

نقش رسانه‌های جمعی در آموزش و اطلاع‌رسانی درباره ایدز (HIV)

دکتر امید زمانی*

چکیده

ایدز پدیده‌ای با جنبه‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و حتی امنیتی است که در بسیاری از کشورهای جهان برای پیشگیری از گسترش آن، رسانه‌های جمعی نقش مؤثری ایفا کرده‌اند. اما در کشور ما به دلایل مختلف، رسانه‌ها بویژه صداوسیما وظیفه اطلاع‌رسانی در این زمینه را چنان که باید بر عهده نگرفته‌اند در حالی که شواهد علمی نشان داده است آموزش و اطلاع‌رسانی گسترده و مداوم بهترین راه مصون کردن جامعه از خطر ایدز است. این مقاله به بررسی شواهد علمی آموزش و اطلاع‌رسانی درباره ایدز، نقش رسانه‌های جمعی و پیشنهاد راهکارهایی برای فعال‌تر شدن رسانه‌ها در این زمینه در جمهوری اسلامی ایران می‌پردازد.

واژه‌های کلیدی: ایدز، آموزش، ارتباطات، تحول رفتاری.

رسانه و ایدز

بی تردید رسانه‌های جمعی نفوذ بسیاری در میان توده‌های مردم دارند و می‌توانند منشأ تحولات اجتماعی گسترده‌ای شوند. در این بین رادیو و تلویزیون بویژه در کشور ما اهمیت بیشتری دارند چنان که بر اساس پژوهش‌های متعدد، منبع اصلی اطلاعات بهداشتی مردم محسوب می‌شوند. ایدز نیز پدیده‌ای بهداشتی - اجتماعی است که با مسائل مختلف فرهنگی و رفتاری در آمیخته و برای خارج شدن از وضعیت نگران‌کننده فعلی نیاز به اقدامات جدی و گسترده فرهنگی، اجتماعی و رسانه‌ای دارد.

آمار ابتلا به HIV در سال‌های اخیر در ایران با رشد تصاعدی مواجه بوده است. از سوی دیگر، رفتارهای پرخطر منجر به سرایت این بیماری نیز افزایش یافته است. در کشور ما تعداد افراد مبتلای ثبت شده تا اول مهرماه ۱۳۸۶، ۱۶۰۹۰ نفر بوده است که طی سه سال گذشته، به بیش از دو برابر رسیده است و تخمین زده می‌شود بین ۷۰ تا ۱۲۰ هزار نفر مبتلای ناشناخته در کشور حضور داشته باشند. بنابراین لازم است همه و بویژه نوجوانان و جوانان آموزش‌هایی برای پیشگیری ببینند زیرا تاکنون واکنش یا راهی برای درمان قطعی این بیماری کشف نشده است و در آینده نزدیک نیز چنین کاری امکان‌پذیر به نظر نمی‌رسد.

راه‌های سرایت ویروس عامل ایدز عبارتند از: تزریق خون و فرآورده‌های آن، آمیزش جنسی بدون رعایت نکات بهداشتی و انتقال از مادر به جنین. سازمان جهانی بهداشت سه پایه اصلی پیشگیری را به ترتیب زیر اعلام کرده است: خویشنداری از روابط جنسی قبل از ازدواج، وفاداری به همسر و پرهیز از روابط جنسی خارج از حریم ازدواج (با تأکید بر تک‌همسری) و استفاده از کاندوم در هر مقاربت. در تمام این زمینه‌ها بر آموزش مهارت‌ها و حمایت‌های لازم از جوانان تأکید شده است.

در حالی که در اروپا، امریکای شمالی و برخی کشورهای منفرد، به دلیل آگاه‌سازی مردم از راه‌های سرایت بیماری، آهنگ ابتلا به بیماری، کند شده است؛ متأسفانه ۹۵ درصد موارد جدید آلودگی در کشورهای جهان سوم مشاهده می‌شود؛ کشورهایی که مردم آنها قربانی ناآگاهی خود و بی‌توجهی مسئولان به این خطر نابودکننده اما قابل

پیشگیری هستند.

اغلب گروه‌های تولیدی و خبری صداوسیما رغبت چندانی به تولید و پخش برنامه‌ای درباره ایدز و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن ندارند زیرا موضوع چنین برنامه‌هایی را حساس و چالش‌برانگیز می‌دانند. با وجود آنکه برخی کارشناسان و سیاستگذاران صداوسیما معتقدند که خطوط قرمز فعلی ذهنی هستند و نیاز به بازنگری مبتنی بر پژوهش دارند، رسانه ملی هنوز باور ندارد که این مسئله به عنوان خطری جدی جامعه را تهدید می‌کند (معقول، ۱۳۸۶). آنچه در سال‌های اخیر در رسانه ملی درباره ایدز با اهداف مشخص بهداشتی پخش شده اغلب به سفارش مشترک وزارت بهداشت و برخی سازمان‌های بین‌المللی بوده که آن هم مشمول محدودیت‌های محتوایی و پخش‌ی بسیار شده است. البته برنامه‌ها و خبرهایی نیز به صورت خودجوش ساخته یا پخش شده‌اند که متأسفانه به دور از پیش‌دآوری‌های غیر علمی نبوده‌اند.

با توجه به اینکه راه‌های سرایت بیماری محدود و مشخص است، امروزه بسیاری از کشورها با برخورد علمی و رعایت اصول پیشگیری، همه‌گیری ایدز را مهار کرده‌اند اما هنوز در کشورهایی که مسئولان آنها به دلایل مختلف در اقدام همه‌جانبه تامل کرده‌اند جوانان قربانی بی‌مهارتی خود و مقاومت سنتی مسئولان می‌شوند. البته در سال‌های اخیر تغییر نگرش مثبتی در برخی مسئولان کشورها از جمله کشور ما رخ داده است و به جای کلی‌گویی‌ها و اظهارنظرهای بدون استناد، باب تحقیق، مذاکره و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد علمی باز شده است اما تا تحول مطلوب راه زیادی در پیش است.

هدف از آموزش‌های مربوط به ایدز، پدید آوردن زمینه انتخاب یک شیوه زندگی سالم و اتخاذ رفتار مسئولانه از سوی فراگیران است. در سال‌های اخیر، میزان ابتلا به ایدز در کشورهای مسلمان خاورمیانه از طریق جنسی یا اعتیاد تزریقی رو به افزایش بوده است (UNAIDS, 2006). در ایران نیز در کنار روند فزاینده متوسط سن ازدواج (وزارت بهداشت، ۱۳۷۹)، رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV در سال‌های اخیر افزایش یافته است.

مطالعه‌ای که در سطح شهر تهران، در سال ۱۳۸۱ بین جوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله پسر انجام شد نشان داد ۲۷/۷ درصد آنان رابطه جنسی داشته و ۷۱/۷ درصد از این ۲۷/۷ درصد بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند (Mohammadi, 2006). باورهای بسیاری

از آنان نیز درباره ایدز نادرست بوده است (منتظری، ۲۰۰۵؛ طاووسی، ۲۰۰۴؛ مرکز تحقیقات صداوسیما، ۱۳۸۵). آمار ابتلا به ایدز در چند سال اخیر در ایران، با رشد تصاعدی مواجه بوده است. بر اساس تخمین‌های علمی، بین ۷۰ تا ۱۲۰ هزار نفر در کشور مبتلا به HIV (ایدز) هستند و با توجه به عوامل خطر یاد شده، اگر اقدام عاجلی در این زمینه صورت نگیرد، رشد لگاریتمی آن دامنگیر کشور خواهد شد. در نظر بگیریید در عرض ۳ تا ۱۰ سال، افراد مبتلا، نیاز به داروهای خاص این بیماری پیدا می‌کنند که هزینه سالانه آن به نرخ کنونی برای هر فرد ۱۰ میلیون تومان است. دیری نخواهد گذشت که پرداخت هزینه درمان مبتلایان به HIV از توان دولت خارج شود.

آمارهای چند سال اخیر، نشان می‌دهد در ایران، اکثر موارد آلودگی مربوط به معتادان تزریقی است اما باید دانست همه‌گیری HIV مرتبط با مصرف تزریقی دارو، محدود به مصرف‌کنندگان داروی تزریقی نیست. بسیاری از مصرف‌کنندگان داروی تزریقی؛ جوان، مرد و از نظر جنسی فعال هستند و استعداد ابتلا یا انتقال ویروس HIV را نه تنها با وسایل تزریق مشترک، بلکه از طریق رابطه جنسی با شرکای جنسی سالم یا بیمار دارند. مصرف تزریقی مواد، تداخل عمیقی با تجارت جنسی دارد. مصرف‌کنندگان اغلب یا آمیزش جنسی می‌خرند یا برای تأمین نیاز خود به مواد، آمیزش جنسی می‌فروشند و البته بسیاری از آنان نیز متأهل هستند. همان‌گونه که برخی متخصصان و نیز مرکز مدیریت بیماری‌ها در وزارت بهداشت هشدار داده‌اند، درصد موارد انتقال از راه مقاربت جنسی رو به افزایش است. در ضمن طی مطالعاتی که در برخی نقاط کشور انجام شده است، میزان شیوع HIV در بین معتادان تزریقی و تن‌فروشان بیش از حد اپیدمی متمرکز بوده است، از سویی، کمتر از ۱۰ درصد مبتلایانی که نیاز به داروهای ضدویروس دارند این داروها را دریافت می‌کنند. به این ترتیب کشور ما در آستانه یک اپیدمی گسترده قرار دارد. انکار و سکوت در هندوستان، ابعاد معضل ایدز را چند برابر کرد. تعداد آلوده‌شدگان در هند در سال ۱۳۶۸ فقط ۲۰۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شد در حالی که اکنون به دو تا سه میلیون نفر رسیده است، یعنی طی ۱۸ سال، ۱۰۰ تا ۱۵۰ برابر شده است. همچنین تعداد کل افراد آلوده به ایدز در کشور ما و برخی همسایگان رشد تصاعدی داشته است.

باوری غلط وجود دارد که صحبت کردن در مورد مسائل جنسی ممکن است

نوجوانان را به آن تشویق کند اما مطالعات گسترده‌ای در سراسر دنیا برای بررسی این موضوع انجام گرفت و سازمان جهانی بهداشت و UNAIDS در سال‌های اخیر با جمع‌بندی آنها گزارش کردند تقریباً هیچ یک از این مطالعات در طول زمان، صرف‌نظر از روش‌های متعدد تحقیق و کشورهایی که در آنها مطالعه انجام شده، شاهدی از تشویق به افزایش عمل جنسی را نشان نداده‌اند و اگر تأثیری مشاهده شده، اغلب، تأخیر عمل جنسی و افزایش مصرف مؤثر وسائل پیشگیری بوده است. گزارش‌ها همچنین نشان داد در میان اشخاصی که هنوز از نظر جنسی فعال بوده‌ند، این برنامه‌ها به شرکای جنسی کمتر و مصرف بیشتر وسائل پیشگیری منجر شده است. این گزارش‌ها اهمیت نیاز به برنامه‌های جامع و تعادل در پیام‌های پیشگیری را نشان می‌دهد (زمانی، ۱۳۸۵). از سوی دیگر، اثربخشی دوره‌های آموزشی مدون در پرهیز و به تأخیر انداختن اولین تجربه جنسی، کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و سایر معیارهای سلامت جنسی طی مطالعات بی‌شماری در سراسر دنیا اثبات شده است (kirby, 2007; Johnson, 2003; Smoke, 2006; Ross, 2006). به این ترتیب بر خلاف تصور عامه، آموزش درباره ایدز موجب افزایش میل جنسی و شروع زودتر فعالیت جنسی در نوجوانان نمی‌شود (smoak, 2006; Ross, 2006). البته این اقدامات زمانی مؤثر خواهند بود که اصول مشخصی مانند پشتوانه علمی، تعامل، صراحت و شفافیت را در عین توجه به ارزش‌ها و منابع بومی در طراحی، ارائه محتوا و اجرا رعایت کنند (kirby, 2007).

اخیراً گروهی از پژوهشگران با جمع‌بندی نتایج ۱۷۴ پژوهش مستقل درباره اثرات آموزش‌های مبتنی بر مصرف کاندوم بر رفتارهای جنسی آموزش‌گیرندگان (از جمله رخدادهای جنسی، تعداد شرکای جنسی، پرهیز) به این نتیجه رسیده‌اند که این آموزش‌ها در مجموع موجب کاهش یا افزایش رخدادهای جنسی و تعداد شرکای جنسی نشده‌اند اما در مواردی که مداخلات شامل اطلاعات بیشتر، ارتقای انگیزشی و آموزش مهارت‌ها بوده است کاهش خطر بیشتری حاصل شده است (smoak, 2006). از آنجا که پایبندی مذهبی ممکن است نقش مستقلی در آگاهی از HIV و ابتلا به آن داشته باشد، (kagee, 2005; Darin, 2006) استفاده مناسب از مبانی مذهبی به تقویت آموزه‌های علمی و مهارتی کمک شایانی می‌کند، هر چند نباید منجر به محدود کردن آموزش‌ها به حوزه پرهیز و وفاداری خانوادگی شود که در این صورت، آموزش‌ها

بی‌تأثیر خواهند بود. در ضمن مذهبی بودن گاه منجر به رفتارهای پرخطر نیز می‌شود برای مثال کاهش تمایل به تغییر رفتار و محافظت از خود یا روآوردن به تعدد زوجات (Lagarde, 2000). به هر حال آموزش‌های مذهبی - اخلاقی و آموزش‌های علمی - مهارتی مکمل یکدیگرند. افرادی که براساس رهنمودهای مذهبی، پرهیز و پابندی به یک همسر را برمی‌گزینند، بهترین وضعیت را دارند اما دیگرانی که به هر دلیل (حتی مذهبی - مانند متعه) رو به تعدد شرکای جنسی می‌آورند لازم است درباره سلامت جنسی و استفاده از کاندوم آموزش ببینند (آشنا، ۱۳۸۶). دین مبین اسلام دستورات و توصیه‌های روشنی دارد که می‌تواند محمل گفتگو درباره ایدز در جوامع مسلمان باشد. حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت اوگاندا مسلمان هستند. در این کشور طی سال‌های اخیر فعالیت‌های چشمگیری در زمینه آموزش عمومی، پیشگیری و مراقبت از مبتلایان ایدز بر اساس مبانی و تعالیم اسلامی انجام شده است و مسئولان با آموزش روحانیان مساجد و بهره‌گیری از نفوذ مذهبی ایشان در بین مردم مسلمان به ترویج اخلاق اسلامی مؤثر در پیشگیری از ایدز پرداخته‌اند. در واقع انجمن پزشکان اسلامی اوگاندا مبتکر «رویکرد اسلامی به پیشگیری و مهار ایدز» است که به آموزش خانواده‌ها درباره این بیماری از طریق ائمه جماعات و مدارس اسلامی می‌پردازد. رهبران مذهبی اوگاندا مبارزه با ایدز را جهاد اعلام کرده‌اند و آن را نوعی جهاد نفس یا جهاد اکبر دانسته‌اند. فعالیت‌های انجام شده در این زمینه، به عنوان نمونه برتر در سطح دنیا شناخته شده است چنان که نه تنها به کشورهای اسلامی دیگر توصیه می‌شود بلکه در خود اوگاندا نیز به الگویی برای پیروان ادیان دیگر تبدیل شده است و انجمن پزشکان اسلامی اوگاندا کارگاه‌های آموزشی خاصی را برای کشیشان برگزار می‌کند.

خوشبختانه مراجع تقلید محترم و رهبر جمهوری اسلامی ایران نیز فتوای راهگشایی درباره لزوم ارائه آموزش‌های مربوط به ایدز صادر کرده‌اند و رهنمودهایی مستند بر مبانی اسلامی در زمینه آموزش، پیشگیری، مراقبت و حمایت از مبتلایان گردآوری شده است که می‌تواند محل رجوع برنامه‌ریزان قرار گیرد (آشنا، ۱۳۸۶). استفاده از پیام‌های مبتنی بر مبانی و دستورالعمل‌های اسلامی از جمله تقوا، روزه‌داری، تشویق به ازدواج سالم، پرهیز از روابط جنسی خارج از حوزه ازدواج، پرهیز از اعمال جنسی به غیر از راه مهملی، پرهیز از نزدیکی در هنگام حیض، عیادت، صدقه، زکات،

پرهیز از سوءظن به افراد، پرهیز از تمسخر و بسیاری موارد دیگر، در کنار بیان حقایق و راهکارهای علمی در مورد ایدز باعث می‌شود رویکرد ما منطبق با فرهنگ مذهبی غالب کشور باشد.

آنچه اثربخشی آموزش‌ها را افزایش می‌دهد، استفاده از مجاری مختلف ارتباطی و مداخلات هماهنگ برای ترویج است (kirby, 2007; Vaughan, 2000). لازم است سازمان‌های مختلفی که با نوجوانان سر و کار دارند در این زمینه اقدام کنند. نظام آموزش و پرورش و سپس صداوسیما به دلیل دسترسی بلندمدت و گسترده به کودکان و نوجوانانی که در حال یادگیری و شکل دادن به ارزش‌ها، نگرش‌ها و مهارت‌های خود هستند، بیش از هر نهاد رسمی دیگری امکان آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز و اعتیاد را دارند. البته تقویت و تأکید بر این آموزش‌ها از سوی نهادهای دیگر بویژه خانواده نیز لازم است تا محیطی محافظت‌کننده و توانمندساز برای کودکان و نوجوانان فراهم شود. در آموزش‌های بدون، مداخله‌هایی که هر سه جزء اطلاعات، انگیزش و مهارت‌های رفتاری را شامل باشند، تأثیر بیشتری در کاهش رفتارهای پرخطر خواهند داشت (smoak, 2006).

بسیاری از راهکارهای آموزشی که برای پیشگیری از ایدز در میان کودکان و نوجوانان کارایی خود را نشان داده‌اند مبتنی بر مهارت‌های زندگی هستند مانند توانایی در برقراری ارتباط انسانی، تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس، توجه به ارزش‌های متعالی، انتقادپذیری، جرئت نقادی و پرهیز از موقعیت‌های خطرناک. مهارت‌های زندگی عبارتند از: توانایی‌هایی که به ما کمک می‌کنند به نحوی مثبت و سازنده رفتار کنیم، خود را با شرایط وفق دهیم و بتوانیم به طور مؤثر و کارا با مشکلات زندگی روزمره روبه‌رو شویم. این مهارت‌ها عبارتند از: خودشناسی، همدلی، مهار فشار روحی (استرس)، مهار احساسات، تفکر انتقادی، تفکر خلاق، حل مسئله، تصمیم‌گیری، برقراری ارتباط مؤثر (بیان کلامی و غیر کلامی، شنیدن، مذاکره کردن، ...) و قاطعیت (یونسکو، ۲۰۰۱). هر چند با افزایش و تداوم آموزش‌ها در طول زمان تأثیر آنها نیز بیشتر خواهد شد (Ross, 2006) حداقلی از هر جزء ذکر شده برای تأثیرگذاری لازم است. آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بسیاری از معضلات اجتماعی مانند اعتیاد، فحشا، خشونت، بزهکاری و بیکاری را کاهش دهد بنابراین برخی آموزش‌های جنسی

بر اساس میزان درک، سن و شرایط جسمی فرزندان لازم است. تعداد رفتارهای جنسی در افرادی که حداقل یک ساعت آموزش‌های انگیزشی دیده‌اند کاهش می‌یابد. مداخله‌هایی که شامل ۶ ساعت آموزش مهارت‌های میان‌فردی یا ۳ ساعت آموزش مهارت‌های شخصی بوده‌اند تأثیر بیشتری در کاهش تعداد شرکای جنسی داشته‌اند همچنین مداخلاتی بیشتر منجر به پرهیز شده‌اند که شامل حداقل ۶ ساعت آموزش درباره HIV و یک ساعت آموزش مهارت‌های فردی بوده‌اند، (smoak, 2006)، همچنین ثابت شده است آموزش‌هایی که فقط مبتنی بر تشویق به پرهیز بوده‌اند، با وجود تأثیر بر باورها در نهایت تأثیری در روند رفتارهای پرخطر نداشته‌اند (O'Reilly, 2006; Underhill, 2007). در ضمن اگر خود نوجوانان (گروه همسان) در اجرای آموزش دخیل باشند تأثیر آن بیشتر از تدریس معلم‌محور خواهد بود (forrest, 2002). به این ترتیب در بسیاری از کشورهای دنیا برنامه‌های گسترده‌ای برای تربیت آموزشگران همسان و مشارکت دادن نوجوانان در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی آموزش‌های پیشگیری از ایدز جریان دارد.

رسانه‌های جمعی نقش مهمی در اطلاع‌رسانی و ایجاد تحول مثبت در نگرش و رفتار مخاطبان دارند و در کشورهایمانند اوگاندا و تایلند که موفق شده‌اند روند افزایش همه‌گیری را معکوس کنند، نقش اساسی ایفا کرده‌اند. بنابراین لازم است دست‌اندرکاران رسانه‌های جمعی مصلحت مردم را به جای سلايق خود در نظر بگیرند و با متخصصان امر در ایجاد رفتارهای سالم در مخاطبان تشریک مساعی کنند. اعلان تعهد ۱۵ رسانه بزرگ جهان در ابتدای سال ۲۰۰۴ و تعهد رسانه‌های جمعی منطقه اروپای شرقی و آسیای میانه که خود پیشگام سرمایه‌گذاری چشمگیری در تولید و پخش محصولات رسانه‌ای درباره ایدز شدند، می‌تواند سرمشق خوبی برای رسانه‌های ما باشد. برنامه‌ریزی جامع، هدفمند، بلندمدت و هماهنگ رسانه‌ای در این زمینه لازم و کارساز خواهد بود.

اثربخشی اطلاع‌رسانی به جوانان از طریق رسانه‌های جمعی نیز در ترویج رفتارهای پیشگیرانه، استفاده از خدمات بهداشتی و رفع انگ و تبعیض از مبتلایان اثبات شده است (underwood, 2006; Bertand, 2006; Sood, 2006; Ross, 2006; Goldstein, 2005; Rahman, 2007; Vidanapathirana, 2005) حتی اطلاع‌رسانی‌هایی که شامل

تبلیغ مصرف کاندوم در کنار سایر پیام‌ها بوده است، بیش از آنکه موجب ترغیب جوانان به مصرف کاندوم شود موجب افزایش پرهیز از رابطه جنسی شده است (ارایی، ۲۰۰۶). طبق پژوهش‌های داخلی نیز تلویزیون منبع اصلی اطلاعات مردم است و باید بیش از پیش به اطلاع‌رسانی درباره انتقال HIV از راه تماس جنسی بپردازد (مرکز تحقیقات، ۱۳۸۵). هر چه مخاطبان بیشتر در معرض پیام قرار گیرند، تأثیر پیام نیز بیشتر خواهد شد (sood, 2004). رویکردهای جدید در ارتباطات، مقدار مناسب پوشش رسانه‌ای را برای تأثیر بر رفتار، این گونه توصیه می‌کنند که پیام‌ها دست‌کم روزی ۶ بار، به مدت سه تا شش هفته و در طول سال ۶-۷ بار تکرار شوند (Hosein, 2005). متأسفانه در کشور ما در مورد پیام‌های بهداشتی تاکنون به این توصیه عمل نشده است. البته لزومی ندارد رسانه‌های جمعی در تبلیغات و آموزش‌های خود وارد جزئیات روابط جنسی و دیگر مسائل حساس شوند (که به احتمال زیاد مضر است (collins, 2004) مگر آنکه بلافاصله خطر مربوط را به نحوی برجسته گوشزد کنند. اما ضرورت دارد زمینه فرهنگی و اجتماعی برای ارائه این گونه آموزش‌های جزئی را در محیط‌های آموزشی و اجتماعی (بخصوص خانواده‌ها) فراهم کنند و مقاومت اجتماعی را برای سکوت در این باره بشکنند (Geary, 2007). ضمن آنکه از سوی دیگر نیز ترجیح بر این است به شیوه‌های غیر مستقیم مهارت‌های زندگی را آموزش دهند. در این باره تجربه‌های موفق در سراسر دنیا وجود دارد (UNAIDS, 2004). برای مثال می‌توان به نسخه بومی مجموعه عروسکی «سزای استریت» در افریقای جنوبی اشاره کرد که پذیرش و دوستی با کودکان مبتلا به ایدز را به سایر کودکان می‌آموزد، یا سریال پلیسی «کارآگاه ویجی» در هندوستان و سریال «مردم عادی» در چین که مجموعه‌هایی پربیننده درباره ایدز هستند و برنده جوایز مختلفی هم بوده‌اند. در این زمینه نیز استفاده ترکیبی از رادیو، تلویزیون و سایر رسانه‌ها ارجح است هر چند به نظر می‌رسد تلویزیون جزء ضروری است و رادیو به تنهایی کافی نیست (Ross, 2006; Underwood, 2006) در ضمن ارتباط رسانه‌ای بهتر است در کنار و مکمل ارتباط چهره به چهره و مبتنی بر جامعه محلی باشد (williams, 2006) (Delgaso, 2007) زیرا هر کدام ممکن است بر گروه‌های مختلف اثر بگذارند (Boulay, 2006). اطلاع‌رسانی و آموزش باید در طول زمان تداوم یابد

(Goldstein, 2005; Sood, 2004).

اوگاندا که طی دهه ۹۰ میلادی با فعالیتهای گسترده رسانه‌ای و آموزشی آمار مبتلایان به HIV و رفتارهای مخاطره‌آمیز را کاهش داده بود (WHO, 2000) به چند دلیل در اوایل دهه جاری با افزایش تعداد مبتلایان جدید مواجه شد (shafer, 2006). نخست، ورود نسل تازه‌ای به عرصه روابط جنسی که باید مانند نسل قبل در معرض پیام‌های گسترده قرار می‌گرفت و دلیل دیگر تأکید بیشتر پیام‌های دوره جدید بر پرهیز و وفاداری به جای توجه به مسائل جامع‌تر. در طراحی مداخلات رسانه‌ای، توافق و تعامل بین‌سازمانی نتیجه بهتری خواهد داشت (wood, 2006). رسانه‌های جمعی نقش بسیار مهمی در تغییر سیاست‌ها و افکار عمومی برای ایجاد محیط حمایتی و توانمندسازی در پیشگیری از HIV ایفا می‌کنند برای مثال مجموعه تلویزیونی «سول سیتی» در افریقای جنوبی در سری چهارم خود به موضوع خشونت خانگی پرداخت که طی آن شخصیت داستان که معلمی محترم بود، زن خود را آزار می‌داد. پس از نمایش این مجموعه فشار حمایتی شهردار و شبکه ملی مبارزه با خشونت علیه زنان موجب اجرای فوری قانون خشونت خانگی در سال ۱۹۹۹ شد. نهادهای دولتی اذعان کردند که فعالیت آنها متأثر از بسیج رسانه‌ای بوده است (UNAIDS, 2004). در این مثال، رسانه موجب تثبیت زمینه‌های نو و مبارزه با عرف اجتماعی کهنه شد البته با روشی که به جای منجر کردن مخاطبان، آنان را به خود جلب کرد.

برجسته‌سازی دغدغه‌های مردم و کارشناسان سلامت، به نحوی که مسئولان را وادار به پاسخگویی و اقدام کند، کاری است که تنها از عهده رسانه‌ها برمی‌آید. خوشبختانه در این زمینه نیز تجربیات خوبی در سایر کشورها وجود دارد که می‌تواند مورد بهره‌برداری قرار گیرد. پاسخ کلان و مؤثر به ایدز بسیار پرهزینه است و تاکنون منابع کمی در این راه سرمایه‌گذاری شده است به همین دلیل HIV یا ایدز باید در اولویت رسانه‌ها قرار گیرد. رسانه‌ها نقش حیاتی در تشویق رهبران و سیاستگذاران به جدی گرفتن این همه‌گیری و تأمین منابع لازم برای پشتیبانی برنامه‌های درمان و پیشگیری دارند. در این زمینه می‌توان یک چرخه هم‌افزایی ایجاد کرد: هر چه مسئولان بیشتر درباره ایدز خبر ببینند و بشنوند، منابع بیشتری به راهبردهای ضد ایدز اختصاص می‌دهند و اخبار بیشتری درباره ایدز تولید می‌شود در نتیجه پوشش رسانه‌ای ایدز بیشتر

می‌شود و هوشیاری عمومی افزایش می‌یابد که این باز به نوبه خود موضوع را در زمره اولویت‌های مسئولان قرار می‌دهد. برای مثال از سال ۱۹۹۶ صداوسیما اسپانیا (RTVE) تلاش کرده است بحث درباره این ویروس در حوزه افکار عمومی باقی بماند و با پخش سالانه دو ماه برنامه‌های ویژه، به صورت فزاینده تا روز جهانی ایدز، نسبت به بالا بردن هوشیاری عمومی اقدام کند.

نکته آخر اینکه مداخلات ارتباطی نسبت به سایر اقدامات هزینه کمتر و اثربخشی بیشتری دارند (Hutchinson, 2006) یعنی با افزایش ابعاد طرح‌های آموزش و اطلاع‌رسانی، هزینه‌های مربوط، نسبت به منافع ایجاد شده کاهش چشمگیری می‌یابد (marseille, 2007).

برخی از صاحب‌نظران معتقدند اگر مردم بدانند رسانه به سلامت آنان بیش از مصلحت‌های خود اهمیت می‌دهد اعتمادشان به رسانه ملی در سایر زمینه‌ها نیز افزایش می‌یابد (معقول، ۱۳۸۶) اگر نمی‌خواهیم در آینده افسوس فرصت‌های از دست رفته را بخوریم باید غفلت، انکار، سکوت، انگ و تبعیض را کنار بگذاریم.

نتیجه‌گیری

در مقابله با یک بحران رو به رشد باید هر ابزاری را که در دسترس قرار دارد، به کار برد. HIV یا ایدز دومین همه‌گیری گسترده‌ای است که بشر تاکنون شاهد بوده و سریع‌تر و بیشتر از هر بیماری دیگر گسترش یافته است. در حال حاضر ایدز بزرگ‌ترین مانع توسعه به شمار می‌رود. رسانه‌های جمعی بیشترین دسترسی و نفوذ را بر مردم و بویژه جوانان دارند که آینده‌ساز و محور هر اقدام موفق هستند. این سازمان‌های مقتدر در مبارزه با ایدز باید از راه آموزش، هوشیارسازی و بسیج اجتماعی فعال‌تر شوند.

بیش از ۵۰ تا ۷۰ درصد مردم اطلاعات خود را درباره ایدز از صداوسیما کسب می‌کنند و رسانه‌ها نقشی محوری در مبارزه با این بیماری دارند. اغلب گفته می‌شود آموزش، واکسن HIV است. بسیاری از سازمان‌های رسانه‌ای در سطح بین‌المللی، درگیر تلاش جهانی از طریق ارتقای آگاهی از ویروس ایدز و آموزش مخاطبان درباره حقایق همه‌گیری و روش‌های متوقف کردن آن هستند. روشن است که سازمان‌های

رسانه‌ای سهم عمده‌ای در آموزش و توانمندسازی افراد برای پرهیز از ابتلا به HIV دارند اما انجام این امر با حداکثر کارایی نیازمند فهم درستی از چالش‌ها و موانع آموزش موثر و گسترده پیشگیری از HIV است. خوشبختانه اکنون در کشور ما شواهد علمی و مبانی مذهبی و فرهنگی کافی برای فعال‌تر شدن برنامه‌سازان، مدون و فراهم شده است و دلایل روشنی مبنی بر اثربخشی برنامه‌ها و نداشتن عوارض منفی (در صورت انسجام و جامعیت پیام‌ها) وجود دارد. با توجه به تهدیدات جدی پیش رو جای آن دارد که سیاستگذاران و برنامه‌سازان بیش از گذشته به این موضوع بپردازند. در نهایت در حوزه این فعالیت‌ها پیشنهادها را می‌توان به سازمان صداوسیما (و سایر رسانه‌های جمعی) ارائه داد:

- انجام پژوهش‌های متنوع و گسترده به منظور مخاطب‌شناسی و پیش‌آزمون و ارزیابی تأثیر پیام‌ها و برنامه‌های رسانه‌ای در زمینه این بیماری در سطوح ملی و استانی.
- همکاری مؤثر میان‌بخشی در قالب کمیته کشوری ایدز و زیر کمیته اطلاع‌رسانی و آموزش به منظور تدوین سیاست‌ها، راهکارها و برنامه‌های هدفمند کوتاه مدت و بلند مدت رسانه ملی.
- شفاف و مدون کردن سیاست‌های رسانه‌ای و توافق مسئولان بخش‌ها و شبکه‌های مختلف رسانه در مورد محتوا و محدوده اطلاع‌رسانی درباره ایدز در هر برنامه و شبکه.
- تربیت نیروهایی در بدنه تولید سازمان برای برنامه‌سازی درست و مؤثر در این زمینه و برگزاری جلسات منظم برای مدیران میانی سازمان به منظور اولویت دادن به موضوع ایدز.
- توجه جدی به اصل تقویت پیام از شبکه‌های مختلف و تداوم و تکرار پیام‌ها در طول زمان (چندین سال).
- همکاری با رسانه‌های کشورهای اسلامی به منظور تبادل تجربیات و شراکت در تولید و پخش.
- مشارکت دادن نوجوانان در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها و بسیج‌های اطلاع‌رسانی.

منابع فارسی:

۱. آشنا، حسام‌الدین (۱۳۸۶) ما روحانیون برای مواجهه با ایدز چه می‌توانیم بکنیم؟ تهران: یونیسف.
۲. زمانی، امید (۱۳۸۵) نگاه رسانه‌ای به اچ.آی.وی و ایدز؛ راهنمایی برای مدیران، کارشناسان و دست‌اندرکاران رسانه‌های جمعی، شورای سیاست‌گذاری سلامت صداوسیما و دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل متحد.
۳. معقول، روح‌الله (۱۳۸۶) ارزیابی نقش مدیریت رسانه ملی در کنترل و پیشگیری از ایدز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد ارتباطات، دانشکده صداوسیما.
۴. نظرسنجی از مردم تهران درباره ایدز (۱۳۸۵) مرکز تحقیقات سازمان صداوسیما.

منابع انگلیسی:

1. UNAIDS (2006) **AIDS epidemic update.**
2. Bertand, J.T. etal (2006) **Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS – reated behaviors in developing countries.** Health Education Research, 21 (4).
3. Collins, R. L. etal (2004) **Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior.** Pediatrics, 114 (3).
4. Wood, D. (2006) **Mass media campaigns on HIV: a coordinated approach.** AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference: Abstract no. CDD 0014.
5. Ross David & Dick Bruce and Ferguson Jane (2006) **Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people** (WHO technical report series, no. 938).

6. Delgado, H.M. & Austin, S.B. (2007) **Can media promote responsible sexual behaviors among adolescents and young adults?** Current opinion in Pediatrics, 19 (4).
7. Drain, P.K. et al (2006) **Male circumcision, religion, and infectious diseases: an ecologic analysis of 118 developing countries.** BMC Infectious Diseases 6.
8. Forrest, S. & Strange, v. & Oakley, A. (2002) **The RIPPLE team a comparison of student evaluations of a peer – delivered sex education programme and teacher – led programme, "Sex Education, 2(3).**
9. Geary, C.W. et al (2007) **MTV's "staying alive" global campaign promoted interpersonal communication about HIV and positive beliefs about HIV prevention aids education and prevention 19(1).**
10. Goldstein, S. & Usdin, S. & Scheepers, E. and Japhet, G. (2005) **Communicating HIV and AIDS, What Works? A Report on the Impact Evaluation of Soul City's Fourth Series.** Journal of Health Communication,10:5.
11. Hasnain, M. et al (2005) **Influence of religiosity on HIV risk behaviors in active injection drug users.** AIDS Care 17(7).
- 12.(2000) **Health, A key to prosperity, success stories from developing countries.**
13. Hosein, E. (2005) **Manual for planning Communication for – Behavioural Impact (COMBI) Programmes for Health.** World Health Organization.
14. Hutchinson, P. & Wheeler, J. (2006) **The cost – effectiveness of health communication programs, what do we know?** Journal of health communication, 11.
15. Williams, J. R. (2006) **The red ribbon question mark campaign:**

tying mass media to community mobilization. Poster Exhibition: The XV International AIDS Conference, Abstract no.

16. Johnson, B.T. et al (2003) **Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents 1985-2000.** Arch Pediatr Adolesc Med, 157.

17. Kagee, A. et al (2005) **HIV prevalence in three redominantly Muslim residential areas in the Cape Town metropole** S Afr Med. 95.

18. Kirby, D.B. et al (2007) **Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the world:** Journal of Adolescent Health 40.

19. Lagarde, E. et al (2000) **Religion and protective behaviours towards AIDS in rural Senegal.** AIDS, 14.

20. unesco (2001) **Life skills in nonformal education, review.**

21. Boulay, M. G. et al (2006) **The complementary roles of mass media and community – based communication channels for promoting condom use among men and women in Ghana.** Poster Exhibition: The HIV, International AIDS Conference: Abstract no.

22. Marseille, E. et al (2007) **HIV prevention costs and program scale: data from the pancea project in five low and middle – income countries** BMC Health Services Research 7.

23. Mohammadi, M.R. et al (2006) **Reproductive Knowledge, Attitudes and Behavior Among Adolescent Males in Tehran, Iran.** International Family Planning Perspectives, 32(1).

24. Montazeri, A. (2005) **Aids knowledge and attitudes in Iran: results from a population – based survey in Tehran.** Patient Education and Counselling (57).

25. O'Reilly, K. & Medley, A. & Dennison, J. & Sweat, M.(2006)

Systematic review of the impact of abstinence – only programmes on risk behavior in developing countries (1990-2005). Oral abstract session: AIDS 2006- HIV International AIDS Conference: Abstract no.

26. (DHS) Ministry of health and medical education (2000) **Population and health in the Islamic Republic of Iran.**

27. Rahman, M. S. & Rahman, M. L. (2007) **Media and education play a tremendous role in mounting AIDS awareness among married couples in Bangladesh.** AIDS Research and Therapy 4.

28. Shafer, L. A. et al (2006) **HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts, evidence from a rural population cohort 1989-2005 and from ANC surveillance.** Sixteenth International AIDS Conference, Toronto, abstract ThLB0108.

29. Smoak, N.D. et al (2006) **Sexual Risk Reduction Interventions Do Not Inadvertently Increase the Overall Frequency of Sexual Behavior.** A Meta – analysis of 174 Studies With 116, 735 Participants J Acquir Immune Defic Syndr 41(3).

30. Sood, S. & Nambiar, D. (2006) **Comparative cost – effectiveness of the components of a behavior change communication campaign on HIV/AIDS in North India.** Journal of health communication, 11.

31. Sood, Suruchi And Sengupta, Manisha (2004) **More is More! The Dose – Effect Relationship Between HIV/AIDS – Related Mass media Exposure and HIV/AIDS knowledge and Behavior Outcomes.** Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, New Orleans Sheraton, New Orleans, LA.

32. Tavoosi, A. & Zaferani, A. & Enzevaei, A. & Tajik, P. and Ahmadinezhad, Z. (2004) **knowledge and attitude towards HIV/AIDS**

among Iranian students. BMC Public Health. 4 (17).

33. UNAIDS (2004) **The media and HIV/AIDS: making the difference.**

34. Underhill, k. & Montgomery, P. & Operario, D. (2007) **Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review.** BMJ 335.

35. Underwood, C. etal (2006) **Reducing the risk of HIV transmission among adolescents in Zambia: Psychosocial and behavioral correlates of viewing a risk – reduction media campaign.** Journal of Adolescent Health, 38(55).

36. Vaughan, P.W. & Rogers, E. M. & Singhal, A. & Swalehe, R. M. (2000) **Entertainment education and HIV/AIDS prevention, a field experiment in Tanzania J Health Commun, 5.**

37. Vidanapathirana, J. & Abramson, M. J. & Forbes, A. & Fairley, C. (2005) **Mass media interventions for promoting HIV testibg.** Cochrane Database Syst Rev.

