ۲۰۱۰ است. مطابق با این تعریف، توانایی سواد سلامت افراد، فاکتور میانجی برای تصمیم‌گیری بالینی و سلامتی به‌شمار می‌رود.

۲- سواد سلامت با رویکرد به اشخاص، بنابر تعریف ناتبیم (۲۰۰۸) است. این رویکرد، مرتبط با تعریف ارائه شده از سواد سلامت توسط سازمان بهداشت جهانی است و دربرگیرنده دیدگاه ارتقای سلامت و سلامت عمومی است. در این رویکرد، افراد کنترل بیشتری بر سلامتی خود، اشخاص، جامعه و تعیین‌کننده‌های محیطی سلامت دارند.

۳- مدل مفهومی مطالعه اروپایی سواد سلامت: از دیدگاه کیکبوش^۱ (۲۰۱۳)، رویکرد دیگری در دهه اخیر توسعه یافته، که مدل مفهومی مطالعه اروپایی سواد سلامت نامیده می‌شود. این مدل، دوازده بُعد سواد سلامت را در رابطه با به‌کار بردن اطلاعات سلامت برای مراقبت سلامت، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت مشخص کرده است.

جدول مدل مفهومی سواد سلامت - دوازده بُعد اصلی سواد سلامت (Kickbusch, 2013:15)

سواد سلامت	دسترسی یا کسب اطلاعات مرتبط با سلامت	درک اطلاعات مرتبط با سلامت	ارزیابی، قضاوت یا ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت	کاربرد اطلاعات مرتبط با سلامت
مراقبت سلامت	۱- توانایی در دسترسی به اطلاعات پزشکی یا بالینی	۲- توانایی در درک اطلاعات پزشکی و فهمیدن معنای آنها	۳- توانایی در تفسیر و ارزیابی اطلاعات پزشکی	۴- توانایی در اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه در حوزه مسائل پزشکی
پیشگیری از بیماری	۵- توانایی در دسترسی به اطلاعات در مورد ریسک فاکتورها	۶- توانایی در درک اطلاعات مربوط به ریسک فاکتورهای بیماری‌ها و فهمیدن معنای آنها	۷- توانایی در تفسیر و ارزیابی اطلاعات مربوط به ریسک فاکتورهای بیماری‌ها	۸- توانایی قضاوت در خصوص مرتبط بودن اطلاعات با ریسک فاکتورهای بیماری‌ها
ارتقای سلامت	۹- توانایی به روز نمودن اطلاعات فردی در مورد موضوعات بهداشتی	۱۰- توانایی درک اطلاعات مربوط به سلامت و فهمیدن معنای آن	۱۱- توانایی تفسیر و ارزیابی اطلاعات مربوط به سلامت	۱۲- توانایی شکل‌گیری دیدگاه بازتابی در خصوص موضوعات سلامت

براساس آنچه گفته شد، رسانه‌ها به‌عنوان منبع اولیه و مهم اطلاعات در مورد مسائل مرتبط با سلامت هستند و تأثیر جدی بر شکل‌دهی به واقعیت اجتماعی دارند. در واقع آنها از طریق چارچوب‌بندی مباحث، نقش مهم و حیاتی در شکل‌گیری افکار عمومی دارند. برای پاسخ به سؤال اصلی این مطالعه، که سلامت در برنامه‌های تلویزیون چگونه چارچوب‌بندی شده است؟ به نظریه چارچوب‌بندی نیاز داریم؛ زیرا لازم است بدانیم، چه اولویت‌هایی برای حوزه سلامت تعریف شده است، چه جنبه‌هایی در حوزه پزشکی مورد توجه قرار گرفته و چه جنبه‌هایی مورد بی‌توجهی قرار گرفته است.

مفهوم «چارچوب‌بندی» را ابتدا گافمن^۱ در پژوهش خود در حوزه جامعه‌شناسی به‌کار برد. به باور او ما از «طرح‌های تفسیری» برای سازماندهی و دسته‌بندی تجربه‌های زندگی خود استفاده می‌کنیم تا معنادار شوند. این طرح‌های تفسیری «چارچوب» نام دارند. در تعریف گافمن، الگویی پیشین در ذهن است که افراد با استفاده از آن می‌توانند تجربه‌های زندگی خود را با قرار دادن در این قاب‌ها معنادار سازند.

وسایل ارتباط جمعی، تأثیر جدی بر شکل‌دهی به واقعیت اجتماعی دارند که همان چارچوب‌بندی انگاره‌های واقعیت به شکل قابل پیش‌بینی و الگومدار است. این سرآغازی برای شکل‌گیری نظریه چارچوب‌بندی در ارتباطات است (زابلی زاده، ۱۳۹۳: ۱۰). پژوهش‌های ارتباطی نشان می‌دهند که همگرایی زیادی میان برجسته‌سازی و چارچوب‌بندی وجود دارد. مک کامبز^۲، شاو^۳ و ویور^۴، معتقد بودند که چارچوب‌بندی؛ در واقع بسط نظریه برجسته‌سازی است و عبارت «برجسته‌سازی سطح دوم» را برای چارچوب‌بندی به‌کار بردند. از دیدگاه آنها، برجسته‌سازی، ابتدا موضوعاتی را برای توجه افکار عمومی انتخاب می‌کند و سپس چارچوبی برای اندیشه درباره این موضوعات فراهم می‌کند (سورین و تانکارد، ۱۳۹۲: ۳۴۹). به این ترتیب، توجه را به سمت ویژگی‌های خاصی معطوف کرده و از ویژگی‌های دیگری منحرف می‌سازد.

رسانه‌های جمعی، توجه مخاطبان را به سمت موضوعات معینی سوق می‌دهند. آنها همواره موضوعاتی را عرضه می‌کنند و به افراد القا می‌کنند که به چه چیز فکر کنند، از چه چیز با خبر

1 Goffman
2 Mc Combs
3 Shaw
4 weaver

باشند و چه احساسی درباره آن داشته باشند (ویمر و دومینیک، ۱۳۸۴: ۷۰۳). طبق نظریه برجسته‌سازی، این رسانه‌ها هستند که به مردم می‌گویند به چیز فکر کنند و ممکن است در این میان، موارد کم‌اهمیت در اولویت افکار عمومی قرار بگیرند و برعکس. پس هر آنچه رسانه‌ها به عرضه نمایش می‌گذارند، لزوماً منطبق بر واقعیت نیست. فرضیه برجسته‌سازی آنچه را که به شکل اساسی مطرح می‌کند، کارکرد آموزشی از رسانه‌هاست. افراد می‌آموزند که مسائل مهم چیست و چگونه به ترتیب اهمیت، تنظیم می‌شوند. در واقع این فرضیه، به مسئله یادگیری (و نه تغییر نگرش یا تغییر رفتار)، می‌پردازد. چارچوب‌بندی در حقیقت، یک گام فراتر می‌نهد و این ادعا را مطرح می‌کند که رسانه‌ها چگونگی فکر کردن به مسائل را هم تعیین می‌کنند.

بنابراین تعریف انتمن^۱؛ چارچوب‌بندی در ارتباطات، به معنای انتخاب برخی جنبه‌های یک واقعیت درک شده و برجسته کردن آنها در یک متن ارتباطی است. این نکته، نشان‌دهنده این فرضیه است که محصولات رسانه‌ای، محصولاتی انسانی هستند؛ یعنی ساخته‌هایی که مخاطب آنها را مسلم فرض می‌کند. بخشی از فراگرد چارچوب‌بندی، زمینه‌زادایی ارتباطگر از رویداد یا پدیده است، تا رسانه بتواند آن رویداد را تجدیدزمینه کند که از طریق فراگرد زمینه‌زادایی و تجدیدزمینه، خصلت مشاهدات تغییر می‌یابد (ویندال و همکاران، ۱۳۷۶: ۲۵۸-۲۵۷). در واقع، ارتباطگر رسانه‌های جمعی واقعیت را بر طبق قواعدی که در قالب یک رسانه به کار می‌رود، به اصطلاح گافمن، چارچوب‌بندی می‌کند. هر رسانه؛ آمیزه‌ای از سیاست، نگرش به واقعیت، تصویری از مخاطب و... دارد؛ که خاص خود اوست.

پتانسیل مفهوم تعیین چارچوب، بیشتر ناشی از تمرکز بر فرآیند ارتباطی است. ارتباطات، فرآیندی پویاست که شامل چارچوب‌سازی و چارچوب‌گذاری می‌شود. انتمن معتقد بود که چارچوب‌ها جایگاه‌های مختلفی دارند که شامل ارتباطگر، متن، گیرنده و فرهنگ می‌شود. این موارد، اجزای جدایی‌ناپذیر فرآیند تعیین چارچوب و متشکل از مراحل مختلفی هستند: چارچوب‌سازی، چارچوب‌گذاری و پیامدهای تعیین چارچوب در سطح فردی و اجتماعی. منظور از چارچوب‌گذاری؛ تعامل میان چارچوب‌های رسانه‌ای و دانش و زمینه‌های قبلی افراد است. پیامدهای تعیین چارچوب را می‌توان در سطح فردی و اجتماعی درک کرد. پیامد سطح فردی می‌تواند باعث تغییر نگرش‌ها درباره یک موضوع مبتنی بر مواجهه با چارچوب‌های خاص شود. در سطح اجتماعی، چارچوب‌ها می‌توانند در شکل‌دهی به فرآیندهای سطح اجتماعی، مانند

جامعه‌پذیری سیاسی، تصمیم‌گیری‌ها و کنش‌های جمعی، تأثیرگذار باشد (زابلی‌زاده، ۱۳۹۳: ۳۳). در واقع، جهان اجتماعی، آیین‌هایی از واقعیت‌های بالقوه است که هر کدام از آنها می‌توانند با تغییر شیوه تعیین چارچوب و طبقه‌بندی واقعیت‌ها برای ناظران جلوه‌گر شوند. بنابراین، کار رسانه‌ها تنها انتخاب رویداد از میان رویدادهای زیاد نیست، بلکه معنی‌دادن به آن نیز هست. بر این اساس، هرگونه بازنمایی واقعیت، نوعی چارچوب‌سازی محسوب می‌شود (مهدی‌زاده، ۱۳۹۵: ۸۸). چارچوب‌ها معمولاً باعث شناسایی، ارزیابی و تجویز می‌شوند و به‌طور کلی، این کارکردها را می‌توان برای چارچوب‌ها در نظر گرفت: ۱- مشکلات را تعریف می‌کنند؛ یعنی نشان می‌دهند که یک عامل علی با چه سود و زیانی همراه است که معمولاً از نظر ارزش‌های مشترک فرهنگی مورد سنجش قرار می‌گیرد؛ ۲- علت‌ها را پیدا می‌کنند؛ یعنی نیروهایی را که موجب مشکل می‌شوند، شناسایی می‌کنند؛ ۳- قضاوت‌های اخلاقی انجام می‌دهند؛ یعنی عوامل علی و تأثیرات آنها را ارزیابی می‌کنند و ۴- راه‌حلی را ارائه می‌دهند؛ یعنی پیشنهادهایی برای حل مشکلات ارائه و تأثیرات احتمالی آنها را پیش‌بینی می‌کنند (زابلی‌زاده، ۱۳۹۳: ۸۸-۸۷).

در واقع، فرایند چارچوب‌سازی رسانه‌ها شبیه ساخت چارچوب برای خانه است که متناسب با اشیایی که درون آن قرار می‌گیرد، برای آن چارچوبی تهیه می‌شود؛ ارتباط‌گر نیز متناسب با محتوای پیام خود، قالب و ساختاری برای آن انتخاب می‌کند (مهدی‌زاده، ۱۳۹۵: ۸۸). بنابراین، چارچوب‌بندی فرایندی است که طی آن رسانه‌ها بعضی جنبه‌های رویداد یا موضوعی را پررنگ و سایر جنبه‌های دیگر را کم‌رنگ و ناچیز می‌کنند و شامل انتخاب، برجسته‌سازی و به‌کارگیری عناصر برجسته‌شده برای ایجاد بحثی در ارتباط با مشکلات و علت، ارزیابی و راه‌حل آنها می‌باشد. مقاله حاضر، با بررسی واقعیت نظام سلامت در یکی از برنامه‌های شاخصی که در حوزه ارتباطات سلامت و در شبکه تخصصی سلامت تولید و پخش می‌شود؛ به دنبال شناخت نحوه چارچوب‌بندی سلامت در تلویزیون است. برای پی بردن به این چارچوب‌ها، باید مشخص شود چه موارد و موضوعاتی از نظر سازندگان و تولیدکنندگان محتوا در اولویت قرار دارد و آن را در چه چارچوب‌هایی به مخاطب عرضه کرده است.

روش پژوهش

در این مطالعه، چارچوب‌ها با روش تحلیل محتوای کمی استخراج شده‌اند.

بنابر تعریف برلسون^۱، تحلیل محتوا روشی برای مطالعه و تحلیل ارتباطات به روشی نظام‌مند، عینی و کمی با هدف اندازه‌گیری متغیرهاست (تانکارد، ۱۳۹۲؛ ویمر و دومنینگ، ۱۳۸۴؛ رایف، ۱۳۹۴؛ کرلینجر، ۱۳۹۴؛ بدیعی، ۱۳۸۰). برای پاسخ به این سؤال که سلامت در یک برنامه شاخص تلویزیونی در حوزه سلامت چگونه چارچوب‌بندی می‌شود، لازم است محتوای ارائه‌شده در این برنامه، مشاهده و مورد تحلیل قرار گیرد. شبکه سلامت به این دلیل که تنها کانال تلویزیونی تخصصی مرتبط با سلامت صداوسیماست؛ برای بررسی انتخاب شد. سپس با مراجعه به سایت شبکه سلامت، لیستی از برنامه‌های در حال پخش، تهیه شد. ساختار و محتوای تمام برنامه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و برنامه‌های گفتگومحور مشخص شدند. با بررسی برنامه‌های گفتگومحور، برنامه ضربان به دلایل زیر انتخاب شد:

- برنامه‌ای ترکیبی و گفتگومحور است؛
 - یکی از برنامه شاخص گفتگومحور تلویزیون در حوزه سلامت است؛
 - در شبکه سلامت به‌عنوان برنامه برتر گفتگومحور سال ۱۳۹۶، انتخاب شد؛
 - این برنامه، مدت‌زمان طولانی در شبکه سلامت تولید و پخش می‌شود. در واقع، این برنامه از همان ابتدای فعالیت رسمی شبکه سلامت، یعنی پاییز سال ۱۳۹۱، تولید و پخش می‌شود؛
 - محور برنامه‌سازی آن، پیشگیری، درمان (با اولویت پیشگیری بر درمان) و مراقبت در جامعه است؛
 - گفتگوها دربرگیرنده بیماری‌های جسمی و بیماری‌های حوزه روان است؛
 - بنابر گفته سازندگان آن، در این برنامه راهکارهای پیشگیرانه ارائه می‌شود؛
 - دربرگیرنده تمام گروه‌های سنی است و محتوای عرضه شده محدود به گروه سنی خاصی نیست،
 - برنامه در تمام روزهای هفته پخش می‌شود.
- برنامه ضربان از پاییز سال ۱۳۹۱ تا پاییز سال ۱۳۹۵، با ۱۱۵۵ برنامه در ۱۲ سری تولید و پخش شده است. همچنین، این برنامه، از دوم دی ماه ۱۳۹۶، دوباره تولید و پخش می‌شود. بر این اساس، جامعه آماری در این پژوهش، شامل تمام قسمت‌های برنامه ضربان در دوره دوم تولید و پخش آن است.

در این مطالعه، روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، دو هفته آماری است. با این تفاوت که دو هفته آماری از شش ماه (ماه‌های فروردین، اردیبهشت، خرداد، تیر، مرداد، شهریور سال ۱۳۹۷) برنامه ضربان نمونه‌گیری شد. علت انتخاب شش ماه به‌جای یک سال این بود که به دلیل تعداد زیاد سکنس‌های هر برنامه، حجم اطلاعات بالا می‌رفت، همچنین ساختار و محتوای برنامه ضربان در طول یک سال تغییر نکرده است.

با مراجعه به سایت شبکه سلامت، دو برنامه از ماه‌های دی و اسفند ۱۳۹۶ و دو برنامه از ماه‌های مهر و آبان ۱۳۹۷ دانلود و مشاهده شد. پس از بررسی، این نتیجه به‌دست آمد که ساختار و محتوای این برنامه‌ها (قبل و بعد از دوره شش ماهه نمونه‌گیری) با نمونه‌های دوره شش ماهه، تفاوتی ندارد.

بر این اساس، ابتدا لیستی از تمام روزهای برنامه ضربان در ماه‌های فروردین، اردیبهشت، خرداد، تیر، مرداد و شهریور سال ۱۳۹۷، موجود در آرشیو شبکه سلامت تهیه شد. سپس از میان برنامه‌های موجود در لیست، از هر یک از روزهای شنبه، یکشنبه، دوشنبه، سه‌شنبه، چهارشنبه، پنجشنبه و جمعه، دو برنامه به‌صورت تصادفی انتخاب شد.

واحد تحلیل در این مطالعه، «سکنس» است. تمام سکنس‌های برنامه‌های منتخب با استفاده از کدنامه تحلیل شدند. پس از نمونه‌گیری (بر اساس نمونه‌گیری طبقه بندی، ۱۴ قسمت از برنامه ضربان در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷، به‌عنوان نمونه انتخاب شد)، مشاهده و بررسی دقیق نمونه‌ها، چهل مقوله از ساختار و محتوای این برنامه و مرتبط با موضوع، مسئله و هدف این مطالعه، تعریف شد. با بررسی دقیق مقوله‌های بخش محتوا برای طبقه‌بندی و پی‌بردن به چارچوب‌های موجود در محتوای پیام، این نتیجه به‌دست آمد که محتوای مطالب برنامه ضربان در دو قالب درمان (از مقوله ۱۲ تا ۲۰) و پیشگیری (از مقوله ۲۴ تا ۲۸) به مخاطبان ارائه شده است.

به عبارت دیگر، سلامت در دو چارچوب درمان و پیشگیری در ساختار برنامه‌ای گفتگومحور به بینندگان، عرضه می‌شود. بر این اساس، محتوای برنامه به دو بخش درمان و پیشگیری تقسیم شد. مقوله‌های توضیح مفاهیم علمی، اطلاعات عمومی در مورد بیماری، تشریح فرایند بیماری، علائم و نشانه‌های بیماری، اشاره به علت بیماری، اشاره به شیوه تشخیص، توضیح در مورد روش‌های درمان، توضیح در مورد دارو و توضیح در مورد هزینه‌های درمان، در بخش درمان قرار گرفت. مقوله‌های توصیه‌های غذایی برای پیشگیری از بیماری، توصیه‌های ورزشی برای پیشگیری

از بیماری، توصیه‌های مربوط به دخانیات یا الکل برای پیشگیری از بیماری، توصیه‌های مربوط به جنبه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری و توصیه‌های مربوط جنبه‌های روان‌شناختی برای پیشگیری از بیماری، به بخش پیشگیری و سبک زندگی اختصاص یافت.

در این مطالعه، ابتدا تمام نمونه‌ها؛ یعنی ۱۴ قسمت از برنامه ضربان که از آرشیو شبکه سلامت دانلود شده بود، مشاهده و مورد بررسی قرار گرفت. کدها براساس ساختار و محتوای سکانس‌ها (واحدهای تحلیل) و مبتنی بر ساختار نظری پژوهش حاضر استخراج شدند و آخرین ورژن کدنامه با چهل مقوله، نهایی شد.

تمام سکانس‌های برنامه ضربان که به‌عنوان نمونه انتخاب شد، با دقت مشاهده و کدگذاری شد. کدها ابتدا وارد کدبرگ‌ها و سپس وارد نرم‌افزار Spss گردید. پس از به‌دست آوردن درصد فراوانی و انجام آزمون‌های آماری، جدول‌ها توصیف و تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های بخش ساختار نشان می‌دهد که، مدت زمان بیش از ۴۵ درصد از سکانس‌ها، متوسط (۲-۴ دقیقه) می‌باشد و مدت زمان ۱۷/۶ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، کوتاه (۰-۲ دقیقه) است. ساختار گفتگو در ۳۹/۲ درصد از سکانس‌ها و ساختار موشن گرافیک با فاصله کمی در ۳۳/۷ درصد از سکانس‌ها و ساختار گزارش فقط در ۳ درصد از سکانس‌ها استفاده شده است. در ۵۵/۳ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، از ابزار تکنولوژی ارتباطی استفاده شده است. زیرنویس تبلیغ شبکه، در ۴۰/۹۹ درصد از سکانس‌های برنامه ضربان؛ زیرنویس مطالب آگاهی‌دهنده، در ۳۰/۱ درصد از سکانس‌ها و زیرنویس مطالب آموزشی نیز در ۲۸/۸۲ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، مشاهده می‌شود. همچنین مجری، کارشناس روان‌شناسی، ۷۷/۵۶ درصد از راویان و ۶۹/۳ درصد مهمانان این برنامه، همگی مرد هستند.

جدول ۱- توزیع فراوانی چارچوب درمان، در سکانس‌های مختلف برنامه ضربان

چارچوب	درمان	دارد	ندارد	جمع
مفاهیم علمی	فراوانی	۱۱۴	۸۵	۱۹۹
درصد سطری		۵۷//۳	۴۲//۷	%۱۰۰
درصد ستونی		۱۶//۲۱	۷//۸۱	۲۴//۰۲

ادامه جدول ۱- توزیع فراوانی چارچوب درمان، در سکانس‌های مختلف برنامه ضربان

جمع	ندارد	دارد	درمان	چارچوب
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۵٪۳۳	۵۹ ۲۹٪۶ ۵۱٪۴۲	۱۴۰ ۷۰٪۴ ۱۹٪۹۱	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	اطلاعات بیماری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۴٪۰۲	۱۰۵ ۵۲٪۸ ۹٪۶۵	۹۴ ۴۷٪۲ ۱۳٪۳۷	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	تشریح فرایند بیماری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۲٪۳۰	۱۱۹ ۵۹٪۸ ۱۰٪۹۳	۸۰ ۴۰٪۲ ۱۱٪۳۷	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	علایم بیماری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۳٪۳۶	۹۸ ۴۹٪۲ ۹٪۰۰۷	۱۰۱ ۵۰٪۸ ۱۴٪۳۶	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	علت بیماری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۰٪۶۷	۱۶۴ ۸۲٪۴ ۱۵٪۷	۳۵ ۱۷٪۶ ۴٪۹۷	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	روش تشخیص بیماری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۲٪۵۶	۱۱۴ ۵۷٪۳ ۱۰٪۴۷	۸۵ ۴۲٪۷ ۱۲٪۰۹	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	روش درمان بیماری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۲۰٪۶۵	۱۵۲ ۷۶٪۴ ۱۳٪۹۷	۴۷ ۲۳٪۶ ۶٪۶۸	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	توضیح در مورد دارو
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۱۸٪۵۴	۱۹۲ ۹۶٪۵ ۱۷٪۶۴	۷ ۳٪۵ ۰٪۹	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	توضیح در مورد هزینه درمان
۱۷۹۱ ٪۱۰۰ ٪۱۰۰	۱۰۸۸ ۶۰٪۷۴ ٪۱۰۰	۷۰۳ ۳۹٪۲۵ ٪۱۰۰	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	جمع

بر اساس درصد سطری جدول بالا: اطلاعات عمومی در مورد بیماری، در ۷۰/۴ درصد از از سکانس‌های مورد بررسی، ارائه شده است. مفاهیم علمی؛ اشاره به علت بیماری؛ تشریح فرایند بیماری، تقریباً در نیمی از سکانس‌های مورد بررسی، توضیح داده شده است. توضیح در مورد دارو در ۲۳/۶ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، وجود دارد. توضیح در مورد هزینه‌های درمان، فقط در ۳/۵ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، توضیح داده شده است.

بر اساس درصد ستونی جدول بالا: اطلاعات عمومی در مورد بیماری، در ۱۹/۹۱ درصد از از سکانس‌های مورد بررسی، ارائه شده است. مفاهیم علمی در ۱۶/۲۱ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، وجود دارد. اشاره به علت بیماری؛ تشریح فرایند بیماری در ۱۴ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، توضیح داده شده است. توضیح در مورد دارو در ۶/۶۸ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، وجود دارد. در مورد هزینه‌های درمان، فقط در ۰/۹ درصد از سکانس‌های مورد بررسی، توضیح داده شده است.

بنابراین می‌توان گفت، در چارچوب درمان محتوای برنامه ضربان، اطلاعات عمومی در مورد بیماری برجسته و پررنگ شده است و موضوع هزینه‌های درمان در این برنامه، مورد بی‌توجهی واقع شده است.

با توجه به آنچه گفته شد این سؤال پیش می‌آید که، آیا در جامعه ما و یا در جامعه جهانی موضوع هزینه‌های درمان، کم‌اهمیت‌تر از اطلاعات در مورد بیماری برای افراد به حساب می‌آید؟ در صورتی که یکی از مهم‌ترین اهداف ارتقای سلامت در سراسر جهان، کم‌کردن بار هزینه‌های سنگین درمان برای مردم و همچنین دولت‌ها و بالابردن کیفیت زندگی برای افراد و جامعه محسوب می‌شود.

جدول ۲- توزیع فراوانی چارچوب بخش پیشگیری از بیماری‌ها و سبک زندگی، در

سکانس‌های مختلف برنامه ضربان

چارچوب	پیشگیری	دارد	ندارد	جمع
توصیه غذایی	فراوانی	۶۶	۱۳۳	۱۹۹
	درصد سطری	۳۳/۰۲	۶۶/۰۸	۱۰۰/۰
	درصد ستونی	۰/۲۴	۱۸/۰۴۷	۴۲/۰۴۷
توصیه ورزشی	فراوانی	۵۹	۱۴۰	۱۹۹
	درصد سطری	۲۹/۰۶	۷۰/۰۴	۱۰۰/۰
	درصد ستونی	۲۱/۰۴۵	۱۹/۰۴۴	۴۰/۰۸۹

ادامه جدول ۲- توزیع فراوانی چارچوب بخش پیشگیری از بیماری‌ها و سبک زندگی، در

سكانس‌های مختلف برنامه ضربان

جمع	ندارد	دارد	پیشگیری	چارچوب
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۳۳٪/۹۳	۱۷۱ ۸۵٪/۹ ۲۳٪/۷۵	۲۸ ۱۴٪/۱ ۱۰٪/۱۸	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	توصیه مربوط به دخانیات یا الکل
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۴۴٪/۷۱	۱۲۳ ۶۱٪/۸ ۱۷٪/۰۸	۷۶ ۳۸٪/۲ ۲۷٪/۶۳	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	توصیه رفتاری
۱۹۹ ٪۱۰۰ ۳۷٪/۹۷	۱۵۳ ۷۶٪/۶ ۲۱٪/۲۵	۴۶ ۳۲٪/۱ ۱۶٪/۷۲	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	توصیه روان‌شناختی
۹۹۵ ٪۱۰۰ ٪۱۰۰	۷۲۰ ۷۲٪/۳۶ ٪۱۰۰	۲۷۵ ۲۷٪/۶۳ ٪۱۰۰	فراوانی درصد سطری درصد ستونی	جمع

بر اساس درصد سطری جدول بالا: توصیه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری در ۳۸/۲ درصد از سکانس‌های مورد بررسی وجود دارد. توصیه‌های مربوط به دخانیات و الکل برای پیشگیری از بیماری در ۱۴/۱ درصد از سکانس‌های مورد بررسی وجود دارد.

بر اساس درصد ستونی جدول بالا: توصیه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری در ۲۷/۶۳ درصد از سکانس‌های مورد بررسی وجود دارد. توصیه‌های مربوط به دخانیات و الکل برای پیشگیری از بیماری در ۱۰/۱۸ درصد از سکانس‌های مورد بررسی وجود دارد.

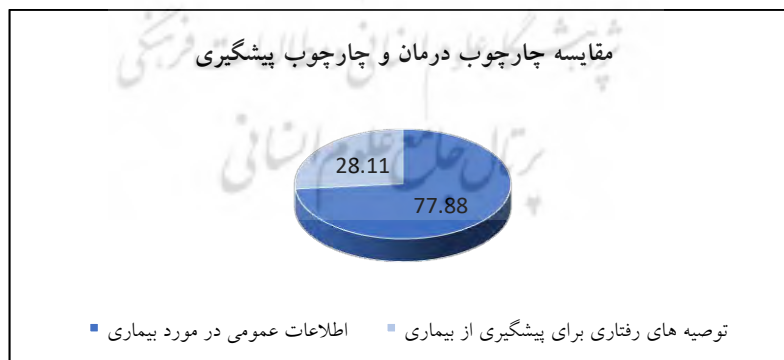
بنابراین می‌توان گفت در بخش مربوط به سبک زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها، توصیه‌های رفتاری برجسته و پررنگ شده و به موضوع توصیه‌های مربوط به دخانیات و الکل، توجه چندانی نشده است؛ در صورتی که استفاده از دخانیات و الکل در بین نوجوانان، جوانان و به‌ویژه زنان جامعه ما، بسیار شایع شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی مقایسه چارچوب‌ها در سکنس‌های مختلف برنامه ضربان

مقایسه	چارچوب‌ها	دارد	ندارد	جمع
چارچوب درمان	فراوانی	۷۰۳	۱۰۸۸	۱۷۹۱
	درصد سطری	۳۹٪/۲۵	۶۰٪/۷۴	٪۱۰۰
	درصد ستونی	۷۱٪/۸۸	۶۰٪/۱۷	٪۱۰۰
چارچوب پیشگیری	فراوانی	۲۷۵	۷۲۰	۹۹۵
	درصد سطری	۲۷٪/۶۳	۷۲٪/۳۶	٪۱۰۰
	درصد ستونی	۲۸/۱۱	۳۹/۸۲	۵۷/۹۳
جمع	فراوانی	۹۷۸	۱۸۰۸	۲۷۸۶
	درصد سطری	۳۵/۱۰	۶۴/۸۹	٪۱۰۰
	درصد ستونی	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰

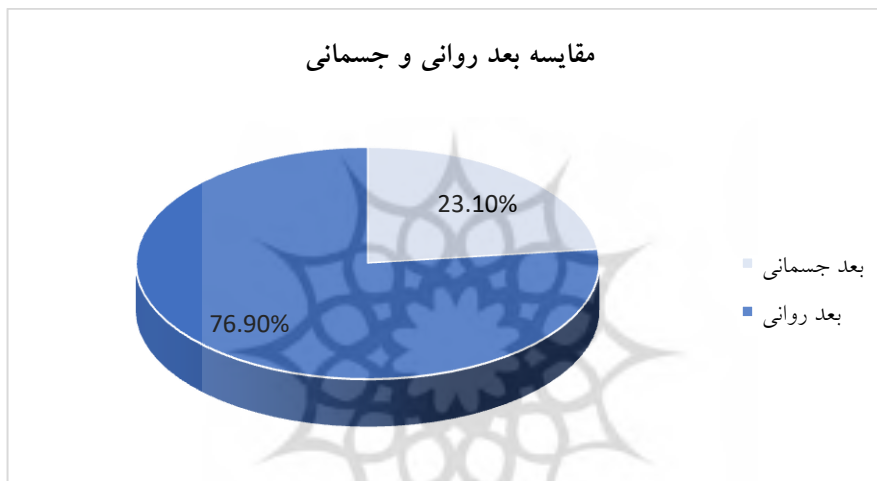
بر اساس درصد ستونی جدول بالا: اطلاعات عمومی در مورد بیماری که شاخص چارچوب درمان است، در ۷۱/۸۸ درصد از سکنس‌های مورد بررسی، ارائه شده است؛ در حالی که توصیه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری که شاخص چارچوب پیشگیری است، در ۲۸/۱۱ درصد از سکنس‌های مورد بررسی وجود دارد.

بنابراین می‌توان گفت، در برنامه ضربان بیشتر چارچوب درمان برجسته و پررنگ شده است و اطلاعات عمومی در مورد بیماری در اولویت بالاتری نسبت به سایر موضوعات مطرح شده قرار دارد.



نمودار ۱- مقایسه مطالب مربوط به چارچوب درمان و چارچوب پیشگیری

با مقایسه چارچوب درمان و چارچوب سبک زندگی و پیشگیری از بیماری در بخش محتوای برنامه ضربان، این نتیجه به دست می‌آید که، اطلاعات عمومی در مورد بیماری که شاخص چارچوب درمان است، در ۷۱/۸۸ درصد از از ساکنان‌های مورد بررسی، ارائه شده است؛ در حالی که توصیه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری که شاخص چارچوب پیشگیری است، در ۲۸/۱۱ درصد از ساکنان‌های مورد بررسی وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت، در برنامه ضربان بیشتر چارچوب درمان برجسته و پررنگ شده است.



نمودار ۲ - مقایسه مطالب مربوط به بعد روانی و بعد جسمانی

بر اساس نمودار بالا؛ مطالب مربوط به بعد جسمانی در ۲۳/۱۰ درصد از ساکنان‌های مورد بررسی، وجود دارد. در صورتی که مطالب مربوط به بعد روانی در ۷۶/۹۰ درصد از ساکنان‌های مورد بررسی، ارائه می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که در برنامه ضربان، بعد جسمانی در اولویت قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری

بیش از ۷۰ درصد مطالب مربوط به بخش درمان محتوای برنامه ضربان، اطلاعات عمومی در مورد بیماری است که موجب دسترسی مخاطبان برنامه به اطلاعات پزشکی یا بالینی می‌شود. همچنین، تقریباً نیمی از مطالب مربوط به محتوای برنامه به تشریح، علایم، علت و روش درمان

بیماری‌ها اختصاص داده شده است که این موضوعات موجب درک و شناخت مخاطبان از اطلاعات پزشکی و فهمیدن معنای آنها می‌شود، اما به دلیل اینکه در مورد تشخیص بیماری، دارو و هزینه‌های درمان، مطالب بسیار کمی ارائه می‌شود، می‌توان گفت که در شناخت افراد از اطلاعات ارائه شده و ادراک آنان در مورد مفاهیم پزشکی، اختلال ایجاد می‌شود. همچنین، بر اساس نتایج پژوهش راثی تهرانی در سال ۱۳۸۹، مخاطبان پیام‌های سلامت، تلویزیون را به‌عنوان مرجعی معتبر برای مسائل بهداشت و سلامت می‌پذیرند. بنابراین می‌توان گفت که برنامه ضربان با اولویت دادن ارائه اطلاعات عمومی در مورد بیماری و کافی نبودن مطالبی که موجب شناخت صحیح افراد از مفاهیم مرتبط با سلامت می‌شود، فقط در سطح اولیه سواد سلامت محتوا تولید کرده است و تنها به بُعد اول مدل مفهومی سواد سلامت، که دسترسی یا کسب اطلاعات مرتبط با سلامت در مخاطبان است، توجه کرده است و به سطوح بعدی سواد سلامت که موجب توانایی افراد در درک و ارزیابی این اطلاعات و اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه در حوزه مسائل پزشکی می‌شود، توجهی نکرده است.

در نتیجه به نظر می‌رسد برنامه ضربان، در بالابردن سواد سلامت مخاطبان در سطوح بالاتر و ابعاد پیچیده‌تر که بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اطلاعات مربوط به حوزه سلامت را از تلویزیون دریافت می‌کنند و آن را معتبر می‌دانند، تأثیر چندانی ندارد و نمی‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت افراد و بالا بردن کیفیت زندگی آنها باشد. بیشترین درصد فراوانی مطالب مربوط به بخش سبک زندگی و پیشگیری از بیماری محتوای برنامه ضربان، به توصیه‌های رفتاری برای پیشگیری از بیماری اختصاص یافته است. توصیه‌های غذایی، ورزشی و روان‌شناختی و مصرف دخانیات و الکل کمترین درصد از مطالب مربوط به محتوا را تشکیل می‌دهند. در حالی که نتایج پژوهش کوره‌پز در سال ۱۳۸۸، نشان می‌دهد که موضوع تغذیه و سبک زندگی، مهم‌ترین موضوعی است که در اولویت مخاطبان برنامه‌های بهداشت و سلامت تلویزیون قرار دارد. بی‌توجهی به کیفیت تغذیه، عدم فعالیت‌های بدنی کافی، توجه به بعد روانی سلامت و استفاده از دخانیات و الکل، از ریسک فاکتورهای مهم در ابتلا به بیماری‌هاست. با توجه به اینکه در این برنامه، اطلاعات کافی در مورد عوامل افزایش‌دهنده احتمال بیماری به مخاطبان ارائه نمی‌شود؛ می‌توان گفت؛ افراد توانایی لازم در درک، تفسیر و ارزیابی اطلاعات مربوط به ریسک فاکتورهای بیماری‌ها و فهمیدن معنای آنها را کسب نمی‌کنند.

نتایج پژوهش دوانگ و همکاران (۲۰۱۵)، نشان می‌دهد که دسترسی به اطلاعات بهداشت و سلامت، عامل مهمی در بالارفتن سواد سلامت و در نتیجه، ارتقای وضعیت سلامت افراد است. بر اساس خطمشی‌های رسانه‌ای صداوسیما در حوزه سلامت، یکی از شاخص‌های اصلی برای توسعه کیفی برنامه‌های تلویزیون انتقال «پیام‌های درست و مؤثر» است، که باید در تولید پیام یا ساخت برنامه در نظر گرفته شود. در نتیجه، به نظر می‌رسد در برنامه ضربان، عدم ارائه اطلاعات کافی در مورد ریسک فاکتورهای بیماری‌ها، به ارتقای سطح سلامت افراد و بهبود وضعیت سلامت آنها کمکی نمی‌کند.

مقایسه چارچوب درمان و چارچوب سبک زندگی و پیشگیری از بیماری، نشان می‌دهد که چارچوب درمان در این برنامه، اولویت بالاتری دارد. در این چارچوب، اطلاعات عمومی در مورد بیماری، پررنگ شده و مورد توجه قرار گرفته است و توضیح در مورد هزینه‌های درمان بیماری نادیده گرفته شده است. بنابراین، در برنامه ضربان چارچوب درمان در اولویت قرار گرفته است. در صورتی که در بحث ارتقای سواد سلامت تأکید بر پیشگیری است، نه درمان و در واقع، سواد سلامت؛ کلید پیشگیری است.

همچنین در مدل مفهومی سواد سلامت هم اطلاعات سلامت برای مراقبت سلامت، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت به کار می‌رود. بر اساس سواد تعاملی که سطح دوم سواد سلامت محسوب می‌شود؛ مهارت‌هایی که مردم در زمینه مسائل بهداشت و سلامت به دست می‌آورند، به منظور برگزیدن بهترین انتخاب‌ها برای پیشگیری از بیماری‌ها، کاهش میزان خطرهای مرتبط با سلامت و افزایش کیفیت زندگی آنهاست. سیاستگذاری رسانه در حوزه سلامت و اساسنامه شبکه سلامت، پیشگیری را بر درمان مقدم می‌داند و یکی از محورهای موضوعات اصلی قابل بررسی در شورای تخصصی سلامت صداوسیما، اولویت پیشگیری بر درمان در مسائل مرتبط با سلامت است. بنابراین، به نظر می‌رسد سازندگان برنامه ضربان که از برنامه‌های شاخص در حوزه سلامت است، با اولویت دادن موضوع درمان، در واقع، مغایر با اصول سواد سلامت و سیاستگذاری‌های رسانه در حوزه سلامت حرکت می‌کنند؛ به عبارت دیگر، برای ارتقای سلامت جامعه و حرکت به سمت اقدامات پیشگیرانه در سیستم بهداشت و درمان و به‌عنوان بخشی از تلاش همه‌جانبه برای بهبود کیفیت مراقبت سلامت و کاهش هزینه‌های آن، افراد باید در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامتی خود نقش فعال‌تری ایفا کنند. برای تحقق این امر، افراد باید قادر به کسب اطلاعات به‌روز و معتبر بوده و در این مسیر، آگاهانه‌تر حرکت کنند.

در همین راستا، برنامه‌سازان تلویزیونی باید با ارزیابی مستمر و گام به گام محتوایی که تولید می‌کنند و تطبیق آن با نیازها و خواست‌های مخاطبان، در جهت ارتقای سواد سلامت جامعه گام بردارند.



منابع

- 0 ایسپا، مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (۱۳۹۷) منبع اصلی کسب خبر مردم، <http://ispa.ir>
- 0 بدیعی، نعیم (۱۳۸۰) تحلیل محتوا (چاپ اول) تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشد اسلامی.
- 0 پایگاه اینترنتی شبکه سلامت (۱۳۹۶) آشنایی با سلامت، <http://salamattv.ir>
- 0 جعفری، علی و پروین خدادادی حدادان (۱۳۹۸) «نقش رسانه‌های تصویری در گسترش صنعت توریسم سلامت در ایران؛ مطالعه موردی: شهر رامسر» انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، سال ۱۵، شماره ۵۴، صص ۲۲۹-۲۱۵.
- 0 خاشعی، رضا (۱۳۹۵) فرهنگ رسانه‌ای و سبک‌های زندگی سلامت محور در شهر تهران؛ مطالعه موردی بر روی چهار رسانه رادیو، تلویزیون، نشریه، اینترنت، رساله دکتری علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی.
- 0 رائی تهرانی، حبیب (۱۳۸۹) سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت؛ نقش تلویزیون در ترویج سلامت شهروندان ۱۵ سال به بالای تهرانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی.
- 0 رادوراد، اعظم و عاطفه آقایی (۱۳۹۵) «تحلیل گفتمان بازنمایی ایدز در سینمای ایران؛ مطالعه موردی فیلم پابره‌نه در بهشت»، انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، سال ۱۲، شماره ۴۵، صص ۹۴-۶۹.
- 0 رایف، دانیل (۱۳۹۴) تحلیل پیام‌های رسانه‌ای، کاربرد تحلیل محتوی کمی در تحقیق (چاپ پنجم)، ترجمه مهدخت بروجردی علوی، تهران: انتشارات سروش.
- 0 زابلی‌زاده، اردشیر (۱۳۹۳) چارچوب‌بندی، خبر و رسانه‌ها (چاپ اول)، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- 0 سورین، ورنر و جیمز تانکارد (۱۳۹۲) نظریه‌های ارتباطات (چاپ ششم)، ترجمه علیرضا دهقان، تهران: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- 0 شورای تخصصی سلامت (۱۳۹۵) کلیات شورای تخصصی سلامت، دبیرخانه شورای تخصصی سلامت صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران.
- 0 قنبری باغستان، عباس؛ اختری زواره، مهنوش و ؟؟؟؟ آل ابراهیم، نادر (۱۳۹۷) «تحقیق و توسعه در حوزه ارتباطات سلامت: یک فراتحلیل از نوع علم‌شناسی»، انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، سال ۱۴، شماره ۵۲، صص ۲۰۲-۱۷۹.
- 0 کرلینجر، فرد. ان (۱۳۹۴) مبانی پژوهش در علوم رفتاری (چاپ ششم)، ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، تهران: انتشارات آوای نور.

- 0 کوره‌پز، زهرا (۱۳۸۸) بررسی میزان استفاده و رضامندی زنان خانه‌دار اولیای دانش‌آموز شهر اصفهان از برنامه‌های بهداشت و سلامت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی.
- 0 محمدخانی ملکوه، محمد (۱۳۸۵) «نظرسنجی از مردم تهران درباره برنامه شبکه رادیویی سلامت»، پژوهش و سنجش، سال ۱۵، شماره ۵۰، صص ۱۴۸-۱۳۳.
- 0 مهدی‌زاده، سیدمحمد (۱۳۹۵) نظریه‌های رسانه: اندیشه‌های رایج و دیدگاه‌های انتقادی (چاپ پنجم)، تهران: همشهری.
- 0 ویمر، راجردی و جوزف. آر دومینیک (۱۳۸۴) تحقیق در رسانه‌های جمعی (چاپ اول)، ترجمه کاووس سید امامی، تهران: انتشارات سروش.
- 0 ویندال، سون؛ سیگنایزر، بنو و جین اولسون (۱۳۷۶) کاربرد نظریه‌های ارتباطات (چاپ اول) ترجمه علیرضا دهقان، تهران: دفتر مطالعات و توسعه رسانه‌ها.
- 0 Berry, Dianne (2007) Health Communication: Theory and Practice. Open University Press .
- 0 Dodd, Rebecca; Schieber, George; Cassels, Andrew; Fleisher, Lisa; Gottret, Pablo (2007) AID EFFECTIVENESS AND HEALTH. WHO Press.
- 0 Duong, Van Tuyen; Lin, I-Feng; Sorensen, Kristine; Pelikan, Jürgen M; Van Den Broucke, Stephan; Lin, Ying-iii WuuuuuC,,,,, ,eeee 1111 “aaa tt ii eeryy in Taiwan: A Population-Beee uudy”. Asia-Pacific Journal of Public Health (APJPH): pp. 1-10 .
- 0 Golembiewski, Dick (2008) Milwaukee television history: the analog years. Marquette University Press .
- 0 Hernandez, Lyla; Landi, nnnnnnnn..... . “RRMMGGGGGEE AAA ENCOURAGE PREVENTION AND WLL..... . AATNNN AAAD PRESS; USA.
- 0 Hinnant, Amanda; Len-,,,,, ,aa aaaE tttt tttttt ttt n aaa tth tt ccccy, eeeiii eeeee Reerrc 1 iiiiiii iiiii i cceæc mmmccccc:..... : September 2009, Vol. 31, No. 1, pp. 84-115 .
- 0 Kicccccccnnnn aaa tt ii eeryy dddr aaatth cccctt diii ee Oxford university press: Vol 16, No 3 .
- 0 Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M; Apfel, Franklin & Tsouros, Agis D (2013) Health literacy, The solid facts. Publications: WHO Regional Office for Europe .
- 0 Loue, Sana; Lloyd, Linda S. and O'Shea, Daniel J (2002) Community Health Advocacy. Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow .

- 0 Marc, David and Thompson Robert J (2005) *Television in the antenna age: a concise history*. published by Blackwell Publishing Ltd .
- 0 Maryon-vvv ss m miii oommme haal”””. iiiiii ii III .
5, No. 12, pp. 767–773 .
- 0 aaaaaa a , eee vviii nnneep tcccy”. ccc aa iii eeee &
Medicine: Vol. 67, pp. 2072–2078 .
- 0 aaaaaa a , nnn aaa ii tcccy tth llll aaal
tttt rrrrrr r Haal ttttt tttt a mmmccctt i tttt ttttt tttt tttt tt rrrr y”. dddddd
University Press: Vol. 13, No. 1, pp. 259–267 .
- 0 Roman, James W (2005) *From daytime to primetime: the history of American television programs*. GREENWOOD Press. Westport, Connecticut. London .
- 0 Schiavo, Renata (2007) *Health Communication: From Theory to Practice*. John Wiley & Sons, Inc; USA .
- 0 Selznick, Barbara J (2008) *Global television: co-producing culture*. Published by Temple University Press .
- 0 Thomas, Richard K (2006) *Health Communication*. Springer Science + Business Media, Inc; USA .
- 0 Thompson, Teresa L; Dorsey, Alicia; Miller, Katherine I (2003) *Handbook of health communication*. published by Lawrence Erlbaum Associates .
- 0 Tulchinsky, Theodore H; Varavikova, Elena A; (2009) With Foreword by Last, John. *The New Public Health (Second Edition)* Elsevier Academic Press, USA .
- 0 Wolka, Anne; Simpson, Katherine; Lockwood, Karen and Neuhauser, Linda (2014)
“ aaa tt Lttryy: Rccmmaaaa iiss mneeeee Eeeeeeee nnnnn
iii ”””. eee rpptt i aaaaaaan & rrrrrrrr r eeecc
pp. 1-8 .
- 0 World Health Organization (1998) *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Publications of the World Health Organization .
- 0 World Health Organization (2009) *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. WHO Press
- 0 Zhang, Yuan; Jinn, Yan & Tang, Y “mmmm Drrr ulll ddd
*Organizational Influences on Coverage of a Public Health Threat and Attribution of Responsibilities in Chinese News Media, 2000-2222 iiiiii ii & ssss
Communication Quarterly: Vol. 92, No 1, pp 99 – 120. Sage publication .*