





Health Communication Audiences: From Real Space to Cyberspace

Farzaneh Koohi , Ph.D. in Communication Sciences, Department of Social Communication Sciences, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: farzaneh.koohi@iau.ac.ir.

Seyedreza Naghibulsadat , Full Professor of Public Relations, Department of Communication Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: naghibulsadat@atu.ac.ir.

Abstract

Introduction: Audience research is a cornerstone of effective health communication programs. Neglecting audience research can diminish the effectiveness of health initiatives and pose significant risks to public health. This study aims to identify the factors influencing audience behavior in health communication programs within Iran's health system. Using the SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) method and the gap analysis technique, the study formulates optimal strategies by assessing the current state and identifying gaps to reach the desired state. Sampling was conducted using a purposive non-probability method among experts in health and communication sciences.

The findings reveal that the health system's strengths include the existence of a health network in cyberspace for public awareness, the production of educational content with a prevention and self-care focus by the Ministry of Health, and ongoing training for healthcare providers in effective communication. However, weaknesses such as insufficient attention to cultural differences in health guidelines, the inability of domestic messaging platforms to compete with foreign ones, and low communication literacy among healthcare professionals hinder the system's effectiveness. These shortcomings can lead to a lack of diversity in communication methods, inadequate evaluation of program effectiveness, and limited audience participation.

Health communication is vital for improving public health and managing diseases. With the advent of new communication technologies, such as social networks and digital media, audience interaction has become more complex. While the Ministry of Health has developed numerous health communication programs, their implementation and audience targeting remain unclear. Effective communication programs require careful consideration of audience characteristics and communication components. This study explores the elements influencing audience behavior in health communication programs and evaluates the strengths, weaknesses, opportunities, and threats in transitioning from the current to the desired state.

Methods: This study employs the SWOT method to formulate strategies based on strengths, weaknesses, opportunities, and threats, complemented by gap analysis to assess the disparity between the current and desired states. Data was collected through purposive sampling among experts in health and communication sciences.

Findings: The study identifies several strengths of the health system, including the presence of a cyberspace health network for public awareness, the production of preventive and self-care educational content by the Ministry of Health, ongoing training for healthcare providers, and an online news and information platform. However, weaknesses such as insufficient attention to cultural diversity, the inability of domestic messaging platforms to compete globally, low communication literacy among doctors, and inadequate audience analysis in message design hinder effective communication.

Opportunities include interactive communication between social network users and health experts, the health system's focus on self-care and patient education in cyberspace, and the existence of health-oriented online platforms. Threats include low information literacy among users, the spread of misinformation online, the use of unclear language in health communication, and public misconceptions about health-related news.

Conclusion: The health system plays a critical role in disseminating health information and influencing behavior change. Effective communication is essential for promoting health, reducing disease burden, and ensuring the success of public health programs. Drawing on Giddens' structuration theory, this study highlights the complex interplay between individual actions and social structures in shaping health behaviors. Understanding audience characteristics before implementing health communication programs enhances the effectiveness of health messages and fosters greater audience participation.

Keywords: Audience, health communication, cyberspace, health promotion.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



مخاطبان ارتباطات سلامت؛ از فضای حقیقی تا فضای مجازی

فرزانه کوهی^۱، سیدرضا نقیب‌السادات^۲

چکیده

مخاطب‌شناسی از ارکان اصلی برنامه‌های ارتباطات سلامت است. عدم توجه به مخاطب‌شناسی، اثربخشی برنامه‌های سلامت را کاهش می‌دهد و می‌تواند تهدیدات جدی برای سلامت عمومی به همراه داشته باشد؛ لذا هدف از مقاله حاضر شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار مخاطبان در برنامه‌های ارتباطات سلامت نظام سلامت کشور است. در این پژوهش از روش سوات یا نخبگی برای تدوین راهبردهای بهینه براساس نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها با تکنیک فاصله جهت ارزیابی شکاف بین وضعیت موجود با وضعیت مطلوب پرداخته شده است. نمونه‌گیری به روش ناهتمالی هدفمند از میان نخبگان حوزه سلامت و علوم ارتباطات صورت گرفته است. یافته‌های میانگین‌های حاصل از محیط عوامل داخلی و خارجی نشان می‌دهد؛ وجود شبکه سلامت در فضای مجازی برای آگاهی بخشی به مردم، تولید محتوای آموزشی برای عموم مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی در فضای مجازی توسط وزارت بهداشت، بیشترین امتیاز قوت‌های نظام سلامت در ارتباط با مخاطبان خود است. با این وجود، توجه ناکافی به تفاوت‌های فرهنگی مخاطبان در تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی، کم‌توانی رقابت پیام‌رسان‌های داخلی با پیام‌رسان‌های خارجی در جذب مخاطب از جمله نقاط ضعفی است که می‌تواند نظام سلامت را برای انجام موفق برنامه بهداشتی با ناکامی مواجه سازد. نتیجه می‌توان گفت: کم‌توجهی به موضوع مخاطب‌شناسی در برنامه‌های بهداشتی موجب عدم تنوع در انتخاب روش‌های ارتباطی به صورت سنتی و مجازی، عدم ارزیابی اثربخشی برنامه‌های بهداشتی و عدم مشارکت مخاطبان در برنامه‌های بهداشتی می‌شود. ایجاد ارتباطات سلامت تعاملی بین مسئولان و مخاطبان موجب اثربخشی بهتر پیام‌های سلامت در راستای ارتقای سلامت جامعه می‌شود.

واژگان کلیدی

مخاطب، ارتباطات سلامت، فضای مجازی، ارتقای سلامت.

مقدمه و بیان مسئله

ارتباطات یکی از ویژگی‌های مهم جوامع انسانی در همه دوران است؛ لذا هرگونه ارتباط بر ارکان چهارگانه فرستنده، گیرنده، پیام و ابزار انتقال پیام استوار است، از میان این ارکان، شاید بتوان گیرنده پیام یا مخاطب را مهم‌ترین رکن دانست؛ چراکه هرگونه ارتباط، باهدف تأثیرگذاری بر مخاطب صورت می‌گیرد. در حوزه سلامت، ارتباطات سلامت بخش جدایی‌ناپذیر از برنامه‌های ارتقای سلامت است. برنامه‌های ارتباطات سلامت مستلزم تحلیل دقیق خصوصیات مخاطب هدف هستند شناخت مخاطبان باعث می‌شود پیام سلامت و کانال ارتباطی با ویژگی‌های مخاطبان مطابقت داشته باشد و حداکثر اثرگذاری و بازخورد حاصل شود. از طرف دیگر امروزه توسعه فناوری‌های جدید اطلاعات و ارتباطات نه تنها کلیه امور و فعالیت‌های اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی بشر را تحت تأثیر قرار داده؛ بلکه جامعه انسانی را با دو جهان موازی مواجه کرده است: جهان حقیقی که در آن زندگی و فعالیت‌های اجتماعی عینی جریان دارد و جهان مجازی که انسان را در مواجهه با واقعیت‌های مجازی قرار می‌دهد (اکبرزاده، ۱۳۹۷: ۱۸). در این میان، شبکه‌های اجتماعی مجازی به مثابه یکی از فناوری‌های جدید، امکان حضور مجازی در جهان دوم را ایجاد کرده‌اند (باقری، ۱۳۹۲: ۱۸۲). فضای اول به دنیای واقعی و فضای دوم به دنیای مجازی اینترنت اشاره دارد. نکته مهم اینجاست که هرچه می‌گذرد امتزاج بین این دو فضا بیشتر شده و شاید روزی فرا برسد که تصور یکی بدون دیگری مشکل باشد. در حال حاضر با توجه به اینکه استفاده از فناوری بسیار فراگیر شده و قسمتی جدایی‌ناپذیر از زندگی هر فرد شده است، افراد با به‌کارگیری آن در ابعاد مختلف زندگی خود سعی بر بهبود کیفیت زندگی خود دارند. سلامت هم نیز از این قاعده مستثنا نیست و فعالان این حوزه با ارائه خدمات بر روی فناوری‌هایی مانند اینترنت و وب سعی دارند به بهبود سطح سلامت جامعه خود کمک کنند.

ارتباطات سلامت شامل مطالعه و استفاده از راهبردهای ارتباطی برای شکل‌دهی و تأثیرگذاری بر تصمیمات تقویت‌کننده سلامت افراد و جامعه است. موفقیت برنامه‌های ارتباطات سلامت تا حد زیادی به توانایی درک نیازها، نگرش‌ها و رفتار مخاطبان وابسته است. مخاطب‌شناسی یکی از ارکان اساسی موفقیت در هر نوع ارتباط، به‌ویژه ارتباطات سلامت، محسوب می‌شود. با توجه به توسعه فناوری و گسترش استفاده از شبکه‌های اجتماعی، اهمیت مخاطب‌شناسی نه تنها در فضای حقیقی بلکه در فضای مجازی نیز دوچندان شده است.

در ضرورت اهمیت این پژوهش اینکه با ظهور فناوری‌های نوین ارتباطی مانند شبکه‌های اجتماعی، رسانه‌های دیجیتال و ابزارهای ارتباطی دوطرفه، تعامل با مخاطبان پیچیده‌تر شده است. امروزه مخاطبان در بسترهای دیجیتالی به صورت فعال مشارکت می‌کنند و انتظارات بیشتری از محتوا دارند. این تغییرات چالش‌هایی نظیر تنوع گسترده مخاطبان، سرعت انتقال اطلاعات و خطر گسترش اطلاعات نادرست، شخصی‌سازی پیام‌های سلامت را ایجاد کرده است؛ بنابراین بدون مخاطب‌سنجی دقیق و شناخت کامل از نیازها و رفتارهای کاربران در بسترهای نوین، احتمال ناکارآمدی برنامه‌های سلامت و کاهش تأثیرگذاری آن‌ها افزایش می‌یابد. حوزه سلامت در آینده‌ای نزدیک با شرایط جدیدی مواجه خواهد شد که بایستی به ملاحظات آن توجه جدی کرد. در زمینه تغییرات اجتماعی تأثیرگذار بر حوزه سلامت؛ میتوان به تغییر هرم سنی جمعیت، تغییر الگوی بار بیماری‌ها، ناهنجاری‌های اجتماعی، تغییر سبک زندگی، حاشیه‌نشینی، مهاجرت‌ها و افزایش انتظارات مردم اشاره نمود. در زمینه تغییرات فناورانه میتوان به ورود فناوری‌های نوین از شبکه‌های اجتماعی تا هوش مصنوعی به بازار خدمات سلامت، مراقبتهای سلامت فرامکان و شخصی‌سازی شده، افزایش توجه به هوش مصنوعی و داده‌های بزرگ سلامت، رواج فناوری‌های جدید در فضای مجازی در آموزش مردم، ارائه خدمات غیرحضوری و پزشکی از راه دور اشاره نمود (حق دوست، ۱۴۰۳: ۷۶). سازمان موردنظر تحقیق حاضر نظام سلامت ایران است. مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت از جمله عموم مردم، پزشکان و کارکنان سلامت می‌باشند در حال حاضر برنامه‌ها و دستورالعمل‌های زیادی در موضوع ارتباطات سلامت توسط وزارت بهداشت تدوین شده است؛ اما اینکه چگونه این برنامه‌ها اجرا می‌شود؛ مخاطبان چگونه تعیین شده‌اند و نظام ارزشیابی نحوه اجرای این برنامه‌ها چیست؟ انتخاب کانال‌های ارتباطی به‌ویژه رسانه‌های نوین بر چه مبنایی است؟ مشخص نیست. این در حالی است که اگر نظام سلامت در برنامه‌های خود به مخاطب‌شناسی دقیق در فضای حقیقی و مجازی توجه نکند، با تهدیدات و پیامدهای منفی مختلفی مواجه خواهد شد. این تهدیدها می‌توانند کارآمدی برنامه‌های سلامت را کاهش دهند و حتی منجر به ناکامی در دستیابی به اهداف مهم سلامت عمومی شوند؛ بنابراین طراحی یک برنامه ارتباطی مؤثر نیازمند توجه بسیاری از مؤلفه‌ها و عناصر ارتباطی به‌ویژه مخاطبان است؛ لذا در تحقیق پیش رو درصدد هستیم با گفتگو با نخبگان و خبرگان این عرصه ضمن کسب شناخت در خصوص عناصر و

مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت در نهاد سلامت در ایران، قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدات گذار از وضع موجود به سمت وضع مطلوب را دریابیم.

پیشینه پژوهش

پیشینه پژوهش در موضوع مخاطب‌شناسی در حوزه ارتباطات سلامت به مطالعات و تحقیقاتی اشاره دارد که به بررسی و تحلیل مخاطبان برنامه‌های بهداشتی پرداخته‌اند. این پیشینه شامل شناخت و درک نیازها، نگرش‌ها، باورها و رفتارهای مخاطبان در زمینه‌های مختلف بهداشتی است. در این قسمت به چند مورد از پیشینه پژوهش در این زمینه اشاره می‌شود.

در تحقیق سادات حسینی (۱۳۹۴) باهدف بررسی و تبیین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور در ایران، چالش‌ها و راهبردها مشخص شد که ساختار سیاست‌گذاری سلامت در ایران با چالش‌های مختلفی روبرو است مردم ایران در تمامی سطوح در ایفای سبک‌های زندگی سلامت‌محور دچار مشکل شده‌اند و باوجود علاقه درونی محدودیت‌ها و محرومیت‌های مختلفی را در ایفای رفتارهای سلامت‌محور تجربه می‌کنند؛ لذا ضرورت ایجاد هماهنگی گسترده اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در کنار توجه ویژه به شالوده فرهنگی جامعه و شرایط اجتماعی - اقتصادی و سطوح مشارکت در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی، زمینه‌های مذهبی و دینی، آگاهی و مسئولیت‌پذیری مردم در این زمینه به‌وضوح به چشم می‌خورد.

زنگویی و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیق خود در خصوص نقش شبکه‌های اجتماعی مجازی بهداشتی در ارتقای آموزه‌های بهداشتی بیماران به این نتیجه رسیدند که شبکه‌های اجتماعی مجازی در حوزه مربوط به پزشکی و سلامت، توانسته‌اند تا حدی با ایجاد فضاهایی امن و عاری از تنش‌های خاص بیمارستانی، سبب بالا رفتن آگاهی افراد در سطحی عمومی شوند. این شبکه‌ها دانش پزشکی افراد را در سطح کارشناس خبره و یا پزشک لزوماً افزایش نداده‌اند؛ اما در سطح عمومی تغییرات معنادار ایجاد کرده‌اند. علاوه بر این باید توجه داشت که ایجاد تفاوت‌های معنادار در دانش پزشکی عمومی افراد، تنها محصول خود این شبکه‌ها نیست و خود افراد، آگاهی خودشان پیش از استفاده از این فضاهای تعاملی و حتی متغیرجنس و گروه تحصیلی در کیفیت بهره‌مندی اثر گذارند.

مورتیاتی موهتارا (۲۰۲۴) به مطالعه بررسی تأثیر رسانه‌های اجتماعی در تقویت حمایت از سلامت عمومی و افزایش آگاهی بهداشت عمومی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که استفاده روزافزون از رسانه‌های اجتماعی بستری سریع برای انتشار اطلاعات و حمایت از سلامت عمومی است که ارتباطات بهداشتی را متحول کرده است. آن‌ها همچنین دریافتند که مطالب جذاب بصری، مانند اینفوگرافیک‌ها و فیلم‌های کوتاه، در جلب توجه و تقویت تعامل کاربران برای اهداف حمایت از سلامت از مؤثرترین راهکارهاست و عناصر کلیدی در موفقیت رسانه‌های اجتماعی مرتبط با سلامت شامل کمپین‌های سلامت در بستر دیجیتال، تقویت مشارکت جامعه، کاربرد استراتژیک هشتگ‌ها، همکاری با اینفلوئنسرها و تحلیل احساسات است. همچنین بین میزان مشارکت مثبت در رسانه‌های اجتماعی و افزایش آگاهی بهداشت عمومی همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد.

تقسیم‌بندی مخاطبان

تقسیم‌بندی مخاطب بر اساس دو گروه وسیع از متغیرها انجام می‌شود: ویژگی‌های توصیفی مخاطب (جغرافیایی، جمعیتی و روان‌شناختی) و عوامل رفتاری. تقسیم‌بندی مخاطبان امکان انتخاب مخاطبان هدف را بر اساس عوامل خطر سلامت، ارتباط مؤثر پیام‌های سلامت پیچیده و شناسایی کانال‌ها و استراتژی‌های ارتباطی فراهم می‌کند (Karanesheva, 2015). مخاطبان ارتباطات سلامت را می‌توان به دسته‌های مختلفی تقسیم کرد که هر کدام ویژگی‌ها و نیازهای خاص خود را دارند. این تقسیم‌بندی به متخصصان بهداشت کمک می‌کند تا پیام‌های بهداشتی را به‌طور مؤثری طراحی و ارسال کنند. از آنجا که اغلب مردم از لحاظ این خصوصیات بسیار متفاوت از یکدیگر هستند. طراحی پیام‌های یک پویش که بتواند بر کل جمعیت هدف تأثیر بگذارد کار دشواری است؛ لذا هدف طبقه‌بندی مخاطبان کمک به افزایش تأثیر برنامه‌های ارتباطات سلامت است. پیام‌های سلامت عمومی پیام‌هایی که برای اکثریت مردم به کار می‌روند ظرفیت محدودی برای تأثیر بر مخاطبان هدف دارند (Atkin and Fraimas, 2001)؛ اما پیام‌های خاص‌تر یعنی پیام‌هایی که برای خصوصیات منحصربه‌فردی از گروه‌های فرعی کل جمعیت در نظر گرفته شده‌اند ظرفیت تأثیر بیشتری در نفوذ بر گرایش‌ها، باورها و رفتارها دارند (Rimal and Adkins, 2023). متغیرهای مؤثر بر رفتار مخاطبان عبارت‌اند از:

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: مانند جنس، نژاد و وضعیت اقتصادی و اجتماعی؛ متغیرهای روان‌شناختی: مانند باورهای مرتبط با سلامت تمایلات روان‌شناختی، نگرش‌ها، باورها و مهارت‌های مرتبط با سلامت؛ بنابراین تحلیل مخاطب نقش مهمی در تعیین متغیرهای کلیدی ایفا می‌کند که می‌تواند برای تقسیم گروه‌های زیرمجموعه مخاطب هدف به کار روند. تقسیم‌بندی به طراحان برنامه‌های ارتباطات سلامت کمک می‌کند تا ظرفیت برنامه برای تأثیر در نتایج مثبت سلامت و درک دقیق متغیرهای مهمی که می‌تواند برای بهبود کارایی پوشش‌های آتی سلامت به کار روند افزایش یابد (Kevin B, 2008) در زیر به سه دسته اصلی مخاطبان ارتباطات سلامت اشاره می‌شود:

مخاطبان عمومی^۱ شامل عموم مردم: افرادی که به‌طور کلی با اطلاعات عمومی بهداشتی و سلامت در ارتباط هستند، بدون توجه به ویژگی‌های خاص فردی و مخاطبان غیرمتخصص: افرادی که به دنبال اطلاعات پایه‌ای دربارهٔ مسائل بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها هستند.

مخاطبان تخصصی^۲ شامل: پزشکان، پرستاران، داروسازان و صاحبان مشاغل سلامت که مسئول مستقیم ارائه خدمات بهداشتی درمانی هستند. به علت تأثیری که صاحبان مشاغل سلامت بر روی تصمیم‌گیری بیماران و نتایج حاصل از درمان دارند، برنامه‌های ارتباطی با متخصصان این عرصه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و معمولاً به‌عنوان یک قسمت حیاتی از برنامه‌های بزرگ‌تر ارتباطات سلامت شناخته می‌شوند که به دنبال تغییر رفتار در بیماران و اثرگذاری بر سطوح بالاتر جامعه و سیاست‌گذاران هستند (Renata Schiavo, 2007).

کاربران فضای مجازی: جامعه‌ای آنلاین که کاربران آن، مُجاز به اشتراک اطلاعات، تصاویر، فیلم‌ها، نرم‌افزارها و ... برقراری ارتباط با دیگران و کشف نشانی ارتباط افراد جدید هستند. چنین شبکه‌های اجتماعی مجازی را می‌توان چکیده وب ۲ برشمرد که در آن، اعضا با مشارکت و همفکری و با استفاده از برنامه‌ها به ساختن محتوای وب می‌پردازند. همچنین بیشتر شبکه‌های اجتماعی راه‌های گوناگونی مانند ایمیل، چت روم، اشتراک تصاویر، موسیقی و فیلم برای تعامل کاربران فراهم می‌کنند؛ فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی بستری مناسب برای آموزش مهارت‌های پیشگیری و درمان است (زنگویی، ۱۳۹۲: ۱۵۸).

1. General Public

2. Specialized Audiences

مؤلفه‌های مؤثر در تحلیل مخاطبان

در فضای تکثر روزافزون رسانه‌ها و سهولت دسترسی مخاطبان به انواع رسانه‌ها و پیام‌هایی که آنان را از انفعال و اجبار، به فعال بودن، انتخاب‌گری و کنشگری سوق داده است (Ellison and Boyd, 2007). در تحلیل مخاطبان بایستی به توانمندی‌های فردی مخاطبان در دریافت پیام‌های سلامت توجه کرد که شامل این موارد است:

سواد سلامت: سواد سلامت افراد به‌طور مستقیم بر توانایی آن‌ها، نه فقط برای اقدام بر اساس اطلاعات بهداشتی درمانی، بلکه کنترل بیشتر سلامتی خود به‌عنوان اشخاص، خانواده‌ها و جوامع، اثرگذار است. سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: «مهارت‌های اجتماعی و شناختی که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد برای دستیابی به اطلاعات و درک و استفاده از آن هستند به‌گونه‌ای که سلامتی حفظ و ارتقا یابد. همچنین سواد سلامت یک موضوع فردی نیست، سطح بالاتر سواد سلامت در جوامع، مزایای اجتماعی را به‌دنبال دارد. بنابراین این عامل نباید تنها به‌عنوان مسئولیت فردی در نظر گرفته شود و لازم است این اطمینان ایجاد شود که دولت‌ها و نظام‌های سلامت اطلاعات شفاف، دقیق، مناسب و قابل دسترس را برای ارتقای سواد سلامت به مخاطبان گوناگون ارائه می‌دهند (رهبری، بختیاری، ۱۳۹۹: ۴).

سواد ارتباطی: سواد ارتباطی برقراری ارتباط مناسب با دیگران و دانستن آداب اجتماعی است (قاسمی، ۱۳۹۹: ۱۱). سواد ارتباطی مطابق چهارمین تعریف یونسکو از انواع سواد، توانایی ایجاد تغییر مالاک با سواد قرار گرفته است، یعنی شخصی با سواد تلقی می‌شود که بتواند با استفاده از خواننده‌ها و آموخته‌های خود، تغییری در زندگی خود ایجاد کند. در واقع این تعریف مکمل تعریف قبلی سواد است، زیرا صرفاً دانستن یک موضوع به معنای عمل به آن نیست. در صورتی که مهارت‌ها و دانش آموخته شده باعث ایجاد تغییر معنادار در زندگی شود، آنگاه می‌توان گفت این فرد انسانی با سواد است (غریب شاه، ۱۴۰۲) سواد ارتباطی و داشتن مهارت‌های ارتباطی در بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با بیماران منجر به ارتباطات مؤثر و نتایج درمانی قابل قبول خواهد شد.

سواد رسانه: کسانی که از سواد رسانه‌ای بهره‌مند هستند قادر خواهند بود با نگاهی انتقادی، تحلیلی، پژوهشی و مطالعاتی برنامه‌ها را دنبال کنند چراکه رسانه‌ها منابع کسب اطلاعات ما از دنیای پیرامون هستند. داشتن سواد رسانه‌ای شرایطی را فراهم می‌کند تا انسان به‌صورت انتقادی پیام‌ها را تحلیل کند و بتواند هدف و دیدگاه پیام و فرستنده آن بشناسد. سواد رسانه‌ای مجموعه‌ای از چشم‌اندازها است که ما به‌طور فعالانه‌ای برای قرار

گرفتن در معرض رسانه از آن‌ها بهره‌برداری می‌کنیم تا معانی پیام‌هایی را که با آن‌ها مواجه می‌شویم تفسیر کنیم (پاتر، ۲۰۰۵) هدف سواد رسانه‌ای، دادن قدرت کنترل برنامه‌های رسانه به افراد است. در واقع، هدف سواد رسانه‌ای این است که به مردم نشان دهد چگونه کنترل را از رسانه‌ها به خود معطوف کنند (شکرخواه، ۱۳۸۶: ۲۷).

سواد اطلاعاتی: در کنار سواد رسانه‌ای که آموزش آن در عصر حاضر ضروری به نظر می‌رسد یکی دیگر از مهارت‌هایی که طبق نظر یونسکو (۲۰۰۷) از حقوق اساسی بشر محسوب می‌شود سواد اطلاعاتی است سواد اطلاعاتی به‌عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌ها به‌منظور شناسایی درست منابع اطلاعاتی، دسترسی به آن‌ها و همچنین توانایی استفاده هدفمند از آن‌ها، وسیله و ابزاری است، برای توانمندسازی فردی به سبب ماهیت کار و ارتباط گسترده با منابع اطلاعاتی و فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی و برای این منظور نیازمند کسب مهارت‌های لازم در زمینه سواد اطلاعاتی هستند و این نوع سواد، کلید یادگیری مادام‌العمر است (قاسمی، ۱۳۸۵: ۹۷).

چارچوب نظری تحقیق

بدیهی است در هر جامعه‌ای تأثیرگذاری و تأثیرپذیری بر بستر نیازهای مخاطبان شکل می‌گیرد و تأثیر پیام بیشتر در مسائلی است که با نیازهای روز مردم همخوانی داشته باشد. اصل کلی همان نیاز طیف گسترده که در حقیقت اکثریت جامعه است - عامل تأثیرپذیری است. در حوزه ارتباطات سلامت، نظریه‌های مختلفی برای درک و تحلیل مخاطب‌ها و نحوه ارتباط با آن‌ها وجود دارد. این نظریه‌ها به متخصصان کمک می‌کنند تا برنامه‌های بهداشتی و کمپین‌های ارتباطی را به‌طور مؤثرتری طراحی و اجرا کنند. در تحقیق حاضر به رویکرد اقناع در تحلیل مخاطبان پرداخته شده است چشم‌اندازهایی که به ارتباطات به‌مثابه اقناع می‌پردازد تلاش‌هایی حساب‌شده برای تغییر باورها، دیدگاه‌ها و رفتارهای مخاطبان به علل گوناگون است. تمرکز تحلیلی در رویکرد ارتباطات به‌مثابه اقناع بر اصول، عوامل و فرایندهای هدفمندی استوار است که به دنبال اقناع دیگران و نفوذ به فکرها و کنش‌هاست. از این منظر، مطالعات ارتباطات منقش به الهامات فلسفی از مطالعات کلاسیک گرفته تا بلاغت است. این نظریه همچون مطالب بنیادین مطالعات نوین اقناع (برلو، ۱۹۶۰؛ شرام، ۱۹۵۴)، ارتباطات را به‌عنوان فرایندی اثرگذار بر ذهن (ویور، ۱۹۴۹) می‌بیند که بر مبادلات میان

افراد و معنی ساخته شده میان آن‌ها تمرکز دارد. باوجود این برخلاف مطالعات سنتی اطلاعات که اساساً بر ویژگی‌های مجرا و بازتولید پیام‌ها متمرکز بود، مطالعات اقناع اهمیت عوامل متعدد در نفوذ اجتماعی را برجسته کرد (گودرزی، ۱۴۰۱: ۶۲). نظریه اقناع در برنامه‌های ارتباطات سلامت بر تغییر نگرش‌ها و رفتارهای افراد از طریق پیام‌های هدفمند و متناسب تأکید دارد. این نظریه بیان می‌کند که پیام‌های سلامت باید به گونه‌ای طراحی شوند که توجه مخاطب را جلب کنند، باورهای مرتبط را تحت تأثیر قرار دهند و درنهایت به اقدام عملی منجر شوند. عوامل کلیدی اقناع شامل اعتبار منبع پیام، جذابیت و وضوح محتوا و تطابق پیام با ارزش‌ها و نیازهای مخاطبان است. این نظریه در کمپین‌های سلامت عمومی، مانند تشویق به ترک سیگار، واکسیناسیون یا تغذیه سالم، برای تأثیرگذاری بر رفتارهای پرخطر و ارتقای سلامت افراد به کار می‌رود. از آنجایی که نظریات اقناع در ساختارها و زمینه‌های اجتماعی مخاطبان واقع می‌شود. در این پژوهش به نظریه نظام‌های اجتماعی و بهداشت تأکید شده است. این رویکرد به بررسی تعاملات و تأثیرات متقابل بین نظام‌های اجتماعی و سلامت فردی و جمعی و به تحلیل چگونگی تأثیر ساختارهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی بر وضعیت بهداشتی و سلامت جامعه می‌پردازد. این نظریه توسط محققان مختلفی در زمینه‌های جامعه‌شناسی، بهداشت عمومی و علوم اجتماعی توسعه یافته است. در این مقاله به رویکرد ساخت‌یابی آنتونی گیدنز پرداخته شده است و به تحلیل ساختارهای اجتماعی و تأثیرات آن‌ها بر سلامت و رفاه اجتماعی پرداخته است.

رویکرد ساخت‌یابی آنتونی گیدنز در ارتباطات سلامت، بر تعامل میان ساختارهای اجتماعی (مانند نظام سلامت، سیاست‌ها و رسانه‌ها) و کنش‌های فردی (مانند رفتارهای سلامت) تأکید دارد. این رویکرد نشان می‌دهد که ساختارها و کنش‌ها به صورت متقابل یکدیگر را شکل می‌دهند. در این چارچوب، ساختارهای اجتماعی با فراهم کردن منابع و قواعد (مانند دسترسی به اطلاعات سلامت یا خدمات درمانی) بر رفتارهای سلامت تأثیر می‌گذارند، درحالی‌که افراد نیز با تصمیمات و رفتارهای خود، این ساختارها را بازتولید یا تغییر می‌دهند. در ارتباطات سلامت، این رویکرد اهمیت طراحی پیام‌ها و برنامه‌هایی را نشان می‌دهد که نه تنها اطلاعات و امکانات را به صورت عادلانه در دسترس قرار دهند، بلکه به مخاطبان امکان مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها و تغییرات سلامت محور را بدهند.

در این نظریه‌گیدنز توجه خود را به تنظیم ساختار کنش‌های متقابل بین اعتقادات، نیات، اهداف، گزینش‌ها و کنش‌های فردی و جمعی انسان‌ها از یک‌سو و شرایط ساختاری اندیشه و عمل معطوف می‌سازد. بایرانت^۱ (۱۹۹۱) بر اساس این نظریه، میان ساختارها و عوامل انسانی رابطه متقابل و دیالکتیکی برقرار است. او استدلال می‌کند که کنش‌های روزمره مانند خریدن کردن، به مدرسه رفتن و... هم تولید (زاینده) و هم بازتولید (زاینده) ساختارهای اجتماعی است (مهدی زاده، ۱۳۸۹). در واقع تحقیقات بررسی نقش ساختار اجتماعی در شکل‌گیری سلامت و بیماری از طریق تصمیم‌گیری‌های فردی با رویکرد گیدنز پیوند پیچیده بین افراد و زمینه اجتماعی که در آن قرار دارند را گشوده است. برای مثال؛ گرینر^۲ (۲۰۰۸) به نقد سیاست بهداشت دولت کارگری بریتانیا در مدیریت بیماری‌های طولانی‌مدت در سرویس بهداشت ملی^۳ در قرن ۲۱، به‌ویژه برنامه «بیمار متخصص»، پرداخته است. وی به نقد این سیاست می‌پردازد که هدف آن ترویج مراقبت خود و توانمندسازی بیمار برای کنترل بیماری خود است و به‌این‌ترتیب بار زیادی را بر دوش فعالیت فردی می‌گذارد. به گفته گرینر، این برنامه به جداسازی فعالیت فردی از ساختار با مسئولیت دادن به بیماران مزمن برای مدیریت وضعیتشان می‌پردازد و کاهش نقش دولت، نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه مفهوم بازتاب‌پذیری گیدنز است.

گرین‌هال (۲۰۰۹)^۴ با لحن کمترا انتقادی، به بررسی مدل‌های مختلف مشارکت بیماران با بیماری‌های مزمن پرداخته است. او نیز به مفهوم «بیمار متخصص» که در سیاست‌های بهداشت ملی در جهان غرب به‌عنوان روشی برای دوری از رویکرد پدرسالارانه در رابطه پزشک و بیمار و تشویق به مراقبت خود مطرح شده، اشاره می‌کند. گرین‌هال این رویکرد جدید دولتی در پیشگیری و مدیریت شرایط مزمن را به چالش می‌کشد و مدل جامع‌تری را پیشنهاد می‌دهد که «زمینه خانوادگی، اجتماعی و سیاسی فرد را نیز در نظر بگیرد» (Greenhall, 2009). همچنین ویلیامز و کالنان^۵ (۱۹۹۶) مفهوم بازتاب‌پذیری گیدنز را در زمینه تغییر رابطه بین پزشکی مدرن و عمومی بررسی کرده و نتیجه‌گیری کردند که بیماران، از جمله کسانی که بیماری‌های مزمن دارند، مصرف‌کنندگان منفعل نیستند که توسط حرفه پزشکی فریب خورده‌اند، بلکه

1. Byrant
2. Greiner
3. NHS
4. Greenhall
5. Williams and Callanan

عوامل بازتابی، انتقادی و فعال هستند (Jonathan Gabe, 2017) در واقع تحلیل‌های گیدنز به ماکمک می‌کند تا بفهمیم چگونه عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می‌توانند بر وضعیت بهداشتی و سلامت افراد و جوامع تأثیر بگذارند. این تحلیل‌ها همچنین به طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی مؤثرتر کمک می‌کنند که با توجه به ساختارهای اجتماعی و نیازهای مختلف گروه‌های اجتماعی، مشکلات بهداشتی را به‌طور جامع‌تری مورد بررسی قرار دهند.

روش پژوهش

هدف اصلی این تحقیق شناخت عناصر و مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت نظام سلامت در ایران است که برای دستیابی به آن باید به شناسایی اهداف فرعی شامل: شناخت محیط داخلی و شناخت محیط خارجی مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت نظام سلامت بپردازیم. بر اساس اهداف، سؤال‌های تحقیق نیز شکل گرفته‌اند.

سؤال اصلی تحقیق: مهم‌ترین عناصر و مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت چیست؟

سؤالات فرعی: محیط داخلی (قوت‌ها، ضعف‌ها)، محیط خارجی (فرصت‌ها و تهدیدها) توجه به مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت از دیدگاه متخصصان در چه وضعیتی است؟

در این پژوهش، روش تحقیق نخبگی یا سوات به عنوان یک روش ارزیابی عوامل داخلی و خارجی، مبنای پژوهش قرار گرفته است. روش سوات که در علم مدیریت به روش تحلیل راهبردی نیز شهرت دارد و برای شناسایی و تدوین راهبردهای بهینه بر اساس نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها می‌پردازد؛ که با استفاده از تکنیک فاصله به ارزیابی شکاف بین وضعیت موجود با وضعیت مطلوب پرداخته شده و نوع راهبردهای موردنیاز برای دستیابی به وضعیت مطلوب را ارائه می‌دهد.

جامعه آماری این تحقیق شامل خبرگان حوزه ارتباطات و خبرگان حوزه سلامت با توجه به سوابق علمی و اجرایی در حوزه ارتباطات و رسانه و نظام سلامت می‌باشند.

برآورد حجم نمونه: بر اساس امتیاز اعطاشده به افراد بر اساس نمره به هنجار یا Z زیر منحنی توزیع نرمال، حجم نمونه محاسبه شده است. بر این اساس تعداد نمونه مورد مطالعه از نفر ۲۵ نباید کمتر و از ۴۰ نفر نباید بیشتر باشد.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نا احتمالی هدفمند بوده است. به عبارتی افرادی که با حوزه ارتباطات سلامت آشنایی داشته‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند در ابتدا گویه‌های پرسشنامه از مستندات موجود در این حوزه، استخراج و به تعداد ۴۰ نفر به سؤال‌های این پژوهش از طریق پرسشنامه محقق ساخته پاسخ داده‌اند برای طراحی پرسشنامه گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت و با توجه به میزان اهمیت آن‌ها به عنوان وضعیت موجود امتیازی بین ۱ تا ۵ به آن‌ها اختصاص داده شد. برای محاسبات آماری تحقیق، محاسبات میانگین‌ها و آزمون مقایسه آن‌ها از نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

باتوجه به نتایج پرسشنامه‌های تکمیل شده در میدان تحقیق، پس از استخراج اطلاعات، پردازش و داده‌آمایی مقتضی مبتنی بر روش تحقیق مورد استفاده، به بررسی یافته‌ها پرداخته شد که در دو بخش توصیف یافته‌ها و تحلیل یافته‌ها ارائه می‌شود. در این بخش از پژوهش به ارائه توزیع فراوانی مرتبط با ویژگی‌های فردی و اجتماعی پاسخگویان می‌پردازیم جهت رعایت اختصار به ارائه نتایج چند جدول بسنده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنس

| جنس | تعداد | درصد معتبر | درصد تجمعی |
|-----|-------|------------|------------|
| مرد | ۲۶ | ۶۵ | ۶۵ |
| زن | ۱۴ | ۳۵ | ۱۰۰ |
| جمع | ۴۰ | ۱۰۰ | |

با توجه به جدول توزیع فراوانی بالا از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ جنس، بیشترین نسبت یعنی ۶۵ درصد یا ۲۶ نفر مرد و کمترین نسبت یعنی ۳۵ درصد یا ۱۴ نفر زن بوده‌اند.

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تخصص

| بخش فعالیت | تعداد | درصد | خالص درصد | درصد تجمعی |
|------------------------|-------|------|-----------|------------|
| مرتبط با علوم ارتباطات | ۱۲ | ۳۰ | ۳۰ | ۳۰ |
| مرتبط با علوم سلامت | ۲۲ | ۵۵ | ۵۵ | ۸۵ |
| ارتباطات سلامت | ۶ | ۱۵ | ۱۵ | ۱۰۰ |
| جمع | ۴۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | |

با توجه به جدول توزیع فراوانی بالا از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ بخش، بیشترین

مخاطبان ارتباطات سلامت: از فضای حقیقی تا فضای مجازی

نسبت یعنی ۵۵ درصد یا ۲۲ نفر در علوم مرتبط با سلامت و کمترین نسبت یعنی ۱۵ درصد یا ۶ نفر در حوزه ارتباطات سلامت فعالیت دارند.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان تحصیلات

| تحصیلات | تعداد | درصد معتبر | تجمعی درصد |
|---------------|-------|------------|------------|
| کارشناسی ارشد | ۱ | ۲/۵ | ۲/۵ |
| دکتری حرفه‌ای | ۶ | ۱۵ | ۱۷/۵ |
| دکتری تخصصی | ۳۰ | ۷۵ | ۹۲/۵ |
| پسادکتری | ۳ | ۷/۵ | ۱۰۰ |
| جمع | ۴۰ | ۱۰۰ | |

با توجه به جدول توزیع فراوانی بالا از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ تحصیلات، بیشترین نسبت یعنی ۷۵ درصد یا ۳۰ نفر دارای مدرک دکتری تخصصی و کمترین نسبت یعنی ۲/۵ درصد یا یک نفر دارای کارشناسی ارشد هستند.

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب عنوان شغلی (سمت)

| عنوان شغلی (سمت) | تعداد | درصد معتبر | تجمعی درصد |
|------------------|-------|------------|------------|
| هیئت‌علمی | ۲۲ | ۵۵ | ۵۵ |
| معاون | ۴ | ۱۰ | ۶۵ |
| مدیر | ۱۱ | ۲۷/۵ | ۹۲/۵ |
| کارشناس | ۳ | ۷/۵ | ۱۰۰ |
| جمع | ۴۰ | ۱۰۰ | |

با توجه به جدول توزیع فراوانی بالا از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ سمت، بیشترین نسبت یعنی ۵۵ درصد یا ۲۲ نفر هیئت‌علمی دانشگاه و کمترین نسبت یعنی ۷/۵ درصد یا ۳ نفر کارشناس هستند.

جدول ۵. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب سابقه

| سابقه | تعداد | درصد معتبر | تجمعی درصد |
|-----------------|-------|------------|------------|
| ۱۰ تا ۱۵ سال | ۱ | ۲/۵ | ۲/۵ |
| ۱۵ تا ۲۰ سال | ۱ | ۲/۵ | ۵ |
| ۲۰ سال و بالاتر | ۳۸ | ۹۵ | ۱۰۰ |
| جمع | ۴۰ | ۱۰۰ | |

با توجه به جدول توزیع فراوانی بالا از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ سابقه، بیشترین نسبت یعنی ۹۵ درصد یا ۳۸ نفر دارای ۲۰ سال و بالاتر سابقه و کمترین نسبت یعنی ۲/۵ درصد یا ۱ نفر دارای حداقل ۱۰ سال سابقه هستند.

تحلیل یافته‌ها

در بخش تحلیل یافته‌ها به میانگین‌های محاسبه‌شده بر اساس نوع محیط تحقیق، قوت‌ها و ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای مورد ارزیابی از جانب پاسخگویان می‌پردازیم.

ارزیابی ضریب اهمیت عوامل محیط داخلی (قوت‌ها و ضعف‌ها) و محیط خارجی (فرصت‌ها و تهدیدها):

مجموعه گویه‌های تحقیق بر اساس چارچوب مندرج در پرسشنامه تحقیق برای محیط داخلی به شرح زیر ارائه می‌شود. مبنای اندازه‌گیری در هر یک از بخش‌ها طبق الگوی سوات، مورد سنجش قرار گرفته است.

ضریب اهمیت: شامل میزان اهمیتی است که هر گویه برای فرد پاسخگو داشته است، در ذیل این عنوان مورد ارزیابی قرار گرفته است. مبنای اندازه‌گیری در این بخش پیوستار ۵ سطحی لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد بوده است.

جدول ۶. قوت‌ها

| میانگین | قوت‌ها |
|---------|---|
| ۳/۹۵ | فراهم کردن بستر مشارکت‌های مردمی در برنامه‌های بهداشتی |
| ۴/۳۰ | وجود ارتباطات گروه به صورت تعاملات درون گروه‌های مراقبت سلامت و مردم در فضای مجازی |
| ۳/۷۸ | ایجاد ارتباطات بین فردی و آموزش بهداشت از طریق همسانان |
| ۳/۹۵ | وجود شبکه‌های اجتماعی سلامت آنلاین و ارائه مراقبت‌های سلامت |
| ۴/۲۰ | توجه به افزایش سطح بهداشت همگانی و ارتقای سلامت (Health promotion) |
| ۳/۶۰ | اعتماد مردم به نظام سلامت و مشارکت در کمپین‌های وزارت بهداشت |
| ۳/۴۰ | آموزش مفاهیم بهداشتی به مردم در بستر شبکه‌های بهداشتی درمانی در سراسر کشور |
| ۴/۳۸ | تولید محتواهای آموزشی برای عموم مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی در فضای مجازی توسط دفتر ارتقای سلامت وزارت بهداشت |
| ۴/۱۸ | تدوین برنامه‌های خودمراقبتی فردی و سازمانی |
| ۴/۱۸ | توجه به فرهنگ‌سازی سلامت در برنامه‌ها و دستورالعمل‌ها |

مخاطبان ارتباطات سلامت: از فضای حقیقی تا فضای مجازی

| میانگین | قوت‌ها |
|---------|--|
| ۴/۵۸ | وجود شبکه سلامت در فضای مجازی برای آگاهی بخشی به مردم |
| ۴/۰۸ | وجود بسیج مردمی در بحران‌های سلامت |
| ۴/۳۵ | وجود پایگاه خبری و اطلاع‌رسانی آنلاین در وزارت بهداشت |
| ۳/۹۵ | مشارکت سمن‌ها در اجتماعی کردن سلامت |
| ۳/۵۲ | استفاده از سرویس پیامک توسط وزارت بهداشت برای توسعه ارتباطات و اطلاع‌رسانی به مردم |
| ۴/۳۵ | آموزش مداوم به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در حوزه ارتباطات مؤثر در شبکه‌ها بهداشتی درمانی |
| ۳/۸۸ | استفاده از تله مدیسن پزشکی از راه دور |

بر اساس جدول شماره ۱ بیشترین قوت نظام سلامت در خصوص مخاطبان خود به گویه: وجود شبکه سلامت در فضای مجازی برای آگاهی بخشی به مردم با میانگین: ۴/۵۸ و کمترین میزان اهمیت گویه: به آموزش مفاهیم بهداشتی به مردم در بستر شبکه‌های بهداشتی درمانی با میانگین ۳/۴۰ اختصاص دارد.

جدول ۷. ضعف‌ها

| میانگین | ضعف‌ها |
|---------|---|
| ۴/۳۲ | توجه ناکافی به ویژگی‌ها و دامنه گستره مخاطبان در طراحی پیام‌های سلامت و انتخاب شبکه اجتماعی مناسب با آن |
| ۴/۰۵ | توسعه نیافتن زیرساخت‌های ارتباطی به تناسب پیشرفت‌های فناوری و ابزارهای ارتباطی |
| ۴/۴۲ | توجه ناکافی به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی مخاطبان در تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی |
| ۴/۳۰ | فقدان ارزشیابی و بازخورد از مخاطبان برنامه‌های بهداشتی وزارت بهداشت |
| ۴/۰۵ | ناتوانی در پاسخگویی به نیازهای بیماران در اثر وجود اختلال در زیرساخت‌ها و شبکه‌های ارتباطی |
| ۴/۳۳ | سواد ارتباطی پایین پزشکان و آموزش ناکافی مهارت‌های ارتباطی به آنان در دوران تحصیل |
| ۳/۹۵ | نبود نگاه ارتباطی در پزشکان به عنوان مدیران تیم‌های سلامت نسبت به مسائل حوزه سلامت |
| ۴/۴۰ | کم‌توانی رقابت پیام‌رسان‌های داخلی با پیام‌رسان‌های خارجی در جذب مخاطب |
| ۳/۷۵ | کم‌توجهی به موضوع مخاطب‌سنجی در تولید و انتشار پیام‌های بهداشتی |
| ۳/۳۳ | نامشخص بودن حوزه وظایف و اختیارات نهادهای مرتبط با ارتباطات سلامت |
| ۳/۱۸ | عدم مشورت با صاحب‌نظران ارتباطات در تدوین اسناد و دستورالعمل‌های بهداشتی |
| ۳/۵۳ | نبود آموزش‌های رسانه‌ای به مدیران حوزه سلامت |
| ۳/۲۵ | نبود رویکرد سیستمی و چالش مدیریتی |
| ۳/۱۳ | عدم نظام‌مند بودن تعاملات نظام سلامت با وسایل ارتباط جمعی به ویژه رسانه ملی |

| میانگین | ضعف‌ها |
|---------|--|
| ۳/۲۸ | نابسامانی و نظارت ناکافی در تولیدات برنامه‌های حوزه سلامت در صدا و سیما |
| ۳/۲۸ | ضعف مدیران ارشد در حوزه اطلاع‌رسانی |
| ۳/۲۳ | خلاء به کارگیری مهارت‌های ارتباطی کادر درمان با بیماران و همراهان بیمار |
| ۲/۹۳ | عدم در اختیار داشتن زیرساخت‌های ارتباطی و فناوری‌های اطلاعات در وزارت بهداشت |

بر اساس جدول شماره ۲ بیشترین میزان ضعف نظام سلامت در ارتباط با مخاطبان خود به گویه: توجه ناکافی به تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی در تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی با میانگین: ۴/۴۲ و کمترین میزان اهمیت به گویه: عدم در اختیار داشتن زیرساخت‌های ارتباطی و فناوری‌های اطلاعات در وزارت بهداشت با میانگین ۲/۹۳ اختصاص دارد.

جدول ۸. فرصت‌ها

| میانگین | فرصت‌ها |
|---------|---|
| ۲/۹۸ | ظرفیت شبکه‌های بهداشتی درمانی در انتقال مفاهیم بهداشتی به مردم |
| ۳/۶۰ | ارتباطات انسانی بین ارائه‌دهندگان و بهره‌برداران در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی بر مبنای تصمیم سازی مشارکتی و کمک به خودمراقبتی |
| ۳/۵۰ | وجود پلتفرم‌های آنلاین در موضوعات سلامت محور و درمان بیماری‌ها |
| ۳/۱۰ | ارتباطات بین فردی روابط پزشک و بیمار با رویکرد تصمیم‌گیری مشارکتی |
| ۳/۶۰ | وجود کانال‌های شبکه‌های بهداشتی درمانی در فضای مجازی برای اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی به مردم |
| ۳/۳۵ | ارتباطات اجتماعی از طریق کمپین‌ها و کارزارهای ارتباطی در حوزه سلامت در فضای حقیقی و مجازی |
| ۳/۲۵ | ارتباطات رسانه‌ای نظام سلامت با کارکردهای اطلاع‌رسانی، آموزش، آگاهی بخشی برای تغییر در دانش و نگرش‌ها و افزایش آگاهی جامعه |
| ۳/۳۰ | آموزش از طریق سرگرمی و طراحی و انتقال پیام‌های بهداشتی در قالب سرگرمی و سریال‌های تلویزیونی |
| ۳/۱۸ | میزگردهای علمی و تبادل اطلاعات سلامت محور در رسانه ملی |
| ۲/۴۲ | اطلاع‌رسانی خوب در انجام پویش‌های همگانی سلامت |
| ۳/۲۵ | دریافت محتوای آموزشی سلامت و تبادل تجربیات بیماران و کاربران در فضای اینترنت |
| ۳/۱۲ | وجود گروه‌های حمایتی آنلاین و پزشکی از راه دور |

مخاطبان ارتباطات سلامت: از فضای حقیقی تا فضای مجازی

| میانگین | فرصت‌ها |
|---------|--|
| ۳/۲۰ | آموزش مفاهیم بهداشتی بین اصناف و مدارس با رویکرد پیشگیری خودمراقبتی و ترویج سبک زندگی سالم |
| ۳/۶۸ | توجه نظام سلامت به برنامه‌های خودمراقبتی و آموزش بیماران در فضای مجازی |
| | فراهمی بستر مشارکت‌های مردمی در برنامه‌های بهداشتی و پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه CBPR |
| ۳/۳۷ | تحرک مدنی، پویش و مشارکت شهروندان در برنامه‌های بهداشتی و نه اجبار |
| ۳/۰۷ | آگاهی بخشی و اطلاع‌رسانی از طریق ظرفیت رسانه ملی در دو بعد پیشگیری و درمانی |
| ۲/۶۵ | ارتباطات تعاملی میان کاربران شبکه‌های اجتماعی و کارشناسان سلامت در برنامه‌های بهداشتی آنلاین |
| ۳/۴۵ | ارتباطات پزشکان و کاربران در شبکه‌های اجتماعی |

بر اساس جدول شماره ۳ بیشترین فرصت نظام سلامت در ارتباط با مخاطبان خود به گویه توجه نظام سلامت به برنامه‌های خود مراقبتی و آموزش به بیماران در فضای مجازی با میانگین: ۳/۶۸ و کمترین میزان اهمیت به گویه اطلاع‌رسانی خوب در انجام پویش‌های همگانی سلامت با میانگین ۲/۴۲ اختصاص دارد.

جدول ۹. تهدیدها

| میانگین | تهدیدها |
|---------|---|
| ۳/۳۰ | پیچیده بودن سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی با تعدد بازیگران و پیامدهای مختلف |
| ۳/۷۵ | استفاده از واژه‌های نادرست و نامفهوم در اطلاع‌رسانی حوزه سلامت و تلقی غلط از پیام‌های خبری مرتبط با سلامت |
| ۳/۵۳ | تنوع ساختار اجتماعی مخاطبان در شکل‌گیری رفتارهای سلامت پرخطر |
| ۳/۲۸ | ارتباطات بین فردی نامناسب پزشکان با بیماران و نارضایتی بیماران و همراهان نسبت به نحوه برخورد پزشکان |
| ۳/۹۰ | پایین بودن سواد اطلاعاتی کاربران و پیروی از توصیه‌های نادرست درمان بیماری‌ها در فضای مجازی |
| ۳/۰۳ | دگرگونی فرهنگ سلامت جامعه و رواج سبک زندگی ناسالم و مصرف‌گرایی در اثر وجود شبکه‌های اجتماعی |
| ۳/۰۵ | تجزیه درمانی افراد ناآگاه و غیرمتمنخصص به دیگران در فضای مجازی |
| ۲/۹۳ | استفاده غیرعلمی از طب سنتی در شبکه‌های اجتماعی برای درمان بیماری‌ها |
| ۳/۳۲ | مناسب نبودن هر نوع پیام سلامت برای هر نوع مخاطب به‌ویژه کودکان و نوجوانان |
| ۳/۲۰ | بمباران اطلاعات در حوزه سلامت در شبکه‌های اجتماعی |
| ۳/۵۸ | اطلاع‌رسانی ضعیف در بحث خوددرمانی و بی‌نیاز دانستن فرد از پزشک |

| میانگین | تهدیدها |
|---------|---|
| ۳/۳۲ | اینفودمی در حوزه سلامت در رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی |
| ۳/۸۳ | وجود اطلاعات نادرست در فضای اینترنت |
| ۲/۴۰ | اضافه بار اطلاعاتی افراد با جستجوی موضوعات مرتبط با سلامت در شبکه‌های اجتماعی و اینترنت |
| ۳/۳۰ | رواج سبک زندگی ناسالم و رفتارهای پرخطر در اثر سواد سلامت پایین و ایجاد بار بیماری بر نظام سلامت |
| ۳/۱۸ | ورود شبکه‌های خارجی در موضوعات مرتبط با سلامت برای جذب مخاطب |
| ۲/۹۳ | ناتوانی پیام‌های سلامت در جلب اعتماد و مشارکت گروه‌های مؤثر جامعه |

بر اساس جدول شماره ۴ بیشترین میزان اهمیت تهدید برای نظام سلامت در ارتباطات با مخاطبان خود به گویه: پایین بودن سواد اطلاعاتی کاربران و پیروی از توصیه‌های نادرست درمان بیماری‌ها در فضای مجازی با میانگین: ۳/۹۰ و کمترین میزان اهمیت به گویه اضافه بار اطلاعاتی افراد با جستجوی موضوعات مرتبط با سلامت در شبکه‌های اجتماعی و اینترنت با میانگین: ۲/۴۰ اختصاص دارد.

جدول ۱۰. امتیازات گویه‌ها با بیشترین میانگین در محیط داخلی (قوت‌ها، ضعف‌ها) و محیط خارجی (فرصت‌ها، تهدیدها)

| ضعف‌ها | قوت‌ها |
|---|---|
| محیط داخلی | |
| <p>۴ گویه اصلی که دارای بیشترین میانگین میزان ضعف هستند عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● توجه ناکافی به تفاوت‌های فرهنگی مخاطبان در تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی با میانگین: ۴/۴۲ ● کم‌توانی رقابت پیام‌رسان‌های داخلی با پیام‌رسان‌های خارجی در جذب مخاطب با میانگین: ۴/۴۰ ● سواد ارتباطی پایین پزشکان و آموزش ناکافی مهارت‌های ارتباطی به آنان در دوران تحصیل با میانگین: ۴/۳۳ ● توجه ناکافی به ویژگی‌ها و دامنه‌گسترده مخاطبان در طراحی پیام‌های سلامت و انتخاب شبکه اجتماعی متناسب با آن با میانگین: ۴/۳۲ | <p>۴ گویه اصلی که دارای بیشترین میانگین میزان قوت هستند عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● وجود شبکه سلامت در فضای مجازی برای آگاهی بخشی به مردم با میانگین ۴/۵۸ ● تولید محتواهای آموزشی برای عموم مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی در فضای مجازی توسط دفتر ارتقای سلامت وزارت بهداشت با میانگین: ۴/۳۸ ● آموزش مداوم به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در حوزه ارتباطات مؤثر در شبکه‌های بهداشتی درمانی با میانگین: ۴/۳۵ ● وجود پایگاه خبری و اطلاع‌رسانی آنلاین در وزارت بهداشت با میانگین: ۴/۳۵ |

مخاطبان ارتباطات سلامت: از فضای حقیقی تا فضای مجازی

| ضعف‌ها | قوت‌ها |
|---|---|
| محیط خارجی | |
| <p>۴ گویه اصلی که دارای بیشترین میانگین میزان تهدید هستند عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● پایین بودن سواد اطلاعاتی کاربران و پیروی از توصیه‌های نادرست درمان بیماری‌ها در فضای مجازی با میانگین: ۳/۹۰ ● وجود اطلاعات نادرست در فضای اینترنت با میانگین: ۳/۸۳ ● استفاده از واژه‌های نادرست و نامفهوم در اطلاع‌رسانی حوزه سلامت و تلقی غلط مردم از پیام‌های خیری مرتبط با سلامت با میانگین: ۳/۷۵ ● اطلاع‌رسانی ضعیف در بحث خوددرمانی و بی‌نیاز دانستن فرد از پزشک با میانگین: ۳/۵۸ | <p>۴ گویه اصلی که دارای بیشترین میانگین میزان فرصت هستند عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ارتباطات تعاملی میان کاربران شبکه‌های اجتماعی و کارشناسان سلامت در برنامه‌های بهداشتی آنلاین با میانگین: ۳/۷۳ ● توجه نظام سلامت به برنامه‌های خودمراقبتی و آموزش به بیماران در فضای مجازی با میانگین: ۳/۶۸ ● وجود کانال‌های شبکه‌های بهداشتی درمانی در فضای مجازی برای اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی به مردم: ۳/۶۰ ● وجود پلتفرم‌های آنلاین در موضوعات سلامت‌محور و درمان بیماری‌ها با میانگین: ۳/۵۰ |
| تهدیدها | فرصت‌ها |

جدول ۱۱. میانگین‌های حاصل از ضریب اهمیت بر روی پیوستار ۵ سطحی لیکرت

| ردیف | محیط | عوامل | میانگین | امتیاز محیط | موقعیت |
|-------------|------------|-------|---------|-------------|---------------|
| الف | محیط داخلی | قوت | ۳/۹ | ۳/۸۵ | قوت‌ها بیشتر |
| | | ضعف | ۳/۸ | | ضعف‌ها کمتر |
| ب | محیط خارجی | فرصت | ۳/۲ | ۳/۱۵ | فرصت‌ها بیشتر |
| | | تهدید | ۳/۱ | | تهدیدات کمتر |
| جمع میانگین | | | ۳/۵ | | |

باتوجه به نتایج پاسخگویان، میانگین‌های حاصل از هر محیط نشان می‌دهد در محیط داخلی نقاط قوت بیشتر و چالش‌ها معطوف به رفع ضعف‌های موجود در این عرصه است. در محیط خارجی نیز فرصت‌ها بیشتر و معطوف به توجه به تهدیدات موجود است.

یافته‌های حاصل از تحقیق نشان می‌دهد به اعتقاد نخبگان، وجود شبکه سلامت در فضای مجازی برای آگاهی بخشی به مردم، تولید محتوای آموزشی برای عموم مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی در فضای مجازی توسط وزارت بهداشت، آموزش مداوم به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در حوزه ارتباطات مؤثر در شبکه‌های

بهداشتی درمانی، وجود پایگاه خبری و اطلاع‌رسانی آنلاین در وزارت بهداشت، بیشترین امتیاز قوت‌های نظام سلامت در ارتباط با مخاطبان خود است. با این وجود به اعتقاد نخبگان توجه ناکافی به تفاوت‌های فرهنگی مخاطبان در تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی، کم‌توانی رقابت پیام‌رسان‌های داخلی با پیام‌رسان‌های خارجی در جذب مخاطب، سواد ارتباطی پایین پزشکان و آموزش ناکافی مهارت‌های ارتباطی به آنان در دوران تحصیل، توجه ناکافی به ویژگی‌ها و دامنه گسترده مخاطبان در طراحی پیام‌های سلامت و انتخاب شبکه اجتماعی متناسب با آن از جمله نقاط ضعفی است که می‌تواند نظام سلامت را در رسیدن به ارتباطات مؤثر با مخاطبان خود و انجام یک برنامه بهداشتی مؤثر با ناکامی مواجه سازد. از این رو به اعتقاد نخبگان، نظام سلامت کشور می‌بایست با استفاده از فرصت‌های خود شامل ارتباطات تعاملی میان کاربران شبکه‌های اجتماعی و کارشناسان سلامت در برنامه‌های بهداشتی آنلاین، توجه نظام سلامت به برنامه‌های خودمراقبتی و آموزش به بیماران در فضای مجازی، وجود کانال‌های شبکه‌های بهداشتی درمانی در فضای مجازی برای اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی به مردم و وجود پلتفرم‌های آنلاین در موضوعات سلامت محور و درمان بیماری‌ها با تهدیدات محیط خارجی شامل پایین بودن سواد اطلاعاتی کاربران و پیروی از توصیه‌های نادرست درمان بیماری‌ها در فضای مجازی وجود اطلاعات نادرست در فضای اینترنت، استفاده از واژه‌های نادرست و نامفهوم در اطلاع‌رسانی حوزه سلامت و تلقی غلط مردم از پیام‌های خبری مرتبط با سلامت، اطلاع‌رسانی ضعیف در بحث خوددرمانی، مقابله نماید که لازمه آن شناخت و تحلیل ویژگی مخاطبان هدف برنامه‌های بهداشتی است.

امروزه یکی از دغدغه‌های اصلی دولت‌ها، درباره بهداشت و سلامت جامعه است و دولت‌های حاکم با به‌کارگیری نظام‌های متفاوت بهداشتی و درمانی درصدد برطرف کردن نقایص بهداشتی می‌باشند. برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، سیستم بهداشت عمومی، وظایف استراتژیک و مهمی را در تعیین نیازهای بهداشتی و شناسایی عوامل و خطراتی که سلامت فرد و جامعه را تهدید می‌کند بر عهده دارد (حاتمی، صفوی، ۱۳۸۷). تحقیقات نشان می‌دهد شرایط ضعیف اجتماعی - اقتصادی در طول زندگی بر سلامتی تأثیرگذار است. افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار گرفته‌اند حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می‌شوند. وضعیت سلامت روانی هم با طبقه و وضعیت اجتماعی ارتباط

دارد اختلالات روانی نیز در طبقات فقیر بیشتر بروز می‌کند. (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۰۱).

همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد یکی از مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار مخاطبان سواد سلامت است نتایج مطالعه مرکز پژوهش‌های مجلس در خصوص سواد سلامت در جامعه ایران نشان می‌دهد: سواد سلامت نقش مؤثری در خودمراقبتی افراد، بهبود شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های بهداشتی درمانی خانوارها و نظام سلامت ایفا می‌کند. بررسی اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد؛ در بعد سیاست‌گذاری تأکید کافی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده است؛ اما شواهد موجود در حوزه اجرایی نشان‌دهنده آن است که برنامه‌های دولت‌ها در اجرای سیاست‌های فوق کافی و مؤثر نبوده است. به طوری که براساس نتایج مطالعات؛ سواد سلامت جامعه اعم از جامعه عمومی، گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماران در سطح مطلوبی قرار ندارد. (رهبری، بختیاری، ۱۳۹۹: ۱).

از طرف دیگر با توجه به وجود فناوری‌های نوین ارتباطی و رسانه‌های نوین، سواد سلامت الکترونیک نیز به‌عنوان یک هدف عمومی سلامت در قرن حاضر در نظر گرفته شده است. چراکه به دست آوردن سواد سلامت الکترونیک نیازمند ترکیبی از بهداشت، اطلاعات، دانش، رسانه، رایانه و سواد استفاده از اینترنت که در فضای مجازی میسر می‌باشد با وجود مزایای فراوانی که استفاده از فضای مجازی در ارائه خدمات سلامت دارد، هنوز نفوذ کاملی در جامعه ایرانی نداشته و همچنان تعداد قابل توجهی از جامعه پزشکی و بیمار به روند سنتی شناسایی بیماری و معرفی دارو تمایل دارند. دلیل چنین تمایلی را می‌توان در ناتوانی استفاده از فناوری اطلاعات در راستای حفظ سلامت دانست که مستلزم توانایی خواندن، استفاده از رایانه، جستجوی اطلاعات، درک اطلاعات سلامت و کاربرد آن است (عیسی‌زاده، ۱۳۹۷: ۲۳۰).

در حال حاضر سازمان‌های مختلف دخیل در سلامت عمومی، به نقش مهم برنامه‌های ارتباطات سلامت در ارتقای سطح سلامت جامعه و به نتیجه رساندن مداخلات مربوط به موضوعات سلامت، پی برده‌اند. این سازمان‌ها از برنامه‌های ارتباطی در سطح سلامت عمومی به‌منظور رسیدن به اهدافی مانند پیشگیری از بیماری‌ها، تأثیرگذاری بر سیاست‌های کلان، بهبود سبک زندگی افراد و در نهایت جامعه استفاده می‌کنند (شیانارناتا، ۱۳۹۱)؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های تحقیق، نظام سلامت بایستی با استفاده از ابزارها و تکنیک‌های ارتباطی در حوزه ارتباطات سلامت به‌ویژه در فضای مجازی برای ایجاد تغییر مثبت مخاطبان شامل عموم مردم و سازمان‌ها با هدف ارتقای سلامت افراد اقدام و با تحلیل مخاطبان از ابعاد گوناگون ارتباطات

سلامت را به‌طور مؤثرتری مدیریت کرده و به ارتقاء سلامت عمومی و بهبود کیفیت زندگی افراد و به پیشبرد موفق برنامه‌های ارتباطات سلامت کمک کند.

جدول ۱۲ مراحل تحلیل مخاطبان برنامه‌های بهداشتی

| شناسایی مخاطبان | شناسایی نیازها و مشکلات مخاطبان | طراحی پیام‌ها | انتخاب و بهره‌برداری از کانال‌های ارتباطی | اجرای استراتژی‌ها و برنامه‌ها | ارزیابی و بازخورد | نوسعه و تقویت مشارکت‌ها |
|---|---|--|--|--|--|---|
| انجام تحقیقات اولیه تقسیم‌بندی مخاطبان | تحلیل نیازهای بهداشتی پژوهش در رفتارها و باورهای فرهنگی و ساختار اجتماعی مخاطبان | نوسعه پیام‌های هدفمند ایجاد محتوای متنوع با توجه به ویژگی‌های مخاطبان | تحلیل و انتخاب کانال‌های ارتباطی در فضای حقیقی و فضای مجازی، استفاده از رسانه‌های محلی و رهبران عقاید | برنامه‌ریزی و اجرای کمپین‌های حقیقی و مجازی آموزش و توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و دریافت کنندگان خدمات سلامت | جمع‌آوری بازخورد تحلیل داده‌ها تعدیل استراتژی‌ها | همکاری با ذینفعان دستگاه‌های اجرای و رسانه‌های جمعی جلب مشارکت و حمایت جامعه |

نتیجه‌گیری

نظام سلامت در انتشار اطلاعات و آموزش بهداشت به عموم مردم، شکل‌دهی به ادراکات عمومی و تأثیرگذاری بر تغییر رفتار نقش اساسی دارد. از این‌رو ارتباطات مؤثر در انتقال اطلاعات و آموزش بهداشت به مردم برای ارتقای سلامت، کاهش بار بیماری‌ها و موفقیت طرح‌های بهداشت عمومی بسیار مهم است. البته برای تحقق این امر، نظام سلامت با پیچیدگی‌های ارتباطی بسیاری مواجه است، در تحقیق دماری و همکاران (۱۳۹۷: ۴۵) در بررسی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه ایرانی

و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص شد که رشد آسیبهای اجتماعی طی سال‌های اخیر به‌طور متوسط هر سال ۱۵ درصد بوده است، مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیبهای اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی توسط سازمانها در جریان است؛ اما ناکافی بودن حساسیت مسئولان، ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی، ضعف نظام استقرار عملیات و همکاری بین بخشی در اجرای مداخلات، ناکافی بودن حساسیت و مهارت مردم در رویارویی با خطرات در کمین (آسیب‌های اجتماعی) مانع از تأثیر این اقدامات در بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی است، همچنین در پژوهش صادقی (۱۳۹۷: ۳۰۰) در خصوص آموزش سلامت در بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل: پزشکان، کارشناسان سلامت و بهورزان مشخص شد که نظام سلامت ایران با نارسایی آموزش سلامت مواجه است که شامل موانع فردی: پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح فردی و باورهای نادرست آموزش‌دهنده، موانع بین فردی شامل ضعف سایر مراقبان سلامت در آموزش بهورزان، ارتباط نادرست و مشکلات مربوط به مراجعان، در سطح سازمانی شامل ضعف در توانمندسازی نیروی انسانی، مشکلات مربوط به منابع آموزشی و ارزشیابی و پایش نامناسب و در سطح جامعه شامل، مشکلات اقتصادی مردم، مشکلات مربوط به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی می‌باشد. از طرف دیگر گاهی عدم انطباق بینش‌ها و ارزش‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سازمان‌های بهداشتی با دیدها بینش‌ها و ارزش‌های مردمی که خدمات بهداشتی و رفاهی برای آن‌ها صورت می‌گیرد موجب بی‌توجهی‌ها، عدم همکاری و گاهی مقاومت‌ها و مخالفت‌های مردم با برنامه‌ها و اهداف سازمان‌های بهداشتی می‌شود (ثریا، ۱۳۹۷۳: ۳۴). باتوجه به نتایج تحقیقات گذشته و نتایج تحقیق حاضر در نتیجه‌گیری می‌توان گفت: شناسایی مخاطبان برنامه‌های بهداشتی (ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و عموم مردم) می‌تواند با مشکلات مختلفی همراه باشد. این مشکلات ممکن است شامل تنوع و پراکندگی جمعیت، کمبود داده‌های دقیق و به‌روز، موانع فرهنگی و زبانی، همکاری ضعیف بین بخشی در نظام سلامت و عدم تعامل نظام‌مند با سایر دستگاه‌های اجرایی، کمبود منابع مالی، عدم مشارکت و بازخورد مناسب از جامعه باشد. تحلیل موقعیت مخاطبان به اهداف و راهبردهای ارتباط منجر می‌شود. باین وجود، تدوین اهداف ارتباطات سلامت بدون اعتباریابی اهداف کلی برنامه‌ها و همچنین اهداف اختصاصی رفتاری، اجتماعی و سازمانی کاری ناقص خواهد بود. همان‌گونه که در نظریه ساخت‌یابی

بیان شد بررسی نقش ساختار اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای سلامت از طریق تصمیم‌گیری‌های فردی با رویکرد گیدنز پیوند پیچیده بین افراد و زمینه اجتماعی که در آن قرار دارند را گشوده است از این رو بایستی در مطالعات در حوزه مخاطب‌شناسی ارتباطات سلامت تعامل بازگشتی بین اقدامات فردی و زمینه‌های اجتماعی آن‌ها را در نظر گرفته شود تا بتواند به‌طور دقیق‌تر ماهیت پویا و در حال تغییر جهان اجتماعی را به تصویر بکشد این‌گونه تحلیل‌ها مشخص می‌کند که چگونه عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می‌توانند بر وضعیت بهداشتی و سلامت افراد و جوامع تأثیر بگذارند. این تحلیل‌ها همچنین به طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی مؤثرتر نیز کمک می‌کنند که با توجه به ساختارهای اجتماعی و نیازهای مختلف گروه‌های اجتماعی، مشکلات بهداشتی را به‌طور جامع‌تری مورد بررسی قرار دهند. در نتیجه می‌توان گفت شناخت ویژگی‌های مخاطبان (فردی، فرهنگی، اجتماعی و رفتاری) قبل از انجام برنامه‌های ارتباطات سلامت منجر به اثربخشی بهتر پیام‌های سلامت و مشارکت مخاطبان در برنامه‌های بهداشتی خواهد شد که لازمه رسیدن به این منظور، آگاهی از نتایج برنامه‌ها و اصلاح آن، تخصیص منابع کافی، تشویق به مشارکت مخاطبان در برنامه‌های بهداشتی، آموزش مهارت‌های ارتباطی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای برقراری ارتباطات مؤثر با دریافت‌کنندگان خدمات سلامت و مشارکت و ارتباطات مؤثر در فضای حقیقی و فضای مجازی است. در نهایت اینکه آموزش سلامت در بستر رسانه‌های نوین موجب شکل‌گیری ارتباطات سلامت تعاملی بین مسئولان و مخاطبان در راستای پیشگیری، درمان و ارتقای سلامت جامعه می‌شود.

پیشنهادها

با توجه به نتایج این پژوهش موارد زیر جهت اثربخشی برنامه‌های بهداشتی نظام سلامت کشور پیشنهاد می‌شود:


- مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌های ارتباطات سلامت برای تغییر نگرش و آگاهی بخشی؛
- استفاده از رویکردهای نوین در مخاطب‌شناسی مانند استفاده از داده‌های بزرگ (Big Data): استفاده از فناوری‌های موبایل و اپلیکیشن‌ها، استفاده از تجارب واقعیت مجازی و افزوده (VR/AR)

مخاطبان ارتباطات سلامت؛ از فضای حقیقی تا فضای مجازی |

- بهره‌گیری از رسانه‌های اجتماعی و کمپین‌های آنلاین برای امکان انتشار سریع و گسترده پیام‌ها و دریافت بازخورد آنی از مخاطبان؛
- استفاده از رویکردهای جامعه‌محور، مشارکت فعال جامعه در طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی؛
- ایجاد سیستم‌های ارزیابی مستمر برای برنامه‌های بهداشتی از طریق دریافت بازخورد از مخاطبان و انجام مطالعات ارزیابی؛
- بسیج گروه‌های اجتماعی برای تبدیل مردم و گروه‌ها از حالت منفعل و تماشاگر به افراد مشارکت‌جو،
- استفاده از رهیافت پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه با مشارکت همه ذینفعان.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

Farzaneh Koochi  <https://orcid.org/0009-0004-0338-588X>

Seyedreza Naghibulsadat  <https://orcid.org/0000-0002-5645-1914>



منابع و مأخذ

- بابایی، نعمت‌الله (۱۳۸۲). سیاست اجتماعی و سلامت. جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی، ۱۰، ۲۰۱-۲۳۲.
- باقری، علی و زارعیان جهرمی، فرج‌الله (۱۳۹۲). رابطه فضای مجازی و هویت دینی و ملی: نمونه موردی دانشجویان دانشگاه یاسوج. مطالعات راهبردی، ۱۶ (۶۰)، ۱۴۹-۱۸۲.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.1735501.1392.16.60.5.9>
- ثریا، سید مهدی (۱۳۷۳). مشکل بهداشتی و آموزش سلامت. تهران: نامه علوم اجتماعی، ۷ (۷)، ۱۱۹۱.
- حق دوست، علی‌اکبر و همکاران (۱۴۰۳). آسیب‌شناسی بخش بهداشت در نظام سلامت ایران با نگاهی به آینده: نقطه نظر. رفسنجان: مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۳ (۱)، ۷۶-۸۷.
<http://dx.doi.org/10.61186/jrms.23.1.76>
- حاتمی صفوی، بهادر (۱۳۸۵). کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد اول، چاپ دوم، تهران: اندیشه رفیع.
- غریب‌شاه، محمد و گنجی، بهرخ (۱۴۰۲). شبکه‌های ارتباطات در نظام سلامت مبتنی بر راهبردهای سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران. هشتمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات میان‌رشته‌ای علوم بهداشتی، روانشناسی، مدیریت و علوم تربیتی.
- دماری، بهزاد و همکاران (۱۳۹۲). برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران: مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۱ (۱)، ۴۵-۵۸.
- رهبری بناب، مریم و بختیاری علی‌آباد، محمد (۱۳۹۹). وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران تهران: مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۴-۲۸.
- رایت، کوین بی؛ و همکاران (۱۳۹۹). ارتباطات سلامت در قرن ۲۱، ترجمه داود محرابی و عباس قنبری باستان، تهران: دانشگاه تهران.
- زنگوئی، فرنوش، انصاری، مسعود و اکبری، حمیدرضا (۱۳۹۲). نقش شبکه‌های اجتماعی مجازی بهداشتی در ارتقای آموزه‌های بهداشتی بیماران، تهران: علوم خبری، ۱ (۲)، ۱۵۷-۱۸۱.
- شکرخواه، یونس (۱۳۸۵). سواد رسانه‌ای: یک مقاله عقیده‌ای، تهران: رسانه، ۱۷ (۴)، ۲۷-۳۲.
- شیاوو، رناتا (۱۳۹۱). ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا، ترجمه پیرحسین کولیوند و همکاران، تهران: میرماه.
- صادقی، رؤیا، مرتاض هجری، سارا و شکیبازاده، الهام (۱۳۹۸). موانع آموزش سلامت در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی، تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۸ (۳)، ۳۰۰-۳۱۷.
- عیسی‌زاده، مهدی و همکاران (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین سواد سلامت الکترونیک و سلامت عمومی دانشجویان یک دانشگاه علوم پزشکی نظامی. تهران: علوم مراقبتی نظامی، ۶ (۳)، ۲۴۳-۲۳۵.
<http://dx.doi.org/10.29252/mcs.6.3.9>

مخاطبان ارتباطات سلامت: از فضای حقیقی تا فضای مجازی

قاسمی، علی حسین (۱۳۸۵). استاندارد قابلیت‌های سواد اطلاعاتی برای آموزش عالی، تهران: فصلنامه علوم و فناوری اطلاعات، ۲۱(۴)، ۹۷-۱۰۹.

قاسمی، حمید، راسخ، نازنین و ایزدپرست، لیلا (۱۳۹۹). *سواد ارتباطی*، تهران: اندیشه آرا.

گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.

مهدی‌زاده، سید محمد (۱۳۸۹). *نظریه‌های رسانه: اندیشه‌های رایج و دیدگاه‌های انتقادی*، تهران: همشهری.

ویسبورد، سیلویو (۱۴۰۱). *ارتباطات یک پساارشته*، ترجمه محسن گودرزی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.

Babaei, Nematollah. (2003). *Social policy and health*. *Sociology and social sciences*, 10, 201-232. [In Persian]

Bagheri, Ali, and Zareian Jahromi, Farajollah. (2013). The Relationship between Cyberspace and Religious and National Identity: A Case Study of Yasouj University Students. *Strategic Studies*, 16(60), 149-182. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.1735501.1392.16.60.5.9> [In Persian]

Beach, Mary Catherine, Saha, Somnath, and Lisa, A. (2006). *The Role and Relationship of Culture Competence and Patient Centeredness in Health Care Quality*. The Commonwealth Fund. Retrieved from <https://www.commonwealthfund.org>.

Damari, Behzad, et al. (2013). What can we do to improve the social health of Iranians? A review of the current situation, national strategies and the role of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. *Journal of the School of Public Health and the Institute of Health Research*, 11(45-58). [In Persian]

Eissazadeh, Mehdi, et al. (2018). *Studying the relationship between e-health literacy and public health of students of a military medical university*. *Military Care Sciences*, 6(3), 243-235. <http://dx.doi.org/10.29252/mcs.6.3.9> [In Persian]

Ellison, N. B., & Boyd, D. M. (2007). Social Network Sites: Definition, History and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 210-230.

Gabe, Jonathan, and Almeida, Joana. (2015). *Anthony Giddens: Structuration, Drug Use, Food Choice and Long-Term Illness*. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, 424-438.

Ghasemi, Ali-Hossein. (2006). Information Literacy Capabilities Standard for Higher Education. *Quarterly Journal of Information Science and Technology*, 21(4), 97-109. [In Persian]

Ghasemi, Hamid, Rasek, Nazanin, and Izadparast, Leila. (2019). *Communication Literacy*. Tehran: Andishe Ara. [In Persian]

Gharibshah, Mohammad, and Ganji, Behrokh. (2014). *Communication Networks in the Health System Based on the General Policy Strategies of the Islamic Republic of Iran*. The 8th International Conference on Interdisciplinary Studies of Health Sciences, Psychology, Management and Educational Sciences [In Persian].

Giddens, Anthony. (2007). *Sociology* (translated by Hassan Chavoshian). Tehran: Ney Publishing House. [In Persian]

- Haqdoost, Ali Akbar, et al. (2014). Pathology of the Health Sector in the Iranian Health System with a Look to the Future: A Perspective. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 23(1), 76-87. <http://dx.doi.org/10.61186/jrums.23.1.76> [In Persian]
- Hatami Safavi, Bahador. (2006). *Comprehensive book on public health* (Volume 1, Second edition). Tehran: Andisheeh Rafi. [In Persian]
- Hemmati, Mojtaba, Sadeghian, Hamidreza, and Sabeti, Mojtaba. (2013). Public health and its determinants in the field of public law. *Bi-Quarterly Journal of Islamic Human Rights Studies*, 2(5), Autumn and Winter. [In Persian]
- Karaneshewa, T. (2015). Role of the Audience Segmentation for the Health Communication Process. *Bulgarian Journal of Public Health*, Vol. 7(2), 61-73.
- Mehdzadeh, Seyed Mohammad. (2010). *Media Theories: Popular Thoughts and Critical Perspectives*. Tehran: Hamshahri. [In Persian]
- Muhtar, St. Murniati, Amir, Andi Subhan, and Arya, Nosakros. (2024). Utilizing Social Media for Public Health Advocacy and Awareness in Digital Health Communication. *Majority Science Journal (MSJ)*, Vol. 2(1), February, 270.
- Panjaitan, Nurhikmah, Sihombing, Setia, Palen, Kountz, Schiavo, Revere Bugni, and Lipschultz. (2023). *Enhancing Government Communication Strategies for Effective Health Information and Public Health Education*. *Law and Economics*, 17(2), 151-169.
- Rahbari Bonab, Maryam, and Bakhtiari Aliabad, Mohammad. (2019). *Social Studies. Research Center of the Islamic Consultative Assembly*, 4-28. [In Persian]
- Sadat Hassani, Seyed Kamal. (2015). *Health-oriented lifestyle in Iran: Challenges and strategies*. Congress of Pioneers of Progress, 8. [In Persian]
- Sadeghi, Roya, Mortaz Hejri, Sara, and Shakibazadeh, Elham. (2019). *Obstacles to Health Education in the Iranian Health System: A Qualitative Study*. *Qualitative Research in Health Sciences*, 8(3), 300-317.
- Schiavo, Renata. (2012). *Communication in the Field of Health from Theory to Practice* (translated by Pirhossein Kolivand et al.). Tehran: Mirmah.
- Shokarkhah, Younes. (2006). Media Literacy: An Opinion Article. *Media*, 17(4), 27-32. [In Persian]
- Soraya, Seyyed Mehdi. (2004). *Health Problem and Health Education*. *Social Sciences Letter*, 7(7), serial number 1191.
- Weisbord, Silvio. (1401). *Communication as a Post-Discipline* (translated by Mohsen Goodarzi). Tehran: *Culture, Art and Communication Research Institute*. [In Persian]
- Wright, Kevin B., et al. (2010). *Health Communication in the 21st Century* (translated by Davud Mehrabi and Abbas Ghanbari Bastan). Tehran: University of Tehran. [In Persian]
- Zangoui, Farnoush, Ansari, Masoud, and Akbarieh, Hamid Reza. (2013). The Role of Virtual Health Social Networks in Promoting Patients' Health Education. *News Sciences*, 1(2), 157-181 [In Persian]



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.