

## نقش آموزش سلامت در شبکه های سراسری تلویزیون ایران

نویسنده:

منیژه فیروزی<sup>۱</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** آموزش سلامت به عنوان روشی برای بهبود بخشیدن به نگرش مردم نسبت به مسائل سلامت، مردم را متقاعد می سازد تا رفتارهای پر خطر خود را که به آسیب های سلامتی منجر می شود اصلاح نمایند. در ایران شبکه های تلویزیونی وظیفه آموزش سلامت را به عهده دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی آسیب شناختی و برجسته سازی موانع محتوایی در کارآمدی برنامه های آموزش سلامت تلویزیون بود.

**روش ها:** مطالعه حاضر از نوع پژوهش های تحلیل محتوا بود. برای انجام تحلیل محتوا از شیوه ترکیبی تحلیل استنتاجی و قیاسی استفاده شد. برخی از برنامه های آموزش سلامت از قبیل برنامه های پزشکی، روان شناسی، آشپزی و ورزشی به عنوان برنامه های سلامت سه شبکه سراسری تلویزیون به مدت یک هفته و روزی ۱۰ ساعت (۲۱۴ ساعت در مجموع) از نظر مدت پخش و کیفیت برنامه مشاهده و ثبت شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

**یافته ها:** ۸/۷۲ تا ۱۵/۸۹ درصد برنامه های تلویزیون در مدت اجرای پژوهش، مربوط به آموزش سلامت بود. یافته ها نشان داد که آموزش ورزش کمترین زمان، ۱۵ دقیقه در روز یا ۰/۶ درصد کل برنامه های سه شبکه و برنامه های آشپزی بیشترین زمان، ۲ ساعت یا ۵/۵ درصد کل برنامه های سه شبکه، را به خود اختصاص داده بود.

**نتیجه گیری:** در این قسمت با توجه به آسیب شناسی برنامه های آموزش سلامت، در تحلیل برنامه ها مواردی چون خودبیمار پنداری، رابطه پزشک و بیمار، خوگیری، انکار، نادیده گرفتن روانشناسی مثبت، کوتاه بودن آموزش های مؤثر در سلامتی برنامه های آشپزی و ورزشی ارزیابی شد که بایستی تدابیر لازم در اصلاحات کیفی برنامه ها در جهت ارتقا سلامت جامعه صورت گیرد.

**واژه های کلیدی:** آموزش، سلامت، ایران، شبکه های تلویزیونی، تحلیل محتوی

## مقدمه

آموزش سلامت به عنوان روشی برای بهبود بخشیدن به نگرش مردم نسبت به مسائل سلامت در دهه اخیر سربرآورده است (۱). این شاخه از علم، بر این مبنا استوار است که ارائه پژوهش‌های علمی، آمارها و دلیل و منطق مردم را متقاعد می‌سازد تا رفتارهای پرخطر خود را که به آسیب‌های سلامتی منجر می‌شود اصلاح نمایند (۲). برنامه ریزان سلامت امروزه با استفاده از ابزارهای روایتی مانند سرگرمی و قصه‌گویی برای پیشرفت آموزش سلامت گام‌های موثری برداشته‌اند (۳). پژوهشگران دلایل گوناگونی را برای استفاده از این ابزارها شرح داده‌اند؛ به طور مثال: در نظریه شناخت اجتماعی عنوان شده که مردم گاهی انگیزه‌ای برای تغییر رفتار ندارند، بنابراین با ایجاد انگیزه می‌توان آنها را به تغییر رفتارهای سلامت ترغیب کرد (۴، ۵). پژوهشگران دریافتند که ارائه نتایج آماری به افکار مثبت می‌انجامد و ارائه روایتها موجب برانگیخته شدن پاسخ‌های سلامت می‌شود (۶). اگر میزان استفاده از رسانه‌های مختلف را با هم مقایسه کنیم، مشاهده می‌شود رسانه‌های ارزان و بی‌نیاز به مهارت‌های ارتباطی که بیشتر دارای کارکرد سرگرمی هستند، بیش از سایر رسانه‌ها توجه عموم را به خود جلب می‌کنند. بر پایه پژوهش‌ها تلویزیون از مطبوعات، کتاب، رادیو، ضبط صوت و ویدئو بیشتر دارای مقبولیت اجتماعی است (۷). در ایران، نتایج پژوهش گسترده‌ای نشان داد که تلویزیون قدرتمندترین رسانه در انتقال اخبار و اطلاعات است. در این بررسی حدود ۷۰ درصد از پاسخگویان اظهار داشتند که از طریق این رسانه از اطلاعات و اخبار آگاه می‌شوند. سایر رسانه‌ها به ترتیب اهمیت، شامل روزنامه (۱۲/۳ درصد)، رادیو (۹/۶ درصد) و گفتگو با دیگران (۴/۴ درصد) بودند (۸). یافته‌های یک بررسی طولی نشان داد که به موازات گسترش تلویزیون و بعضی عوامل دیگر در فاصله ۱۳۵۳ تا ۱۳۷۴ از اهمیت رادیو و گفتگو با دیگران کاسته شده و بر نقش تلویزیون افزوده شده است (۹). در سال ۱۳۵۳ حدود یک پنجم (۲۱ درصد) مردم از تلویزیون به عنوان وسیله خبرگیری استفاده می‌کردند، ولی سال ۱۳۷۴ این نسبت به ۷۰ درصد (بیش از سه برابر) رسیده است. در پژوهش‌های جدیدتر، یافته‌های پیمایش طرح ملی موسوم به ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان بیانگر این بود که تلویزیون و اینترنت

بیش از مطبوعات، رادیوهای خارجی، ماهواره و گفته‌های سایرین به عنوان منبع خبری قابل اعتماد، بین افراد جامعه شناخته شده‌اند (۱۰). توجه عمومی به سمت تلویزیون، اهمیت این رسانه را در آموزش سلامت افزایش می‌دهد. با وجود اهمیت آن، پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه اهمیت نقش تلویزیون در آموزش سلامت مشاهده نشد. آموزش سلامت در تلویزیون سه هدف کلی را دنبال می‌کند. این اهداف عبارتند از: اول، تغییر در الگوهای رفتاری سلامت مانند ترک سیگار، روی آوردن به تغذیه سالم، سبک صحیح خرید برای منزل، ترغیب برای ورزش مداوم و تقویت رفتارهایی که به سلامت بیشتر افراد یک جامعه منتهی شود. دوم، تغییر شناختی که شامل دگرگون ساختن الگوی تفکر مردم در جهت زندگی سالم تر است و سوم تعدیل سطح هیجانی است، به طوری که آموزش، افراد جامعه را نسبت به جریان خاصی (مانند شیوع بیماریهای کشنده از قبیل آنفولانزای مرغی) حساس سازد و در شرایطی از وحشت عمومی نسبت به بیماریهای همه‌گیر جلوگیری کند (۱۱). شبکه‌های سراسری سیما مسئولیت آموزش سلامت در کشور را به عهده دارد. کیفیت این آموزش‌ها مستقیم، سطح ارتقاء سلامت جامعه را تعیین می‌کند. بنابراین، هدف پژوهش بررسی آسیب‌شناختی و برجسته‌سازی موانع محتوایی در کارآمدی برنامه‌های آموزش سلامت تلویزیون است.

## روش‌ها

برنامه‌های تلویزیونی شبکه اول، دوم و سوم سیما به مدت یک هفته از ۲۱ تا ۲۸ اسفندماه ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش دربرگیرنده همه برنامه‌های سلامت سه شبکه سراسری تلویزیون بود و چهار برنامه آموزشی شامل آموزش پزشکی، آموزش روان‌شناختی، آموزش ورزش و آموزش تغذیه، نمونه پژوهش را تشکیل می‌داد. در این پژوهش، زمان پخش برنامه‌ها، موانع موجود در کارآمدی برنامه‌ها و سطح موفقیت هر برنامه مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش حاضر دارای دو بخش بود. در بخش اول، برنامه‌های سلامت (ساعت شروع و پایان برنامه و موضوعاتی که در برنامه به آن پرداخته می‌شد) توسط سه دانشجوی روانشناسی در مجموع در طول ۲۱۴ ساعت ضبط گردید. از بین برنامه‌های متعدد تعدادی از برنامه‌هایی که به طور مستقیم با سیاست‌های

بخش آموزش پزشکی، روانشناسی، آشپزی و اجرای حرکات ورزشی متناسب با زمان پخش برنامه بر حسب دقیقه نشان داده شده است. همچنین، درصد پخش برنامه در ۱۰ ساعت کل پخش برنامه ها محاسبه شده است. در پایان، انحراف معیار پخش برنامه ها در طی یک هفته گزارش شده است. آموزش پزشکی در شبکه اول سیما در طول دوره گردآوری داده ها، ۳۰ دقیقه بود که ۴/۷ درصد برنامه های سلامت را شامل می شد. شبکه دوم ۴۵ دقیقه و ۶/۲۵ درصد برنامه ها و شبکه سوم ۲۳ دقیقه و ۲/۷۸ درصد برنامه ها را شامل شده بود. آموزش روانشناسی در شبکه اول سیما ۳۰ دقیقه بود که ۴/۷ درصد برنامه های سلامت را شامل می شد. شبکه دوم ۰ دقیقه و ۰ درصد برنامه ها و شبکه سوم ۱۵ دقیقه و ۰/۹۸ درصد برنامه ها را شامل شده است. آموزش آشپزی در شبکه اول سیما ۵۵ دقیقه بود که ۷/۶۴ درصد برنامه های سلامت را شامل می شد. شبکه دوم ۳۵ دقیقه و ۳/۴ درصد برنامه ها و شبکه سوم ۲۸ دقیقه و ۳/۸۹ درصد برنامه ها را داشت. آموزش ورزش در شبکه سوم سیما در ۱۵ دقیقه بود که ۲/۰۸ درصد برنامه های سلامت را شامل می شد. نتایج نشان داد که آموزش ورزش با کمترین زمان، ۱۵ دقیقه در روز یا ۰/۶ درصد کل برنامه های سه شبکه را به خود اختصاص داده است، در صورتی که برنامه های آشپزی ۲ ساعت یا ۵/۵ درصد کل برنامه های سه شبکه در روز را در بر گرفته است. ۱/۵ ساعت یا ۴/۱ درصد به برنامه آموزش مسائل پزشکی و روانشناسی اختصاص یافته است.

سلامت در ارتباط بودند، انتخاب شده و زمان پخش برنامه ها بر حسب دقیقه اندازه گیری گردید (جدول ۱) در بخش دوم مطالعه، محتوای برنامه های آموزشی مورد تحلیل محتوایی قرار گرفت. برای انجام تحلیل محتوا از شیوه ترکیبی تحلیل محتوای استنتاجی و قیاسی (۱۲) استفاده شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

## یافته ها

نتایج پژوهش نشان داد که بین ۸/۷۲ تا ۱۵/۹۸ درصد برنامه های تلویزیون در طول ۱۰ ساعت به آموزش سلامت اختصاص یافته بود. حدود ۸۰/۱۰ درصد برنامه های پزشکی به توصیف نشانه های بیماری، ۶/۴۳ درصد به اخبار سلامت همراه با هشدارهای سلامت و ۱۳/۶۶ درصد به پیشگیری از بیماریها اختصاص یافته بود. ۵۸/۳۶ درصد برنامه های روان شناسی به توصیف اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی، ۳۲/۱۲ درصد به تربیت فرزند و ۱۰/۶۲ درصد شامل روانشناسی مثبت مانند بهبود روابط بین شخصی بود. در مورد برنامه های ورزشی مرتبط با سلامت آموزش حرکات ورزشی ایروبیک شامل ۱۵ دقیقه، ۱۰۰ درصد برنامه های ورزشی در روز بود. برنامه های ورزشی دیگر مانند اخبار ورزشی با آموزش سلامت بی ارتباط بودند. در برنامه های آموزش آشپزی ۶۲/۱ درصد به غذاهای پر کالری (به طور مثال، پخت با کره و شامل مقدار زیادی هیدروکربن)، ۸/۷ درصد به غذاهای کم کالری (مانند پخت سبزیجات و ماهی) و ۲۹/۲ درصد به پخت غذای کودکان اختصاص داشت. در جدول ۱ برنامه های آموزش سلامت صدا و سیما در چهار

جدول ۱: میانگین برنامه های آموزش سلامت در مهر ماه در یک هفته در سال ۱۳۸۹ بر حسب دقیقه، درصد و انحراف معیار

| نام برنامه        | شبکه اول     |       |                       | شبکه دوم     |       |              | شبکه سوم     |      |              |
|-------------------|--------------|-------|-----------------------|--------------|-------|--------------|--------------|------|--------------|
|                   | انحراف معیار | درصد  | زمان پخش بر حسب دقیقه | انحراف معیار | درصد  | بر حسب دقیقه | انحراف معیار | درصد | بر حسب دقیقه |
| آموزش پزشکی       | ۲/۱          | ۴/۷   | ۳۰                    | ۳/۴          | ۶/۲۵  | ۲۳           | ۳/۲          | ۲/۷۸ | ۲۳           |
| آموزش روانشناسی   | ۵/۳          | ۴/۷   | ۳۰                    | ۲/۵          | ۰/۰۰  | ۱۵           | ۲/۴          | ۰/۹۸ | ۱۵           |
| آموزش آشپزی       | ۱/۹          | ۷/۶۴  | ۵۵                    | ۳/۴          | ۴/۸۶  | ۲۸           | ۳/۲          | ۳/۸۹ | ۲۸           |
| آموزش حرکات ورزشی | -            | ۰/۰۰  | -                     | -            | ۰/۰۰  | ۱۵           | ۰/۱          | ۲/۰۸ | ۱۵           |
| کل                | ۲/۲          | ۱۵/۹۸ | ۱۱۵                   | ۲/۶          | ۱۱/۱۱ | ۶۳           | ۲/۹          | ۸/۷۲ | ۶۳           |

## بحث

کنند. تفاوت آنها با دانشجویان این است که دانشجویان در نهایت با افزایش تجربه و کمک استادهای خود به این تمرکز افراطی خاتمه می بخشند (۱۵)، در حالی که زندهای خانه دار نمی توانند به تنهایی خود را از احساس ناخوشایند بیمار بودن رها کنند. پژوهش هایی در کشور صورت گرفته که گستردگی این اختلال را در سطح کشور تأکید می کند، به طور مثال: میزان مراجعه به پزشک در ایران بالاست. مفتون و همکاران با مطالعه بر میزان مراجعه خانواده ها به پزشک، نشان دادند که ۱۸/۵ درصد نمونه تحت بررسی آنها دائم احساس کسالت داشتند (۱۶). مصرف سرانه دارو نیز در کشور ما قابل تامل است. بر اساس آمارهای منتشر شده معاونت غذا و دارو ایران به لحاظ مصرف دارو و مراجعه به پزشک در ردیف بیست کشور نخست دنیا قرار دارد و در آسیا بعد از کشور چین جای گرفته است (۱۷). سرانه مصرف داروهای تزریقی در ایران ۴/۱۱ درصد بوده و این رقم برابر سرانه مصرف کل جوامع در حال توسعه است. در پژوهش های جداگانه وجود خطر شیوع بالای خود بیمار پنداری تأکید شده است. در ایران شیوع اختلال خود بیمار پنداری تقریباً بین ۳ تا ۱۴ درصد در بخش های سرپایی و بستری گزارش شده است که به نسبت میزان جهانی (۱ تا ۵ درصد) میزان بالایی را به خود اختصاص داده است (۱۸). برنامه های تلویزیون تنها دلیل شیوع خود بیمار پنداری نیست، اما می تواند بخشی از شیوع بالای آن را تبیین کند. در آموزش پزشکی تلویزیون، اهمیت رابطه پزشک و بیمار کم رنگ نشان داده شد. رابطه رو در روی پزشک و بیمار که شامل پیام های کلامی و غیر کلامی حمایت کننده است، در پذیرش درمانی و بهبودی بیماران تأثیر عمیقی دارد (۱۹). دور از ذهن است که پزشک بتواند بدون شرح دقیق نشانه ها و از راه دور، موفق به درمان شود. ارائه درمان از طریق تماس تلفنی و بر اساس تشخیص غیر مستقیم و بدون برقراری رابطه درمانی شفا بخش، پذیرش درمانی و قدرت شفا بخشی پزشک را کاهش می دهد. خوگیری یا عادی سازی پدیده روانشناختی است که از طریق تکرار، سطح توجه را کاهش می دهد (۲۰). گاهی صحبت دائمی از بیماری های خاصی می تواند در مردم خوگیری ایجاد کند و سطح توجه آنها را نسبت به اهمیت موضوع کاهش دهد. سه بیماری چاقی، بیماری قلبی و دیابت در رأس توصیه های پزشکی قرار دارد. تقریباً روزانه مقدار زیادی

با مشاهده جدول برنامه ها در می یابیم ۸/۷۲ تا ۱۵/۹۸ درصد برنامه ها در طول ۱۰ ساعت در سه شبکه تلویزیون، مختص ارتقاء سلامت است. این زمان نسبتاً حجم بالایی را در بر گرفته است. برای سنجش اثر بخشی برنامه های سلامت راه دشواری وجود دارد؛ به طور مثال: لازم است تا پیش و پس از اجرای برنامه آموزشی ویژه تأثیر آن در ارتقاء سلامت جامعه مورد بررسی قرار گیرد. این امر نیازمند کوشش پژوهشگران رسانه است. راه دیگری برای تجسس پاسخ این سؤال وجود دارد و آن این است که می توان به وضعیت سلامت جامعه توجه کرد و از این طریق، تأثیر نقش رسانه را مرور کرد. به این منظور، چند ملاک را باید برای ارزیابی عملکرد برنامه های آموزش پزشکی مورد توجه قرار داد. به این منظور، بررسی میزان مراجعه به پزشکان متخصص و عمومی و همچنین مصرف دارو در کشور ملاک عملکرد برنامه های پزشکی و روانشناسی قرار گرفت. علت انتخاب این معیار، بررسی پدیده خود بیمار پنداری در سطح جامعه است. خود بیمار پنداری اختلال روانشناختی است که شخص با اطمینان کامل می پندارد که به بیماری سختی مبتلا شده است و فراوانی مراجعه به پزشک و مصرف خودسرانه دارو در فرد مبتلا افزایش می یابد (۱۳). خود بیمار پنداری بین دانشجویان پزشکی سالهای اول افزایش چشمگیری دارد؛ به طور مثال: پژوهشگران دریافتند که بیش از ۳۶/۸ درصد دانشجویان پزشکی به اختلال خود بیمار پنداری دچار می شوند و این میزان بیشتر از ابتلای دانشجویان دیگر رشته ها است (۱۴). دلیل ابتلا به سندرم خود بیمار پنداری این است که دانشجویان پیوسته در معرض اطلاعاتی در مورد نشانه های بیماری قرار می گیرند و احساس می کنند که این علائم در مورد آنها صدق می کند. اغلب برنامه های پزشکی شامل شرح جزئیات بیماری ها و درمان آنها است. چنانچه پیش تر نیز اشاره شد، مخاطب های صبحگاهی این برنامه ها زنان خانه دار غیر متخصص هستند. شرح دقیق نشانه ها می تواند به خود بیمار پنداری در این گروه از جامعه منجر شود. مانند آنچه که دانشجویان پزشکی و روان شناسی در سالهای ابتدایی تحصیل تجربه می کنند، این زن ها نیز احتمال دارد بر نشانه های بدنی خود یا کودکان که قبلاً آنها را نادیده می گرفتند تمرکز افراطی

برنامه ریزان را به اهداف مربوط به ارتقاء سلامت نزدیک می‌سازد. آموزش روانشناختی نیز قسمت مهم آموزش سلامت صدا و سیما را تشکیل می‌دهد. حدود ۳۸/۳۱ درصد آموزش سلامت در تلویزیون، به آن اختصاص پیدا کرده است. از بین برنامه‌های آموزش روانشناسی ۵۸/۳۶ درصد به امور روان شناختی وابسته به اختلال‌ها (روانشناسی منفی)، ۳۲/۱۲ درصد سبکهای فرزندپروری و ۱۰/۶۲ درصد به روان‌شناسی مثبت از قبیل بهبود روابط بین شخصی اختصاص یافته بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش روان‌شناسی مثبت بیشتر مورد غفلت قرار گرفته است. همان‌طور که تعاریف جدید سلامت تأکید می‌کند فقدان نشانه‌های بیماری، تنها معیاری برای سلامت افراد جامعه نیست (۳۰). بنابراین افزایش سطح کیفیت زندگی، سرزندگی، خودکارآمدی و افزایش انگیزه افراد جامعه باید در اولویت برنامه‌های سلامت قرار گیرد. سؤال قابل طرح این است که میزان موفقیت در این آموزش‌ها چگونه است. با بررسی ارقام می‌توان دریافت که درصد شیوع بیماریهای روانشناختی در کشور از شیوع بالای ۲۳ درصدی برخوردار است که رقم بالاتری از سایر کشورهای غربی است و زنان ایرانی سه برابر بیشتر به اختلالات روانشناختی مبتلا می‌شوند (۳۱). بر پایه شواهد، بهتر است در ارائه برنامه‌های روانشناختی تجدید نظر مهمی صورت پذیرد. جدول ۱ نشان داد که آموزش ورزش تنها محدود به پانزده دقیقه در روز می‌شود. سؤال این است که آیا برنامه‌های ورزشی مناسب نیازهای بینندگان است. در ساعت‌های اولیه روز پر مخاطب‌ترین بینندگان زن‌های خانه‌دار هستند. تعدادی از مخاطب‌ها کسانی هستند که مجبورند ساعت‌های طولانی در منزل، به مطالعه برای کنکور یا امتحانات دانشگاهی بپردازند. آنها نیاز دارند که حداقل هر دو ساعت یکبار حدود پانزده دقیقه به حرکات نرمشی ساده اختصاص دهند تا ماهیچه‌ها کارایی خود را از دست ندهد. بسیاری از مردم ساعت‌های طولانی را در ترافیک و طی کردن مسیر بین محل سکونت و کار می‌گذرانند و باید ترغیب به حرکت شوند. مخاطب‌های دیگر کسانی هستند که از انواع بیماری و دردهای مزمن در رنج هستند و نیاز به انجام حرکات ورزشی ویژه‌ای دارند. مخاطب‌های دیگر، کارمندان هستند که ساعت‌های طولانی پشت میزها می‌نشینند و امکان تحرک ناچیزی دارند. بسیاری از مردم به دلایل

اطلاعات در مورد آنها از شبکه‌های سیما پخش می‌شود. بررسی آمارهای مربوط به این بیماریها نشان می‌دهد که خوگیری به وقوع پیوسته است، به طور مثال: مصطفوی، دباغ منش و زارع با مطالعه ۴۰۴۸ نمونه دریافتند که شیوع چاقی بین نوجوانان ۱۱/۳ درصد و بین بزرگسالان ۳۳/۳ درصد است (۲۱). طبق گزارش وزارت بهداشت به نقل از شریفی راد و همکاران سن سکنه قلبی در آمریکا و اروپا ۷۳ تا ۷۶ سال است که این سن در ایران تا ۵۵ سالگی کاهش یافته است (۲۲). همچنین، حدود ۵-۶ درصد افراد ۳ تا ۶۹ ساله در شهر تهران مبتلا به دیابت هستند؛ که این میزان به ۱۶/۳ درصد در شهر یزد می‌رسد (۲۳). از طرف دیگر، ترس افراطی مکانیسم‌های دفاعی انکار را بر می‌انگیزد (۲۴). پژوهش‌های بسیاری انجام گرفته که نشان می‌دهد که ترس شدید از سرطان یا بیماریهای قلبی اجتناب از عوامل خطرناک را کاهش می‌دهد (۲۵، ۲۶). مردم عاملی را که در آنها ترس فراوان ایجاد می‌کند، نادیده می‌گیرند. اغلب آنها دوست ندارند درباره سرطان یا ایدز به طور مستقیم اطلاعات دریافت کنند، زیرا در آنها ترس فراگیری ایجاد می‌کند (۲۷). در برنامه‌های تلویزیونی گاهی خطرات بیش از حد نیاز، بزرگ‌نمایی می‌شوند. در این موقعیت اشخاص به خود می‌گویند «امکان ندارد که من این موقعیت را تجربه کنم» (۲۸). به عنوان نمونه، هر ساله صدا و سیما برنامه‌های متعددی برای آگاهی مردم از خطرات آتش‌بازی در شب چهارشنبه سوری تهیه می‌کند. اما هر سال تعداد زیادی سلامت خود را با آتش‌بازی به خطر می‌اندازند. نتیجه این است که اطلاع‌رسانی کوچکترین تأثیری نداشته است. این در حالی است که پیشگیری از وبا که در تابستان هر سال، به جای نشان دادن افراد در حال مرگ، با ارائه توصیه‌های مهم همراه است، اغلب با موفقیت مواجه می‌شود. باید تأکید کرد که این تفاوت‌ها در تأثیرگذاری صرفاً به دلیل ایجاد ترس نیست، بلکه تکنیکهای اطلاع‌رسانی هم نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند (به طور مثال، اطلاع‌رسانی از طریق وزیر بهداشت، تأثیر پیام سلامت را تقویت می‌کند). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تکنیکهای تصویری بیش از سخنرانی در یادگیری تأثیر گذار هستند (۲۹). برای آموزش پزشکی نیز از تکنیک ارائه سخنرانی بیش از استفاده از تکنیکهای تصویری و روایتی استفاده می‌شود. تغییراتی در تکنیک‌های آموزش

را در رسانه ملی به خود اختصاص داده است. تغذیه مهمترین تعیین کننده سلامت جامعه است. بنابراین، باید بررسی شود که آیا هزینه و وقت صرف شده برای تهیه برنامه های آشپزی منجر به ارتقاء سلامت شده است، یا ایجاد تغییراتی در برنامه های آموزش آشپزی لازم است تا سطح کیفی تغذیه مردم را بهبود بخشد. نتایج پژوهش نشان داد که تنها ۸/۹ درصد برنامه های آشپزی شامل آموزش غذاهای کم کالری بود. تغذیه ناسالم مانند کم تحرکی به چاقی و بیماریهای مزمن می انجامد (۳۲). با مرور برنامه های آشپزی تلویزیون نکته های قابل تأملی به چشم می خورد: اول اینکه نشان دادن پیوسته تصاویر غذاهای محرک اشتها، به مصرف بالاتر مواد غذایی منجر می شود. علت قابل ذکر، یادگیری شرطی شده (کلاسیک) است. تصویر غذاها مانند مشاهده غذای واقعی می تواند به بروز پاسخ شرطی یعنی مصرف غذای بیشتر بینجامد. زنان خانه دار که بیش از سایرین در معرض بمباران اطلاعات از سوی رسانه های تصویری هستند، از این پدیده بیشتر متأثر می شوند. همچنین برنامه های تغذیه اغلب به آموزش غذاهای پر کالری اختصاص دارد، به طور مثال: آموزش شیرینی ها همراه با خامه فراوان، انواع غذاهای سرخ شده در روغن غوطه ور و استفاده از هیدروکربن زیاد جزء اصلی برنامه های آشپزی است. نکته دیگر اینکه تناقض بین اطلاع رسانی متخصصین تغذیه و برنامه های تصویری آشپزی نیز باعث سردرگمی بینندگان می شود؛ به طور مثال: در حالی که متخصص خطر مصرف چربی را گوشزد می کند، برنامه آشپزی غذای پر چربی را آموزش می دهد. معنی چنین تناقض هایی به طور ضمنی این است که «می توانید به آسانی توصیه متخصصین را نادیده بگیرید». در صورتیکه ارائه توصیه های سلامت از طریق برنامه های تصویری حمایت نشوند، نه تنها تأثیر مثبتی بر جا نمی گذارند، بلکه به نتایج منفی منتهی می شوند. مورد دیگر توصیه برای مصرف نکردن مواد غذایی خاص بدون جایگزینی توسط مواد غذایی دیگر، منجر به رژیم های غذایی شکست پذیر می شود. فقدان آموزش غذاهایی برای افراد دیابتی یا دارای فشار خون، علتی است که این افراد دارای کیفیت زندگی پایینی هستند. عدم پذیرش دستورات سلامت با تغییر پیام های اجتنابی مانند توصیه برای مصرف نکردن به پیام های تغییر الگوی مصرف مانند مصرف غذاهای سودمند برطرف خواهد شد. پیام های

گوناگون تحت استرس فراوانی قرار دارند. سوال این جاست که آیا تنها ۱۵ دقیقه ورزش ایروبیک در روز آن هم فقط در زمان صبحگاه پاسخگوی همه نیازهای اختصاصی بینندگان است. به عنوان نمونه جای ورزش در محیط های بسته و محدود، ورزش با هدف توان بخشی، مراقبه و یوگا و ورزش در حین کار در برنامه های آموزش ورزش تلویزیون خالی است. علاوه بر زمان محدود پخش، مشکلات دیگری نیز در رابطه با پخش برنامه های ورزشی وجود دارد؛ به طور مثال: به جای آموزش حرکات ورزشی، برنامه های ورزشی در قالب اخبار و رویدادهای ورزشی ارائه می شود. همچنین برنامه های ورزشی فاقد جذابیت های تصویری برای جذب بینندگان به خصوص برای زنان هستند. ترغیب بینندگان به ورزش نیازمند استفاده از تکنیک های تصویری ویژه است که منجر به افزایش حرکات بدنی شود. در پایان هیچ زمانی برای تبلیغات ورزشی اختصاص نیافته است. گسترش فرهنگ ورزش، گام موثری در سلامت جامعه است. این برنامه ها باید در قالب نیازهای جامعه تهیه و پخش شوند. عزیزی به افزایش چاقی در ایران اشاره کرده است (۳۲). بنابراین اگر برنامه های مداخله آموزشی ورزشی کارآمد بود باید سطح تحرک افراد جامعه افزایش می یافت. پژوهش ها نشان داده اند که میزان چاقی در شهرها و حتی روستاهای کوچک کشور در حال گسترش است (۳۳). بر اساس یافته های اخیر پژوهشی، ۲۳/۴ درصد زنان و ۹/۳ درصد مردان شاخص توده بدنی بیش از ۳۰ داشته اند. در پژوهشی نشان داده شد که دختران بین سنین ۱۴ تا ۱۸ سال در مرحله تصمیم گیری برای شروع ورزش، مرحله عمل و نگهداری نمراتی به طور معناداری، کمتر از حداقل امتیاز قابل قبول به دست آوردند (۳۴). پژوهش ها تأکید می کنند که افراد جامعه به خصوص زنان نیازمند آموزش برای افزایش تحرک هستند و تنها با بیان اهمیت تحرک، میزان ورزش در جامعه افزایش نمی یابد و آموزش باید به صورت عینی ارائه شود. در یک برنامه مداخله آموزشی برای نوجوانان نشان داد که بین میانگین مصرف لبنیات، تنفلات شور، نوشیدنی های شیرین و غذاهای آماده پیش و پس از مداخله تفاوت معناداری به وجود آمده بود (۳۵). بنابر پژوهش هایی از این دست، نقش مداخله های آموزش تغذیه سالم از اهمیت خاصی برخوردار است. بر اساس جدول ۱ برنامه های آشپزی بیشترین ساعت پخش

سازد. مبنای آموزش پخت غذای کودکان در تلویزیون براساس این پیش داوری است که کودکان غذا نمی خورند و باید با فریب آنها را وادار به خوردن بیشتر کرد. بی توجهی کودکان به غذا یک مشکل تربیتی است و با مداخله روان درمانگر برطرف می شود. پژوهش ها بر افزایش روز افزون چاقی در کودکان تأکید می کنند (۳۷). گردهماییهای بسیاری در سراسر دنیا تشکیل می شود تا متخصصان با کمک یکدیگر مانع همه گیر شدن چاقی کودکان شوند. بنابراین لازم نیست کودکان را وادار کرد بیش از نیاز خود غذا مصرف کنند. این پژوهش دارای محدودیتهایی نیز بود. از جمله این که انواع کامل برنامه های سلامت در این پژوهش به کار گرفته نشدند، به طور مثال: برنامه های آموزش سلامت به کودکان که در برنامه های کودک گنجانده شده اند شامل داده های پژوهش نبود. همچنین، شبکه چهار، شبکه تهران و شبکه آموزش در برنامه پژوهشی حاضر گنجانده نشده بود. توصیه می شود در پژوهش های آینده در زمان طولانی تر و به طور گسترده تری برنامه های سلامت در سیمای جمهوری اسلامی ایران مورد تحلیل قرار گیرد.

### نتیجه گیری

تحلیل این برنامه ها و اصلاح کاستیهای موجود، راهی برای ارتقاء سلامت عمومی در جامعه است. در مجموع، پرداختن به موضوعات سلامت و ارائه آموزش سلامت در تلویزیون مستلزم هزینه های بالایی است. برنامه ریزی مناسب، موفقیت آمیز بودن این آموزش ها را تضمین می کنند. همچنین، با تغییراتی که در سبک زندگی جامعه ایرانی به وجود آمده، ضرورت ایجاد شبکه سراسری سلامت احساس می شود که در آن ورزش و تغذیه سالم از جایگاه برجسته ای برخوردار باشد.

### تشکر و تقدیر

این پژوهش تحت نظارت جناب آقای دکتر رضا پور حسین مدیر شبکه دوم سیما انجام گرفته است که در این جا از ایشان قدردانی می شود.

متضاد در مورد مواد غذایی نیز موجب سردرگمی است، به طور مثال: می توان به مصرف تخم مرغ اشاره کرد. برخی متخصصین زرده تخم مرغ را حاوی مقدار زیادی کلسترول می دانند و توصیه می کنند مردم از خوردن زرده اجتناب کنند، در حالی که برخی دیگر معتقدند زرده شامل منبع سرشاری از امگا ۳ است. در نهایت مردم نمی دانند که آیا مصرف زرده برای سلامت مفید و یا زیان بار است. مسائل روان شناختی مؤثر در تغذیه نیز به طور کامل نادیده گرفته شده است، به طور مثال: مسائلی مانند این که چرا مردم مواد غذایی خاصی را بیشتر خریداری می کنند و مواد غذایی سالم دیگری را از برنامه غذایی حذف می کنند، در کدام موارد تغییر ذائقه مردم ضروری است و یا خطاهای ادراکی چه نقشی در مصرف غذاها دارند، نمونه هایی از اهمیت جنبه های روان شناختی در امور تغذیه هستند که افراد باید برای خودتنظیمی رفتارهای سلامت از آنها آگاهی داشته باشند. آسیب شناسی فرهنگی نیز بخش فراموش شده برنامه های تغذیه است. شناسایی عاداتهای تغذیه غلط و یا صحیح که برگرفته از فرهنگ است مانند مصرف بالای برنج و نان نیز در دستور کار برنامه های آشپزی قرار ندارد. بیان صحیح یافته های علمی، ارائه جداول، آمارها، آموزش شیوه خرید مواد غذایی، نحوه رعایت بهداشت با استفاده از تکنیکهای تصویری جذاب و در عین حال مستند و قابل اعتماد، همچنین تکنیکهای روایتی مانند پخش پیامد الگوهای رفتاری تغذیه در بین مردم و یا برگزار کردن مسابقه های مهیج مؤثرتر از شیوه سخنرانی به تنهایی است. روش هایی که مردم را به چالش با نگرش های غلط خود در مورد تغذیه سوق دهد، اثرگذارترین رویکرد برنامه های سلامت است. البته در برنامه های تلویزیونی گاه از این تکنیکها استفاده می شود، اما گسترش آن به دلیل اهمیتی که برخوردار است، ضرورت دارد. بر اساس پژوهش های متعدد، تبلیغات به طور غیر مستقیم سبک تغذیه ای مردم را تحت تأثیر قرار می دهد (۳۶). تبلیغاتی که در شبکه های تلویزیون ایران پخش می شود، مردم را به مصرف هیدروکربن فراوان ترغیب می کند. انواع چیپس، ماکارانی، برنج، پفک و تنقلات دیگر جزء جدا نشدنی تبلیغات تلویزیونی هستند و ۴۸ درصد برنامه های تلویزیون را شامل می شود. پخش این تبلیغات در بین برنامه های پر بیننده تأثیر گذاری آنها را پر رنگ تر می

## References:

1. Hallahan K. Seven models of framing: Implications for public relations. *Journal of Public Relations Research*. 1999; 11(3): 205-242.
2. Oatley K. Emotions and the story worlds of fiction. *American Psychologist*. 2003; 46 (3): 187-197.
3. Bouman M, Maas L, Kok G. Health education in television entertainment. *Medisch Centrum West: A Dutch drama serial*. *Health Education Research*. 1998; 13 (4): 503-518.
4. Gabbay SM, Leenders RT. Creating trust through narrative strategy. *Rationality and Society*. 2003; 15 (4): 509-539.
5. Green, M. C., & Brock, T. C. In the mind's eye: Transportation-imagery model of narrative persuasion: Social and cognitive foundations, Indiana: Kekionga Press 2002: 315-341.
6. Bernhardt JM. Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*. 2004; 94 (12): 2051-2052.
7. Kopfman JE, Smith SW, Yun, JK, Hodges A. Affective and cognitive reactions to narrative versus statistical evidence organ donation messages. *Journal of Applied Communication Research*. 2005; 26: 279-300.
8. Sarakhony B, Karroubi Z. Media and socio-cultural situation of urban families. *Journal of Social Sciences*. 2009, 47: 37-73.
9. Mohseni M. Knowledge, attitudes and socio-cultural practices in Iran. *The Secretariat of the General Council*, 2000, 4: 21-26.
10. Mehdizadeh S. Television audience and a new attitude. *Iranian Journal of Sociology*. 2005, 4: 34-41.
11. Smitha J, Jackson J, Boggc T, Walton K, Wood D, Harms P, Roberts BW. Mechanisms of health: Education and health-related behaviors partially mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health. *Health Psychology*. 2010; 25(3): 305-319.
12. Hopkins DJ, King GA. Method of Automated Nonparametric Content Analysis for Social Science. *American Journal of Political Science*. 2010; 54(3): 229-247.
13. Hanly C. Narcissism, hypochondria and the problem of alternative theories. *International Journal of Psychoanalysis*. 2011; 92(3): 593-608.
14. Thistlethwaite J, Quirk F, Evans R. Medical students seeking medical help: A qualitative study. *American Journal of Public Health*. 2010; 32(2): 164-166.
15. Lang P. The Imaginary Illness and the Rhetorical Cure. *The Proceedings of the 17th Annual History of Medicine Days, Health Sciences Centre*. 2008; 23-27.
16. Maftoon F., Frzdi F, Kazem M, Pilevary S, Ayeenparast A. Demand burden for health services on the fifth year in Tehran (Payesh). 2006; 8: 140-131.[persian]
17. Talaei A. Hipocondriasis in Iran. *European psychiatry*. 2009; 24(1): 980-986.
18. Ridd M, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General practice*. 2009; 59 (5): 116-133.
19. Rankin CH, Barry RJ, Bhatnagar S, Clayton D. Habituation Revisited: An Updated and Revised Description of the Behavioral Characteristics of Habituation. *Neurobiology of Learning and Memory*. 2009; 92(2): 135-138. 2008.
20. Ben-Shakhar G, Furedy J, Siddle D. Orienting responses and habituation processes in humans. *International Journal of Psychophysiology*. 2000; 35: 9.



21. Habibullah M, Dabbagh Manesh MH, Zare N. Prevalence of overweight and obesity in adolescents and adults. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2007; 7 (1): 57-61.
22. Sharifirad GR, Mohebbi S, Mtlabi M. the relationship of physical activity in middle age and cardiovascular problems in old ege in retired people in Isfhan. *British Journal of General practice*. 2007; 13(2) 57-63.
23. Ardshir-Laryjany MB, Mortaz Hejri S, Pour Ebrahim R, Nouri M, Heshmat R. The prevalence of type 2 diabetes and impaired fasting glucose in the population aged 25-64. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2003; 3 (1): 45-52.
24. Cauberghe V, Pelsmacker PD, Janssens W, Dens N. Fear, threat and efficacy in threat appeals: Message involvement as a key mediator to message acceptance. *Accident Analysis & Prevention*. 2009; 41(2): 276-285.
25. Lennon R, Rentfro R. Are young adults fear appeal effectiveness ratings explained by fear arousal, perceived threat and perceived efficacy? *Journal of Innovative Marketing*. 2010; 6(1): 212-219.
26. Proietti R, Mapelli D, Volpe B, Bartoletti S, Sagone A, Bianco LD, Daliento L. Mental stress and ischemic heart disease: evolving awareness of a complex association. *Future Cardiology journal*. 2011; 7(3): 425-437.
27. Calvin Y, Ching K. The mechanisms of defense and disease. *Journal of Future medicine*. 2011; 21(1): 51-69.
28. Groves RF. Facing our mortality: transforming our suffering. *Journal of Applied psychology*. 2011; 7(2): 172-179.
29. Austin KA. Multimedia learning: Cognitive individual differences and display design techniques predict transfer learning with multimedia learning modules. *Computer & Education*. 2009; 53(4): 1339-1354.
30. O'Donnell MP. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. *American Journal of Health Promotion*. 2009; 24(1): 341-345.
31. Ehsanmanesh M. Epidemiology of mental disorders in Iran: A review of studies. *Iranian Journal of psychiatric and clinical psychology (andishe-va-raftar)*. 2009; 6 (4): 54-69.[persian]
32. Azizi F. Problematic life style: prevention and coping mechanisms. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2010; 12 (4): 321-323.
33. Akhavan-Tabib A, Kelishadi R, Sadri GH, Sabet B, Tlooyee HR, Baghayi AM. The Healthy Heart: The prevalence of obesity in central area of Iran. *Journal of Ghazvin University of Medical Sciences and Health Services*. 2010; 226: 27-35. [Persian].
34. Dastjerdi R, Eftekhar Ardabili H, Pour Reza A, Asasi N, Golestan B. Review of the decision making process for physical activity in high school girls. *Journal of Health and Medical Research Institutes*. 2006; 2 (2): 25-34.
35. Azadi A, Anousheh M, Alhani E, Haji Zadeh E. Health promotion program in the school and effect on mediation of risk factors. *The Journal of South Medicine*. 2008; 11 (2): 153-162.
36. Jones SC, Williams P, Tapsell L, Andrews K. Health claims and food advertising: Comparison of marketing and nutrition experts' ratings of magazine advertisements. *Nutrition*. 2008; 60(11): 526-533.

37. Tanumihardjo SA, Anderson C, Horwitz MK, Bode L, Emenaker NJ, Haqq AM. Poverty, Obesity, and Malnutrition in children: An International Perspective Recognizing the Paradox. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007; 8(6): 1966-1972.