

---

## ***Health Literacy on TV Channel (Salamat) Before and After the Corona Pandemic***

**By:** Mina Nemati S., M.A. <sup>✉</sup>, Afsaneh Mozaffari, Ph.D.\*  
& Ali Delavar, Ph.D.\*\*

### **Abstract:**

*This study was conducted to extract the behavioral pattern represented from TV to increase the health literacy of the audience. The purpose of the research is applied with descriptive - explanation nature that has been done by mixed method and stratified random sampling in two qualitative and quantitative stages. In the qualitative stage, three comprehensive themes were extracted from the basic and organizing themes by inductive reasoning: changing the viewers' behavior and lifestyle, disease prevention, and audience empowerment. Also, in response to the second question about what changes have been made in the content of the channel programs after Corona, a slight difference was observed by comparing the programs in two time periods. By comparing physical health themes with the views of WHO experts, the shortcomings of the programs were identified: neglecting strengthening active citizenship and recognizing the rights of individuals as patients, failure to inform and orient people as a consumer of products, and failure to access to health care providers to improve health. In the quantitative stage, Friedman T-dependent test was used to test the research hypotheses. In this way, among the various dimensions of health, the physical dimension takes precedence. There was no significant difference between physical health programs in the two time periods used.*

**Keywords:** Health Literacy, Health TV Channel, Pandemic, Corona



## سواد سلامت در شبکه تلویزیونی (سلامت) پیش و پس از شیوع کرونا

مینا نعمتی سولدرق<sup>✉</sup>، افسانه مظفری\*، علی دلاور\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر، به منظور استخراج الگوی رفتاری سیمای ملی در افزایش سواد سلامت مخاطبان با ویژگی میان‌رشته‌ای، هدف کاربردی و ماهیت توصیفی، تبیینی، با روش آمیخته و نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در دو مرحله کیفی و کمی انجام پذیرفته است. در مرحله (کیفی) و پاسخ به پرسش اول، مبنی بر چیستی مضامین برنامه‌ها به شیوه استدلال استقرایی از مجموعه مضامین پایه و سازمان‌دهنده، به سه مضمون فراگیر: تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی بینندگان، پیشگیری از بیماری‌ها و توانمندسازی مخاطبان دست یافتیم. همچنین از مقایسه برنامه‌ها در دو بازه زمانی بر اساس پرسش دوم، مبنی بر اینکه چه تغییراتی در مضامین برنامه‌های شبکه پس از کرونا ایجاد شده است؟ تفاوت‌های اندکی مشاهده شد. برای پاسخگویی به پرسش سوم و مقایسه مضامین سلامت جسمانی با نظریات کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، کاستی‌های موجود در برنامه‌ها از قبیل بی‌توجهی به تقویت شهروندی فعال و شناخت حقوق افراد به‌عنوان بیمار، ضعف در آگاه‌سازی و جهت‌یابی به‌عنوان مصرف‌کننده محصولات و دستیابی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بهبود سلامت مشخص شدند. در مرحله (کمی) از آزمون فریدمن برای فرضیه اول، مبنی بر اولویت بعد جسمانی در میان ابعاد گوناگون سلامت و آزمون تی وابسته برای فرضیه دوم، مبنی بر نبود تفاوت معنادار در زمان برنامه‌های سلامت جسمانی در دو بازه زمانی مورد نظر استفاده شده که به تأیید هر دو انجامید.

**کلیدواژه‌ها:** سواد سلامت، شبکه تلویزیونی سلامت، شیوع، کرونا

✉ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری علوم ارتباطات اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
Email: mina\_1342@yahoo.com

\* دکتری علوم ارتباطات اجتماعی، دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران  
\*\* دکتری روان‌شناسی و علوم تربیتی، استاد و عضویت هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

### مقدمه

می‌دانیم که هر حادثه و بحرانی محل آزمون و محک همه سازمان‌ها در مدیریت بحران است، حال سؤال نخست این است که نقش این سازمان‌ها در مدیریت اطلاع‌رسانی و هدایت جریان خبری چگونه ارزیابی می‌شود. ابتدا باید دید که رسانه‌ها در مراحل مختلف چگونه انجام‌وظیفه کرده‌اند. روشن است که هر بحران سه مرحله دارد؛ قبل، هنگام و بعد از بحران. در حوادث به‌طور معمول، گام یک وجود ندارد، چراکه اگر بدانیم قرار است سقوط کنیم هرگز این کار را نمی‌کنیم. در مورد همه‌گیری ویروس کرونا و قبل از آن هیچ‌کس حتی حدس نمی‌زد چنین حادثه‌ای با چنین ابعادی جامعه جهانی را بدون استثنا درگیر کند. برای مثال، قبل از بحران اقدامات لازم چگونه بوده و در زمان وقوع چگونه عمل شده است. همه‌گیری ویروس کرونا منجر به فروپاشی، تحولات منفی و اختلال در زندگی روزمره افراد شده است. این بحران جهانی نحوه دریافت و تفسیر پیام‌های مردم را تحت تأثیر قرار داده است. باید توجه داشت که منابع متعدد برای کسب اطلاعات سلامت مهیا هستند، ولی همه آنها قابل اعتماد نیستند (مقدمه خانیکی، ۱۳۹۹).

ما در کشوری زندگی می‌کنیم که از حدود ۴۵ بحران شناسایی شده در دنیا، حدود ۳۲ مورد در ایران اتفاق افتاده است (نصراللهی، ۱۴۰۰). در سال‌های اخیر، مخاطرات طبیعی و انسانی متعدد از جمله ویروس کرونا، منجر به بروز آشفتگی‌هایی در افکار عمومی شده است، از طرفی مقاومت‌هایی نیز در برخی افراد هنگام مواجهه با بیماری وجود دارد؛ به‌طوری‌که توصیه‌های نظام سلامت (عمومی) را وقتی نمی‌نهند و شیوه‌های کهن مرسوم یا در برخی موارد، غیرعلمی و زیان‌آور پیشگیری و درمان را پیگیری می‌کنند. این امر بیانگر نقصان سواد سلامت در افراد است. در چنین کشوری رسانه‌ها همیشه باید دغدغه بحران داشته باشند و به مردم آموزش دهند؛ چه اکنون که در دوره بحران به سر می‌بریم و چه در آینده که لازم است اقداماتی صورت گیرد تا بخش‌های مختلف جامعه کمتر تحت تأثیر تبعات منفی بیماری قرار گیرند (مقدمه خانیکی، ۱۳۹۹).

مطالعات نشان داده‌اند که محدودیت سواد سلامت، عوارض متعددی را در حوزه‌های مختلف سلامتی از قبیل مراجعه نکردن به مراکز بهداشتی مناسب، تمایل کمتر به پیگیری درمان، تبعیت دارویی اندک و نبود آگاهی و احساس

نیاز به مراقبت به دنبال دارد. این مسئله وضعیت سلامت افراد را ضعیف‌تر می‌سازد و هزینه‌های مراقبت سلامت، میزان مراجعه به اورژانس، طول دوره درمان در بیمارستان و میزان مرگ‌ومیر را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، تأثیرات منفی اقتصادی منفی ناشی از نقصان سواد سلامت بر بیماران و سیستم بهداشت را نمی‌توان نادیده گرفت. همه این موارد نشان‌دهنده لزوم توجه به سواد سلامت افرادند (دلور، ۱۳۹۷: ۲).

نظام ارتباطی و همچنین پزشکی جامعه نمی‌تواند نسبت به سلامت آحاد جامعه کم‌توجه باشد. پیام‌های ارسالی سیما برای پیشگیری و مواجهه با بیماری‌ها به‌طور مستمر و نه مقطعی نیازمند بهره‌مندی از روش‌های خاص و اثرگذار و اطلاع‌رسانی شفاف و واقع‌گرایانه است؛ به‌گونه‌ای که از ایجاد هرگونه پانیک و فشار روحی فزاینده بر مردمی که بالقوه دچار افسردگی و اهمه هستند، پرهیز شود. این هنریست که علاوه بر مهارت ارتباطی، نیاز به دانش، آگاهی و هوش رسانه‌ای دارد. زیرا آموزش صحیح و اصولی با به‌کارگیری هنر و علم و فرهنگ می‌تواند بر آگاهی، اقتناع و تعلیم جامعه انسانی بسیار تأثیرگذار باشد. ارائه سواد سلامت صحیح می‌تواند به فهم بهتری از اطلاعات قابل اعتماد و منابع معتبر کمک کند.

آنچه در این پژوهش تحت عنوان سواد سلامت مطرح می‌شود، زیرمجموعه‌ای از ارتباطات سلامت در سه سطح عملکردی، مفهومی و توانمندسازی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی و شامل مهارت‌های اجتماعی و شناختی در انگیزه و توانایی افراد برای دست یافتن به اطلاعات و درک و کاربرد آنهاست (نات‌بیم، ۱۹۹۸: ۳۵۷). از این‌رو، برای عملکردی مناسب در قرن بیست‌ویکم، فرد باید دارای طیف گسترده از توانایی‌ها و شایستگی‌ها و در اصل، برخوردار از سواد زیادی باشد. این سواد از توانایی خواندن تا درک اطلاعات ارائه شده از سوی ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، چندگانه، پویا و انعطاف‌پذیر است (جزایری، ۲۰۰۷: ۹۲).

افزایش سواد سلامت جامعه نیازمند همکاری‌های بین بخشی سازمان‌هایی است که به‌نوعی در حفظ و تأمین سلامت مردم دخیل‌اند و در این میان نقش رسانه بسیار تأثیرگذار و پررنگ است. توجه به سیاستگذاری شورای تخصصی سلامت در رسانه ملی قبل و بعد از کرونا و مطابقت عملکرد با ضروریاتی که

حیات‌وممات جامعه ایرانی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این پژوهش که بر اساس نیاز امروز جامعه به لحاظ همه‌گیری ویروس کرونا و نقش بی‌بدیل و دارای اهمیت رسانه‌ها در کاهش بیماری‌ها و کمک به سلامت فرد و محیط از طریق آموزش‌های صحیح و مشارکت در فعالیت‌ها صورت گرفته است، به دلیل کاربردی بودن می‌تواند از سوی دست‌اندرکاران رسانه در راه اصلاح و بهبود و رفع کاستی‌ها مورد استفاده و بهره‌برداری قرار گیرد.

### پرسش‌های پژوهش

- برنامه‌های سلامت جسمانی شبکه سلامت دارای چه مضامینی هستند؟
- مضامین برنامه‌ها در بعد جسمانی سلامت، قبل و بعد از انتشار ویروس کرونا چه تغییراتی داشته‌اند؟

### پیشینه پژوهش

رمضانخانی و قنبری (۱۳۸۶) در پژوهش «نقش رسانه‌ها در پیشگیری از بیماری‌ها» آورده‌اند که رسانه‌ها از طریق اخبار و نمایش برنامه‌های سرگرم‌کننده، مفاهیم بهداشتی را منتقل می‌کند و نجات‌بخش زندگی یا هشداردهنده‌اند. هنوز اغلب گردانندگان رسانه‌ها تعهد نسبت به آموزش بهداشت به مخاطبان را جزء مسئولیت‌های اولیه خود نمی‌دانند. از این‌رو، ضروری است که مجامع بهداشتی راه‌هایی را برای ورود و اثرگذاری رسانه‌های جمعی بر راهبرد ملی ارتقای سلامت فراهم آورند.

رائی تهرانی (۱۳۸۹) در مورد سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت با عنوان «نقش تلویزیون در ترویج سلامت شهروندان ۵۱ سال به بالای تهران» به این نتیجه دست یافته است که پیام‌های سلامت تلویزیون برای تغییر رفتار در فرد کافی نیستند و ارتباطات میان‌فردی نقش مکمل را برای پیام‌های رسانه‌ای دارند.

علیپور (۱۳۹۱) در خصوص «نقش برنامه‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون در سلامت جسمانی و روانی پیامگیران» آورده است که تلویزیون برای اکثر جامعه مورد پژوهش، منبعی ضروری و درجه اول است و آنان بانگیزه کسب آگاهی و به‌منظور حفظ سلامتی جسم و روان خود و خانواده‌هایشان به برنامه بهداشتی تلویزیون روی می‌آورند.

عبدالهیان و اجاق (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان «خوراکی‌های تبلیغ شده در تلویزیون و تأثیرگذاری بر چاقی کودکان» نتیجه گرفته‌اند که جاذبه تبلیغات مواد غذایی تلویزیون موجب ترغیب مخاطبان، به‌ویژه کودکان و نوجوانان به خرید و مصرف خوراکی‌های فاقد ارزش مواد غذایی و رقابت برای خوردن، رواج تک‌خوری، اغراق در مصرف محصولات انرژی‌زا و تغییر حالت‌های احساسی می‌شود.

عباسی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «رابطه سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان در استفاده از اینترنت (از دیدگاه دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی)» آورده است که سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان متوسط است و بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت رابطه وجود دارد. همچنین بین جنسیت و سواد رسانه‌ای و سواد سلامت رابطه وجود ندارد.

دقیقی خداهشهری و بانسی (۱۳۹۳) در پژوهش «رابطه میان زمان تماشای برنامه‌های تلویزیون با اضافه وزن و اضطراب دانش‌آموزان ابتدایی» به رابطه معنادار و همبستگی مثبت دست یافته‌اند. بنابراین، کاهش مدت زمان تماشای تلویزیون می‌تواند به سلامت عمومی جامعه کمک کند.

احمدزاده اراجی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش «رابطه چابک‌سازی منابع انسانی و مدیریت اخلاق با حل بحران در سازمان‌های رسانه‌ای» نبود چابکی سازمانی و ضعف در مدیریت اخلاق را از عوامل تشدیدکننده بحران می‌داند، آموزش چابکی و مدیریت اخلاق در سازمان‌های رسانه‌ای راهکار مدیریت بحران است.

ولدی (۱۳۹۵) در «ارزیابی عملکرد شبکه سلامت سیمای جمهوری اسلامی در افزایش سلامت جامعه از منظر مخاطبان و متخصصان سلامت» به تفاوت معنادار رفتارهای سلامت روانی و جسمی بینندگان و غیربینندگان شبکه سلامت دست یافته است؛ به این معنا که رفتارهای سلامت روانی و جسمی در بین مخاطبان بیشتر از کسانی بوده است که مخاطب این برنامه‌ها نبوده‌اند.

شاقلانی (۱۳۹۶) در «بررسی رابطه بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان» سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان را در دستیابی به اطلاعات صحیح مؤثر می‌داند. شناسایی عوامل مؤثر گام مؤثری در راه افزایش اطلاعات سلامتی دانشجویان است.

صراطی شیرازی و گل تاجی (۱۳۹۷) در یک مطالعه دگرسنجه‌ای در مقالات

علمی سواد سلامت در رسانه‌های اجتماعی، رسانه‌های اجتماعی را دارای تأثیر مثبتی بر میزان استناد به مقالات دانسته‌اند. پژوهشگران سواد سلامت می‌توانند از رسانه‌های اجتماعی برای اطلاع‌رسانی بهتر به هم‌تایان بهره‌جویند.

ایزدی (۱۳۹۹) در مقاله «شناسایی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری در بحران در سازمان‌های رسانه‌ای به روش مرور سیستماتیک» به این نتیجه دست یافته است که در بحران‌های حوزه سلامت، استفاده اقناعی از پیام‌های ارتباطی با هدف اثرگذاری بر باورها، نگرش‌ها و رفتارهای بهداشتی جامعه، با طراحی یک تصویر بزرگ و پانورامیک از کلیه ابعاد رسانه‌ای و بهداشتی مرتبط و توجه به سواد رسانه‌ای و سواد سلامت مدیران رسانه‌ای، اجرای پژوهش‌های مبتنی بر رویکرد ارتقای روش‌های تصمیم‌گیری در بحران و بهره‌مندی از تجارب سایر کشورها می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری‌های مطلوب در نظام سلامت شود.

پژوهش‌های خارجی نشان داده‌اند که رسانه‌های جمعی می‌توانند هم در به خطر انداختن و هم در ارتقا بخشیدن به سلامت افراد تأثیرگذار باشند. تأثیر منفی رسانه‌های جمعی برخی کشورها؛ شامل خشونت و رفتارهای پرخطر جنسی، چاقی، نارضایتی جسمی و اختلال در رژیم غذایی، استعمال دخانیات و استفاده از الکل و تأثیر مثبت شامل فراهم کردن اطلاعات سلامت، مدل سبک زندگی، هنجارهای ارتقادهنده سلامت و اجرای آنها برای کاهش رفتارهای پرخطر است.

در مجله امریکایی بهداشت عمومی و سلامت ملل<sup>۱</sup> (۱۹۶۰) ناتسن<sup>۲</sup> و گریفیتس<sup>۳</sup>، به این موضوع پرداخته‌اند که رسانه‌های جمعی نقش بسیار مهمی در سلامت عمومی ایفا می‌کنند و با ایجاد رفتارهای جدید در زمینه سلامت، اطلاعات صحیحی را به مخاطبان می‌آموزند که در نوع و ارزش‌های سلامتی تغییر ایجاد می‌کند. رسانه‌های جمعی به‌جای همه مردم، بر مردم خاص تأثیر دارند.

ردمن<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۰) در خصوص معایب و مزایای رسانه‌های جمعی اظهار می‌دارد که پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه تأثیر رسانه‌های جمعی در برخی از موارد شکست خورده است. زیرا رسانه‌های جمعی تا حد زیادی بر رفتار سلامت تأثیر نمی‌گذارند. از این‌رو، رسانه‌های جمعی دارای تأثیر بسیار کم یا بدون تأثیر هستند و مطالعات و پژوهش‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

1. American Journal of Public Health and the Nation's Health  
2. Knudson

3. Griffith  
4. Redman

هیگینز<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در مجله آموزش سواد رسانه متعلق به انجمن ملی آموزش سواد رسانه‌ای در مقاله‌ای با عنوان «کاوش مرزهای بین رسانه و سلامت، تصور سواد سلامت رسانه‌های انتقادی» آورده است که سلامت نوجوانان در زمینه اجتماعی و تعامل آنان با رسانه‌های مختلف و وابستگی به آنها بیان صحیحی نیست؛ نوجوانان یاد می‌گیرند که با پیام‌های رسانه‌ای مرتبط با سلامت، چگونه ارتباط انتقادی برقرار کنند.

لویس<sup>۲</sup> و برتچی<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) در مجله بین‌المللی تحقیقات محیطی و بهداشت عمومی، در سرمقاله‌ای با عنوان «سواد سلامت رسانه، سواد سلامت الکترونیکی و نقش آن در محیط اجتماعی» بر اهمیت محیط‌های رسانه‌ای قابل دسترسی برای همه از جمله گروه‌های در معرض خطر حذف، اشاره کرده و سواد سلامت در رسانه‌های انتقادی را نیازمند علم راهبردی، بسیج اجتماعی و توسعه پایدار دانسته است.

در مجموع با مطالعه و مرور تعداد زیادی از مقالات و پژوهش‌های داخلی پیرامون سواد سلامت به این نتیجه دست یافتیم که باوجود تلاش‌های بسیار، همچنان کاستی‌های فراوانی در این دسته از پژوهش‌ها به چشم می‌خورد. بیشتر پژوهشگران به آن سوی فرایند ارتباط، یعنی مخاطبان پیام روی آورده‌اند و چنان که پیش‌تر گفته شد، تنها به جمع‌آوری دیدگاه‌های مخاطبان و یا تحلیل محتوای کمی رسانه‌ها پرداخته‌اند. درحالی‌که مطالعه کیفی در خصوص مضامین برنامه‌های سیما ارتباط آنها با ابعاد و سطوح سلامت و مقایسه هر یک، پیش و پس از شیوع کرونا، تاکنون انجام نشده است. به نظر می‌رسد، با تحلیل برنامه‌های سلامت‌محور سیما بتوانیم به اطلاعات مفیدی در این زمینه نایل شویم.

### چارچوب نظری پژوهش

پس از جمع‌آوری داده‌ها و به‌کارگیری روش استدلال استقرایی، چنین استنباط می‌شود که شبکه سلامت با تعیین مضامین خاص و تکرار آنها، با الهام از نظریه برجسته‌سازی به مخاطب القا می‌کند که به چه چیز و چگونه بیندیشد. به نظر می‌رسد که نظریه برجسته‌سازی نظریه‌ای بسیار مناسب برای فهم نقش نافذ و فراگیر شبکه سلامت است. سایر نظریات در عملکرد سیما به میزان بسیار محدود به کار گرفته شده‌اند.

1. Higgins  
2. Levin-Zamir

3. Bertschi



### نظریه برجسته‌سازی<sup>۱</sup>

برجسته‌سازی، خلق آگاهی عمومی و جلب توجه عامه به موضوعات مطلوب رسانه‌هاست. این دو فرض اساسی، بیشتر پژوهش‌های مرتبط با کارکرد برجسته‌سازی رسانه‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهند. در سال ۱۹۲۲ والتر لیپمن<sup>۲</sup>، روزنامه‌نگار امریکایی، اظهار کرد که رسانه‌ها قادرند تصورات و پندارهایی را به عموم مردم القا کنند. برنارد کوهن<sup>۳</sup> نیز در ۱۹۶۳ یادآور شد که: روزنامه‌ها بیشتر مواقع نمی‌توانند به مردم بگویند چه بیندیشند اما تا حد زیادی در اینکه به خوانندگان خود بگویند درباره چه و چگونه بیندیشند موفق‌اند.

سورین<sup>۴</sup> و تانکارد<sup>۵</sup>، اولین مطالعه نظام‌مند در مورد برجسته‌سازی را گزارش پژوهش دونالد شاو<sup>۶</sup> و مکسول مک‌کومبز<sup>۷</sup> در سال ۱۹۷۲ درباره برجسته‌سازی رسانه‌ها و تأثیر آن بر نگرش‌های سیاسی مردم، قبل و حین مبارزات انتخاباتی ریاست‌جمهوری سال ۱۹۶۸ در امریکا می‌دانند. آنان که واضع نظریه برجسته‌سازی هستند، در مقاله «کارکرد برجسته‌سازی مطبوعات» مهندسی افکار عمومی از طریق رسانه‌ها را تشریح کرده و نشان داده‌اند که رسانه‌ها در قالب گزارش‌های خبری، خط خودشان را پیش می‌برند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که رابطه‌ای بسیار قوی بین تأکید رسانه‌ها بر موضوعات مختلف (متغیر مستقل) و قضاوت رأی‌دهندگان در مورد اهمیت موضوعات (متغیر وابسته) وجود دارد (سورین و تانکارد، ترجمه دهقان، ۱۳۹۹: ۳۸).

رسانه‌ها با استفاده از دو شیوه دروازه‌بانی و برجسته‌سازی محتوای پیام‌ها را کنترل می‌کنند. دروازه‌بانی به این معناست که محتوای پیام‌های رسانه‌ای در ایستگاه‌های بازرسی، کنترل و ارسال می‌شود. پس از دروازه‌بانی، برجسته‌سازی بر محتوای پیام‌های رسانه اثر می‌گذارد. پژوهشگران کارکردگرا از طریق برجسته‌سازی، اولویت‌هایی را برای مخاطبان در سه مرحله، شامل اولویت رسانه، اولویت عموم، اولویت سیاسی مطرح می‌کنند. رسانه‌ها با پیام دستکاری شده بر افکار عمومی تأثیر می‌گذارند و در نهایت، افکار عمومی نیز تحت تأثیر رسانه در برابر موضوع مورد نظر رسانه واکنش نشان می‌دهند (سورین و تانکارد، ترجمه دهقان، ۱۳۹۹: ۳۲۹).

اما در اینکه چه چیزی اولویت رسانه‌ها را تعیین می‌کند؟ شومیکر<sup>۸</sup> و ریز<sup>۹</sup> (۱۹۹۱)، پنج دسته اصلی از اثر بر محتوای رسانه‌ها را به ترتیب مطرح کرده‌اند:

1. agenda-setting theory  
2. Walter Lippman  
3. Bernard Cohen

4. Severin  
5. Tankard  
6. Donald Shaw

7. Max McComb  
8. Shoemaker  
9. Rees

۱. اثرهای ناشی از فرد فرد کارکنان رسانه‌ها
۲. اثرهای مربوط به رویه‌های رسانه‌ها: (اعمال روزانه ارتباط‌گران)
۳. نفوذهای سازمانی بر محتوا: (پول‌سازی مهم‌ترین هدف)
۴. اثر و نفوذ خارج از سازمان رسانه‌ای
۵. ایدئولوژی (در امریکا عقیده به نظام اقتصادی سرمایه‌داری مالکیت خصوصی و سودجویی) (سورین و تانکارد، ترجمه دهقان، ۱۳۹۹: ۳۵۶).

### نظریه مدیریت رسانه با رویکرد مدیریت راهبردی

تصمیمات راهبردی در اصل، بر تبادل و روابط متقابل بین سازمان و محیط تاکید دارند و هدف آنها ایجاد رابطه مناسب و منطقی بین این دو عامل است. برای اتخاذ این تصمیمات باید عوامل گوناگونی را که بر محیط تأثیر می‌گذارند، همراه با روابط حاکم بر آنها و واکنش‌های بالقوه هر یک در برابر عملکرد سازمان مورد توجه قرار داد. برای تعیین توانایی‌های سازمان و تحقق اهداف آن با نگرش به شرایط محیطی باید چارچوب مشخصی در دست داشت. به عبارت دیگر، مدیریت راهبردی مجموعه تصمیمات و اقداماتی است که منجر به تدوین و اجرای راهبردهایی می‌شود که سازمان را به اهدافش نایل می‌سازد (فرهنگی و ببران، ۱۳۹۴: ۶۸).

### نظریه اقناع

اقناع از مهم‌ترین مباحث ارتباطات رسانه‌ای و انسانی است؛ چراکه اکثر فعالان این حوزه در پی اقناع مخاطبان خود هستند. اقناع زمانی محقق می‌شود که به عمق ذهن انسان‌ها از یک سو و ژرفای دل آنان از سوی دیگر دست یافته شود. یعنی پیام به لحاظ عقلی فهمیده و پذیرفته شود و سپس بعد عاطفی یابد و به دل نشیند و در ذهن آدمی بماند. من پیامی می‌فرستم و مخاطبین با دریافت این پیام سه نوع واکنش نشان می‌دهند: رد و نفی، بی‌تفاوتی و خنثی، پذیرش و رضایتمندی، در شرایطی که پذیرش و رضایتمندی در مخاطب شکل می‌گیرد می‌توان ادعا کرد که عمل اقناعی صورت گرفته است. در اقناع ما به دنبال این هستیم که مخاطب خود را به امری ترغیب کنیم. ترغیب عبارت است از تمهید و آماده‌سازی، انگیزه‌سازی و برانگیختن مخاطبان به محقق ساختن اهداف به‌طور عمده تبلیغی (متولی، ۱۳۸۴: ۳۸).

سورین و تانکارد در اثر معروفشان «نظریه‌های ارتباطات» اقلع را گونه‌ای از ارتباطات جمعی می‌دانند که در پی متقاعد کردن مردم است. این افراد سعی دارند تا از طریق پیام‌های ارتباطی، تغییراتی را در اشخاص دیگر به وجود آورند (سورین و تانکارد، ترجمه دهقان، ۱۳۹۹: ۵۷).

شبکه سلامت با تکرار شعارهایی مانند «ورزش بهترین داروست» سعی در اقلع افکار عمومی دارد. همچنین محتوای برنامه‌های پیشگیری‌کننده از بیماری‌ها بر اساس نظریه‌های مدیریت راهبردی و مدیریت اقتضایی و نیز میزان توجه به بیماری‌های ناشی از ویروس و باکتری پس از شیوع کرونا افزایش یافته است، با این حال، تعداد برنامه‌های مربوط به بیماری‌های غیرقابل سرایت از فراوانی بیشتری برخوردار است و این، سیاستگذاری و راهبرد کلی شبکه سلامت را نشان می‌دهد.

### روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش آمیخته، شامل دو بخش کیفی و کمی است که جهت و سمت‌وسوی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را مشخص و رویکردها را در بسیاری از مراحل فرایند پژوهش ترکیب می‌کند. مفروضه‌های اصلی این پژوهش مبتنی بر جهان‌بینی عمل‌گرایانه است که به‌طور معمول با شیوه‌های پژوهش آمیخته مرتبط و همراه است و بر پیامدهای پژوهش تأکید می‌ورزد؛ به پرسش‌های مطرح بر اساس روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها پاسخ می‌دهد و بر آگاهی از موضوعات تحت بررسی تأکید می‌کند. جهان عمل‌گرایانه رویکردی جمع‌گراست که جهت‌گیری آن بر کارهای انجام شده و عملکرد مبتنی است (دلور و کوشکی، ۱۳۹۶: ۴۵).

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

متغیر مستقل عبارت از: سیاست‌های اعمال شده در برنامه‌های شبکه سلامت است.

متغیرهای وابسته نیز: بالاترین رتبه و اولویت در ابعاد سلامت برنامه‌ها، مدت‌زمان برنامه‌های بعد جسمانی سلامت قبل و بعد از انتشار ویروس کرونا،

مضامین سلامت جسمانی قبل و بعد از انتشار ویروس کرونا و کاستی‌های سواد سلامت جسمانی را در مقایسه با نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی شامل می‌شود.

جامعه آماری برنامه‌های شبکه سلامت سیمای ملی ایران را از دقایق اولیه شروع تا پایان همان روز به مدت یک سال قبل و یک سال بعد از اعلام مشاهده بیماری کرونا در ایران در برمی‌گیرد. برای اینکه نمونه پژوهشی به‌گونه‌ای باشد که تمام روزهای هفته را با نسبت واقعی شامل و نمونه آماری، نماینده جامعه آماری محسوب شود، نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی از روزهای هفته انجام گرفت، این نوع نمونه‌گیری بر اساس روش‌های احتمالی است و به این ترتیب می‌توان مطمئن شد که زیرگروه‌های حاصل با همان نسبتی که در جامعه وجود دارند طبقه‌بندی شده‌اند (دلور، ۱۳۹۸: ۱۲۵). به همین منظور، برنامه‌های یک سال قبل از شیوع، بر اساس روزهای هفته به هفت طبقه تقسیم و از هر روز هفته یک مورد به تصادف انتخاب شد. نمونه آماری این پژوهش ۳۳۶ ساعت برنامه متوالی شبانه‌روزی را شامل می‌شود.

روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مطالعه اسنادی و میدانی است. در بخش کیفی با به‌کارگیری روش پیشنهادی اترید - استرلینگ در صدد یافتن مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر بر آمدیم. این روش که یکی از روش‌های مرسوم کدگذاری در تحلیل مضمون و مبتنی بر تشکیل شبکه مضامین است، در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. دستیابی به این مضامین از طریق تبیین متوالی صورت گرفت و شبکه روابط آنها ترسیم شد. برای این منظور، مضامین پایه سلامت جسمانی؛ مشتمل بر تعداد ۹۸ مضمون قبل از کرونا و ۱۰۵ مضمون پس از کرونا استخراج و کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. در بخش کمی از طریق آزمون فریدمن، اولویت بعد جسمانی سلامت در برنامه‌ها مشخص شد و با به‌کارگیری آزمون تی وابسته، تفاوت معناداری در میانگین مدت‌زمان برنامه‌های سلامت جسمانی در دو بازه زمانی به چشم نیامد. بر اساس داده‌های حاصل از مشاهدات و بازبینی‌های مکرر، به مضامین فراگیر منتج از مضامین پایه و سازمان‌دهنده دست یافتیم که در جدول‌های بعدی آمده‌اند.

یافته‌های جداول نشان می‌دهد، مضمون فراگیر تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی با ۵۸ درصد از بالاترین فراوانی برخوردار است. در میان این مضامین،

بهداشت فردی، مکمل‌های غذایی و توجه به ورزش با فراوانی ۲۶ درصد دارای کمترین فراوانی هستند. رعایت بهداشت فردی که در سال قبل نسبت به آن غفلت شده بود، پس از شیوع کرونا به تعداد اندک در برنامه‌ها مشاهده شد.

### جدول ۱. مضمون فراگیر تغییر رفتار و الگوهای سبک زندگی (قبل و بعد از کرونا)

Table 1. The pervasive theme of changing behavior and lifestyle patterns (before and after corona)

| تغییر الگوی رفتاری و سبک زندگی |     |     |                         |   |
|--------------------------------|-----|-----|-------------------------|---|
| درصد میانگین                   | بعد | قبل | مضامین سازمان‌دهنده     | مضامین پایه   |
| 9.5                            | 12  | 8   | تغذیه و سلامت خوراکی‌ها | سلامت غذا، تعیین کالری، تغذیه صحیح                    |
| 26                             | 28  | 24  | ترویج ورزش              | حرکات اصلاحی، ورزش همگانی                             |
| 2                              | 4   | 4   | نگهداری و مصرف داروها   | مکمل‌های غذایی، دارو، گیاهان دارویی                   |
| 7.75                           | 15  | 16  | فرزندآوری               | مشکلات ناباروری، رشد جنین، بیماری‌های نوزاد و کودک    |
| 3                              | 6   | 0   | بهداشت فردی             | شستشوی دست‌ها و رعایت بهداشت فردی در مواجهه با دیگران |
| 58                             | 65  | 51  |                         | جمع   |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مضمون فراگیر پیشگیری از بیماری‌ها به دو بخش بیماری‌های قابل سرایت و غیرقابل سرایت تقسیم شد. بیماری‌های قابل سرایت با ۵ درصد فراوانی و بیماری‌های غیرقابل سرایت با ۲۹/۵ درصد در میان کلیه برنامه‌های سلامت جسمانی مشاهده شدند. پس از انتشار ویروس کرونا تعداد معدودی بیماری قابل سرایت از جمله بیماری‌های قارچی و ویروسی مانند کرونا به برنامه‌ها اضافه شدند. اما همچنان بیماری‌های غیرقابل سرایت از فراوانی بیشتری برخوردار بودند.

جدول ۲. مضمون فراگیر پیشگیری از بیماری‌ها

Table 2 . The overall theme of disease prevention

| پیشگیری از بیماری‌ها  |                                     |     |     |              |
|---|-------------------------------------|-----|-----|--------------|
| مضامین پایه   | مضامین سازمان‌دهنده                 | قبل | بعد | درصد میانگین |
| ایدز، بیماری‌های قارچی، هاری، هپاتیت، کرونا   | پیشگیری از بیماری‌های قابل سرایت    | 3   | 7   | 5            |
| بیماری‌های غدد، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های مغز و اعصاب، گوارش، سرطان، بیماری‌های ژنتیکی، بیماری‌های خونی، حوادث رانندگی، سونوگرافی، منشأ زانودرد | پیشگیری از بیماری‌های غیرقابل سرایت | 33  | 26  | 29.5         |
| جمع   |                                     | 36  | 33  | 34.5         |

یافته‌ها نشان می‌دهد، مضامین توانمندسازی با فراوانی ۷/۵ درصد از کمترین فراوانی برخوردارند و تنها محدود به سنجش بینایی و شنوایی، امداد رسانی و احیا هستند. بدیهی است این تعداد اندک از برنامه‌ها نمی‌تواند موجبات افزایش مسئولیت‌پذیری، تفکر صحیح و تصمیم‌گیری‌های درست و به‌موقع را در افراد فراهم آورد.

جدول ۳. مضمون فراگیر توانمندسازی قبل و بعد از انتشار ویروس کرونا

Table 3 . The overall theme of audience empowerment before and after the spread of coronavirus

| توانمندسازی  |                     |     |     |              |
|--|---------------------|-----|-----|--------------|
| مضامین پایه  | مضامین سازمان‌دهنده | قبل | بعد | درصد میانگین |
| امداد رسانی، احیا                                  | امداد و نجات        | 2   | 3   | 2.5          |
| سنجش بینایی و شنوایی، طب فیزیکی، ارتوپدی، جراحی‌ها | توان بخشی           | 6   | 4   | 5            |
| جمع  |                     | 8   | 7   | 7.5          |

در حالی که استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی به‌منظور کاهش خطرات، پیشگیری از بیماری و مراقبت‌های پزشکی بر اساس توصیه‌های پزشکان و پرستاران برای بهبود و درمان با ۳۷/۵ درصد از بیشترین فراوانی برخوردار بوده، خواندن فرم‌های رضایت‌نامه و برچسب‌های دارویی و تقویت شهروندی فعال و شناخت حقوق افراد به‌عنوان بیمار در هیچ‌یک از برنامه‌های

پژوهش‌های ارتباطی،  
سال بیست و نهم،  
شماره ۱ (پیاپی ۱۰۹)،  
بهار ۱۴۰۱

شبکه سلامت مشاهده نشده است. به مصرف آگاهانه محصولات، ارائه‌دهندگان خدمات و مصرف دارو نیز به ندرت در برنامه‌ها پرداخته شده است.

جدول ۴. مقایسه مضامین برنامه‌ها با معیارهای سلامت جسمانی کارشناسان سازمان بهداشت جهانی

Table 4 . Comparison of programs themes with physical health criteria of World Health Organization experts

| درصد | تعداد | مضامین  |              |
|------|-------|---|--------------|
| 0    | 0     | خواندن فرم‌های رضایت‌نامه، برچسب‌های دارویی                                 | بهبود عملکرد |
| 37.5 | 75    | مراقبت‌های پزشکی بر اساس توصیه‌های پزشکان و پرستاران برای بهبود و درمان     |              |
| 3.5  | 7     | مصرف صحیح دارو  |              |
| 15.5 | 31    | جستجو، درک و ارزیابی مفاهیم   | مفهوم‌سازی   |
| 37.5 | 75    | استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی به منظور کاهش خطرات و پیشگیری از بیماری |              |
| 0    | 0     | تقویت شهروندی فعال و شناخت حقوق افراد به‌عنوان بیمار                        | قائم‌سازی    |
| 2    | 4     | آگاه‌سازی در جهت‌یابی به‌عنوان یک مصرف‌کننده آگاه محصولات                   |              |
| 4    | 8     | آگاه‌سازی در دستیابی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بهبود سلامت   |              |

جدول ۵ و ۶. یافته‌های کمی در تعیین اولویت‌های ابعاد سلامت برنامه‌ها

Tables 5 & 6 . Quantitative findings in determining the health dimensions of programs

| رتبه‌ها         |                      |
|-----------------|----------------------|
| میانگین رتبه‌ها | متغیرها              |
| 2.5             | سلامت محیط زندگی     |
| 4.5             | سلامت عاطفی و هیجانی |
| 5.5             | سلامت ذهنی           |
| 7               | سلامت جسمانی         |
| 4.5             | سلامت اجتماعی        |
| 2               | سلامت معنوی          |
| 2               | سلامت شغلی           |

| آمار تست   |                  |
|------------|------------------|
| 2          | تعداد            |
| 9.429      | مجذور کای اسکوئر |
| 6          | درجه آزادی       |
| 0.151      | معیار تصمیم      |
| تست فریدمن |                  |

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، بعد جسمانی با بالاترین امتیاز ۷ در رتبه اول و پس از آن ابعاد ذهنی ۵/۵، عاطفی و هیجانی و اجتماعی ۴/۵، محیط زندگی ۲/۵ و سلامت معنوی و شغلی ۲ در آخرین رتبه‌ها قرار دارند. مقدار عددی کای اسکوئر برابر با عدد (۹/۴۲۹)، با درجه آزادی ۶ و بزرگ‌تر از ۰/۰۵ (احتمال خطا) بوده است؛ بنابراین فرضیه یک، مبتنی برقرار داشتن سلامت جسمانی در اولویت نخست برنامه‌های شبکه سلامت، چه قبل و چه بعد از انتشار ویروس کرونا تأیید می‌شود.

#### نمودار ۱. مقایسه میانگین ابعاد سلامت پیش و پس از شیوع کرونا

Figure 1 . Comparison of mean health dimensions of programs before and after corona outbreak





میانگین مدت‌زمان برنامه‌های سلامت جسمانی قبل از شیوع ویروس کرونا ۴۶۴/۲۸۵۷ و پس از انتشار آن به ۵۵۰ افزایش یافته است. با توجه به عدد  $p\_value$  که برابر با ۰/۳۱۲ است و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای ۰/۰۵ دلیلی برای معنادار بودن اختلاف دو میانگین دیده نمی‌شود؛ بنابراین فرضیه صفر تأیید می‌شود و می‌توان گفت که اختلافی بین میانگین مدت‌زمان برنامه‌های سلامت جسمانی در دو سال یاد شده وجود ندارد.

#### جدول ۷. نتایج حاصل از آزمون تی وابسته برای معنادار بودن تفاوت میانگین‌ها

Table 7. Results of dependent t-test for significant differences in means

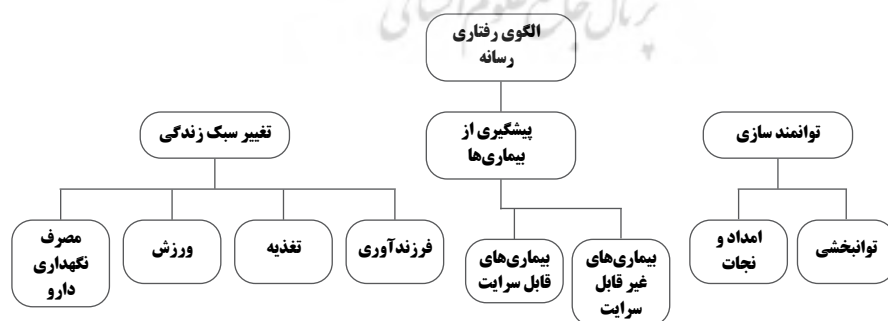
| متغیر        | مرحله        | میانگین  | انحراف استاندارد | t      | p-value |
|--------------|--------------|----------|------------------|--------|---------|
| سلامت جسمانی | قبل از کرونا | 464.2857 | 102.73058        | -1.105 | 0.312   |
|              | پس از کرونا  | 550      | 124.89996        |        |         |

#### بحث و نتیجه‌گیری

آنچه از برنامه‌های سلامت جسمانی به دست آمده، سه نوع مضمون فراگیر، بیانگر نگرش و الگوی رفتاری شبکه سلامت بود که عبارت‌اند از: تغییر سبک زندگی و الگوهای رفتاری در بینندگان، آموزش مفاهیم و پیشگیری از بیماری‌ها، حمایت و توانمندسازی بینندگان. این مضامین از فراوانی یکسانی برخوردار نیستند، چنان‌که تغییر سبک زندگی و الگوهای رفتاری، فراوانی بیشتری دارند.

#### نمودار ۲. شبکه مضامین سلامت فیزیکی پیش و پس از انتشار ویروس کرونا در تلویزیون

Figure 2. The network of physical health themes before and after the release of the corona virus on television



در مضامین توانمندسازی، به بعد توان بخشی و معرفی فناوری‌های جدید و امداد و نجات پرداخته شده است، درخصوص پیشگیری از بیماری‌ها، بیماری‌های غیرقابل سرایت از فراوانی بیشتری برخوردارند. در تغییر سبک زندگی بیش‌ازهمه، به ورزش، فرزندآوری و تغذیه توجه شده است.

به‌منظور تبیین مضامین استخراجی یاد شده می‌توان به سیاست‌های اعلامی شورای تخصصی سلامت رسانه ملی به شرح زیر توجه کرد که عبارت‌اند از:

تأکید بر سبک زندگی ایرانی - اسلامی در همه ابعاد سلامت، تأکید بر اهمیت بعد جسمانی سلامت و اولویت پیشگیری بر درمان، توجه به ترکیب جمعیت و تشویق به فرزندآوری، تقویت نهاد خانواده و جایگاه زن، توجه به آسیب‌های اجتماعی ناشی از مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و بزهکاری، توسعه همگرایی اجتماعی و سلامت معنوی، تأکید بر طب سنتی، طراحی محتوای برنامه‌ها بر اساس میل و مصلحت و نیاز مخاطب، جریان‌سازی اجتماعی بر اساس ضروریات پیش‌آمده، جلوگیری از غلط‌گویی، استنادهای غیرمجاز، غیرعلمی و تجاری و تأکید بر پیشگیری به‌جای درمان (عبدالهی نژاد و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۲۰).

مطابق با نظریه برجسته‌سازی، سیمای ملی با اختصاص برنامه‌های متعدد به ورزش، فرزندآوری و تغذیه، سعی در تغییر سبک زندگی مخاطبان داشته و از طریق تکرار این گروه از مضامین بر ذهنیت مخاطبان به نحو دلخواه تأثیر گذاشته و افکار عمومی را به سمت مورد نظر شورای سیاستگذاری سلامت در سیمای سوق داده است. این امر در تقویت اولویت‌های رسانه (تصمیمات شورای سیاستگذاری سلامت) و اولویت عمومی (پیشگیری از بیماری‌ها و تقویت نهاد خانواده) صورت عملی به خود گرفته است.

بنابراین سیمای ملی همسو با اهداف دستیابی به سلامت جسمانی، فرزندآوری و توجه به نهاد خانواده فعالانه گام برداشته است، اما رویکرد مصلحت نیز در بعد سلامت جسمانی سیمای با دیدگاه‌ها کارشناسان سازمان بهداشت جهانی دارای تفاوت‌ها و کاستی‌های فراوان است. از جمله می‌توان به موضوع آگاهی از حقوق بیمار و توانایی دستیابی به اطلاعات از منابع دیگری غیر از تلویزیون، مانند وبسایت‌های معتبر، مراکز خرید داروهای خاص و واکسن، اطلاعات انواع بیمه (حوادث و آتیه فرزندان، سالمندان، بیماری‌های خاص و سفر) و مراکز درمانی تحت پوشش بیمه‌ها در برنامه‌های سلامت شبکه یاد شده اشاره کرد. آگاه

نبودن بیماران از حقوق خود ممکن است کنترل آنان بر درمان و مراقبت‌های بهداشتی را از بین ببرد، نابرابری را شدت بخشید و ظرفیت محرومیت‌زدایی را تضعیف کند.

از جمله نقدهای وارد بر سیمای ملی، نبود روایت‌های مردمی و غیرپزشکی در خصوص بیماری است. بسترهای اجتماعی منتشر نمی‌شود. وقتی که گزارش‌ها به اطلاعیه‌های مسئولان سازمان بهداشت جهانی یا کارشناسان نظام سلامت و تهدید و هشدار محدود می‌شود، شرایطی خطرناک به وجود می‌آید که می‌تواند فرایند درمان را محدود و یا مختل کند. نهاد سلامت عمومی در همان حال که اطلاعات و علائم زیستی افراد را رصد می‌کند، باید نسبت به شیوه و نوع خوانش پیام‌های خود در جامعه هم آگاهی داشته باشد. کار رسانه رساندن صداها به یکدیگر و مدیریت گفتگوی آزاد اجتماعی پیرامون بحران است.

با وجود کمبودها و کاستی‌های هر برنامه، این شبکه نسبت به ترویج ورزش، تغذیه صحیح و فرزندآوری، معرفی انواع بیماری‌های غیرقابل سرایت و دلایل بروز آنها برای پیشگیری، فعالانه عمل کرده است. از نظر ارتباطی، موفقیت ارتباطات در زمان شیوع ویروس کرونا، این بود که میدان‌دار ارتباطات نیروهای متخصصی چون دانشگاه علوم پزشکی، وزارت بهداشت و پزشکان بودند. اطلاع‌رسانی مرتب بود و همگرایی خاصی بین رسانه‌ها به چشم می‌خورد. از سوی دیگر، بهبودی را می‌توان در مواجهه روش‌های صداوسیما رصد کرد که در ترمیم بی‌اعتمادی مؤثر بود. زمینه‌هایی که در جامعه برای تقویت همبستگی شکل گرفت، تأثیر مثبت داشت. مانند شرکت مردم در کمک به دیگران و کار خیر.

### پیشنهادها

ارائه اطلاعات مربوط به مراجعات پزشکی امری ضروری است. افراد جامعه باید بدانند که اگر به‌عنوان بیمار وارد نظام درمانی کشور شدند، چگونه باید متناسب با شرایطشان با آنان برخورد شود، یعنی با حقوق خود آشنا باشند و بدانند که اگر این حق رعایت نشد، به کدام مرجع صالح برای رسیدگی به موضوع مراجعه کنند. سیمای ملی می‌تواند با تمرکز بر ارائه اطلاعات مربوط به حقوق بیمار، بهترین منابع را در زمینه مسائل بهداشتی و پزشکی ارائه دهد و با معرفی روند صحیح مراجعه به پزشکان، داروخانه‌های تخصصی، پشتیبانی و مداخلات لازم، شکاف اطلاعاتی موجود را پر کند و به ادبیات حقوق بیمار بیفزاید.

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

رسانه‌ها نیز باید نوع نگرش و راهبردشان را نسبت به سلامت تغییر دهند و ارائه اطلاعات سلامت را محدود و محبوس به مرحله بحران نکنند.

لازم است رسانه‌ها با رصد منظم و مستمر افکار عمومی و روندهای مسلط بر آن، به مسیرهای پیچیده انتقال پیام در جامعه، مقاومت افراد خاص و گروه‌های کم‌سواد در برابر پیام و تغییر و تحولات مربوط به آن توجه داشته باشند و از طریق ارتباط با کارشناسان، اطلاعات سریع و صحیح را قبل از منابع دیگر، به‌طور شفاف و با زبان ساده و روان برای مشارکت عموم شهروندان فراهم آورند.

### نوآوری‌های پژوهش

توجه به ابعاد و شاخص‌های سلامت در مضامین برنامه‌ها و مقایسه آن دیدگاه‌های کارشناسان سازمان بهداشت جهانی با هدف نزدیک ساختن دیدگاه‌ها و رفع کمبودها و کاستی‌ها، از نوآوری‌های پژوهش بوده‌اند.

### محدودیت‌های پژوهش

دستیابی به برنامه‌های ادوار گذشته، کسب اجازه از مراجع ذی‌صلاح و زمان‌بر بودن این فرایند، از محدودیت‌های پژوهش بوده‌اند. از مدیریت محترم شبکه سلامت و دست‌اندرکاران بایگانی برنامه‌ها برای جمع‌آوری داده‌ها سپاسگزاری می‌شود.

### منابع

- احمدزاده اراجی، شاهین؛ ابوالفضل، دانایی و عطاالله، ابطحی. (۱۳۹۷). رابطه چابک‌سازی منابع انسانی و مدیریت اخلاق با حل بحران سازمان‌های رسانه‌ای. **اخلاق در علوم و فناوری**، ۱۳(۳).
- ایزدی، لویا و همکاران. (۱۳۹۹). شناسایی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری در بحران در سازمان‌های رسانه‌ای. **آموزش بهداشت و ارتقای سلامت**، ۸(۴).

- تانکارد، جیمز و جوزف، سورین. (۱۳۹۹). **نظریه‌های ارتباطات** (ترجمه علیرضا دهقان). انتشارات دانشگاه تهران.
- دقیقی خداهشهری، آمنه و لیلا، بانسی. (۱۳۹۳). رابطه میان زمان تماشای برنامه‌های تلویزیون با اضافه‌وزن و اضطراب دانش‌آموزان ابتدایی. **پژوهش‌های ارتباطی**، ۴(۸۰).
- دلاور، علی و شیرین، کوشکی. (۱۳۹۶). **روش تحقیق آمیخته**. چاپ چهارم، تهران: ویرایش.
- دلاور، علی. (۱۳۹۸). **مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی**. چاپ هجدهم، تهران: رشد.
- دیویس، مارک. (۱۳۹۹). پاندمی، مردم و روایت (ترجمه اسماعیل یزدان‌پور). **مقدمه خانیکی**. تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- راثی تهرانی، حبیب. (۱۳۸۹). **سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت نقش تلویزیون در ترویج سلامت شهروندان ۵۱ سال به بالای تهرانی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه علوم ارتباطات، تهران.
- رمضانخانی، علی و شهلا، قنبری. (۱۳۸۶). نقش رسانه‌ها در پیشگیری از بیماری‌ها. **پژوهش و سنجش (پژوهش‌های ارتباطی)**، ۱۴(۵۰).
- شاقلاتی، زهرا. (۱۳۹۶). **بررسی رابطه بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان کارشناسی ارشد، مطالعه موردی دانشگاه علم و فرهنگ**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران.
- صراطی شیرازی، منصوره و مرضیه، گل‌تاجی. (۱۳۹۷). **مطالعه آلت‌متریک مقالات علمی حوزه سواد سلامت در رسانه‌های اجتماعی**. **پایش**، ۱۷(۳).
- عباسی، زهرا. (۱۳۹۳). **رابطه سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان در استفاده از اینترنت (از دیدگاه دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران)**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد گروه علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی، پردیس آموزش‌های غیرحضوری، تهران.
- عبدالهیان، حمید و زهرا، اجاق. (۱۳۹۱). **خوراکی‌های تبلیغ شده در تلویزیون از منظر ارزش غذایی و تأثیرگذاری بر چاقی کودکان**. **پژوهش‌های ارتباطی**، ۴(۱۹).

عبدالهی نژاد، علیرضا؛ حسین، بصیریان جهرمی و مرضیه، نحوی. (۱۳۹۷). مطالعه سیاست‌های رسانه ملی در ارتباطات سلامت. **مطالعات فرهنگی و ارتباطات**، ۱۴(۵۱).

علیپور، مهدیس. (۱۳۹۱). نقش برنامه‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون بر سلامت جسمانی و روانی پیامگیران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، پردیس آموزش‌های نیمه‌حضور، گروه علوم ارتباطات، تهران.

فرهنگی، علی‌اکبر و صدیقه، ببران. (۱۳۹۴). مدیریت رسانه. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.

متولی، کاظم. (۱۳۸۴). افکار عمومی و شیوه‌های اقناع. چاپ اول، تهران: بهجت.

نصراللهی، اکبر. (۱۴۰۰). مدیریت بحران در کشور نیاز به بازنگری دارد. تهران: خبرگزاری ایرنا.

ولدی، سردار. (۱۳۹۵). ارزیابی عملکرد شبکه سلامت سیمای جمهوری اسلامی ایران در افزایش سلامت جامعه از منظر مخاطبان و متخصصان سلامت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، دانشکده ارتباطات، تهران.

Griffiths, W. & Knutson, AL. (1960). The Role of Mass Media in Public Health. **American Journal of Public Health and the Nation Health**.

Higgins, J. W. (2012). Exploring the Borderlands between Media and Health: Conceptualizing 'Critical Media Health Literacy' **The National Association for Media Literacy Education's Journal of Media Literacy Education**.

Jezairy, H. (2007). **Report of The Regional Committee Eastern Mediterranean**, to the Fifty-fourth Session of Cairo, Egypt.

Levin-Zamir, D. & Bertschi, S. (2018). Media Health Literacy, Health Literacy and the Role of the Social Environment in Context. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 15(8).

Nutbeam, D. (1998). **Health Promotion Glossary**.

Redman, S.; Spencer, EA. & Sanson-Fisher, RW. (1990). The Role of Mass Media in Changing Health-Related Behavior: A Critical Appraisal of two Models. **Health Promotion International**.