

## نقش رسانه‌ها در پیشگیری از بیماری‌ها

دکتر علی رمضانخانی\*

شهلا قنبری\*\*

### چکیده

کنترل کمتر از ۱۰ عامل که سلامت افراد را به خطر می‌اندازد (مانند تغذیه نامناسب، فقدان تمرینات بدنی، مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر و الکل) می‌تواند از ۷۰ - ۴۰ درصد مرگ‌های زودرس، یک سوم ناتوانایی‌های حاد و دو سوم ناتوانایی‌های مزمن پیشگیری کند. آگاهی از این عوامل و ترغیب مردم به تغییر رفتارهای پرخطر، عنصر اصلی و عامل مهمی در ارتقای سلامت افراد و بهبود وضعیت سلامتی جامعه است.

استفاده از رسانه‌های جمعی را می‌توان مهم‌ترین جزء از راهبردهای ارتقای سلامت با هدف تغییر رفتارهای پرخطر، برشمرد. از آنجا که رسانه‌های جمعی مهم‌ترین منبع اطلاعات بهداشتی برای جامعه هستند، ضروری است نهادهای بهداشتی و درمانی جامعه، اطلاعات بهداشتی منتقل شده از طریق رسانه‌ها و اثرات آنها را کنترل کنند و با استفاده از فرصت‌ها و رفع موانع، کیفیت و کمیت اطلاعات بهداشتی را بهبود بخشند.

واژه‌های کلیدی: رسانه، ارتقای سلامت، آموزش، رفتارهای پرخطر، پیشگیری.

---

\* معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشیار دانشکده بهداشت.

\*\* کارشناس ارشد مامایی.

## مقدمه

امروزه نمی‌توان خود را از بقیه دنیا جدا کرد. ما در دنیایی زندگی می‌کنیم که از رسانه‌ها اشباع شده است. پیشرفت فناوری‌ها جهان را کوچک کرده و ارتباط جهانی را به امری پیش پا افتاده و معمولی تبدیل کرده است. حدود چهل سال پیش مارشال مک لوهان، به دهکده جهانی اشاره کرد جایی که زمان و فاصله در آن ناپدید شده است (Jones&Jones, 1999: 4).

رسانه در معنای عام آن وسیله نقل و انتقال اخبار، انواع پیام و اطلاعات است. رسانه‌ها در واقع وسایل یا پل‌های ارتباطی بین مرکز پیام و گیرنده آن هستند. رسانه به ابزار سازمان یافته‌ای اطلاق می‌شود که به انتشار حقایق، دیدگاه‌ها و سایر اطلاعات یا سرگرم کردن مخاطبان می‌پردازد مانند مطبوعات، تابلوهای تبلیغاتی شهری، سینما، رادیو، تلویزیون، کتاب، لوح‌های فشرده و .... اما رسانه جمعی به نوعی از رسانه اطلاق می‌شود که بویژه برای تحت پوشش قرار دادن گروه بسیار بزرگی از مخاطبان مانند مردم یک کشور طراحی شده است. این اصطلاح از دهه ۱۹۲۰، با ظهور شبکه‌های ملی رادیو، روزنامه‌های کثیرالانتشار، و مجلات رواج یافت (Wikipedia, 2007).

رسانه‌های جمعی یکنواخت و یکپارچه نیستند بلکه انواع تلویزیون‌های کابلی، شبکه‌ای و محلی، ایستگاه‌های رادیویی عمومی و تجاری، روزنامه‌های با پخش کشوری، هفته‌نامه‌های کوچک و محلی، مجلات ویژه مخاطبان عام یا خاص، ... و فناوری‌های جدید مانند اینترنت را شامل می‌شوند ( office of Disease prevention and Health Promotion and Office for substance Abuse Prevention , 1991: 5).

دنیای اشباع شده از رسانه در حقیقت به چه معناست؟ با نگاهی به زندگی روزمره خود می‌توانیم ببینیم چه میزان از وقت ما با رسانه‌های جمعی پر شده است. در بریتانیا در ۹۸ درصد خانه‌ها، حداقل یک دستگاه تلویزیون وجود دارد و مردم بیش از هر فعالیت دیگری در ساعات فراغت خود از تلویزیون استفاده می‌کنند، اما این تنها یک فعالیت ساده برای گذراندن وقت نیست. تلویزیون علاوه بر سرگرمی، نقش آموزشی و

اطلاع‌رسانی نیز دارد و منبع بسیار معتبر و قابل اعتمادی برای کسب آگاهی از نقاط مختلف دنیاست. بر اساس تحقیقات انجام شده طی سال‌های ۱۹۹۶-۱۹۸۵ در بریتانیا، اولین منبع کسب اطلاعات، تلویزیون بوده است و این در حالی است که اختلاف بین اولین و دومین منبع (یعنی روزنامه‌ها) بسیار چشمگیر است. همچنین روند استفاده از تلویزیون طی این سال‌ها، به عنوان منبع کسب اطلاعات رو به افزایش بوده است (Jones & Jones, 1999: 5-7).

سلامت در جهان امروز نقش حیاتی دارد و هسته اصلی و مرکزی در توسعه پایدار تلقی می‌شود، سلامت جامعه، ارتباط عمیقی با رشد اقتصادی ملی دارد. وضعیت نامطلوب سلامت و بیمارهای قابل پیشگیری از علل عمده فقر و نگرانی در خانواده‌ها هستند. بخش عمده‌ای از بیماری‌های شایع کشورهای در حال توسعه را بیماری‌های عفونی و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه، آلودگی‌های زیست محیطی و عوامل مربوط به سبک زندگی مانند فشارخون بالا، مصرف سیگار، کلسترول بالا، سوء مصرف مواد و چاقی تشکیل می‌دهد. بهترین راهکار پیشگیری و موثرترین روش برای کاهش بیماری‌ها و ارتقای سلامت، آموزش و در نتیجه بهبود رفتار و سبک زندگی معرفی می‌شود و رسانه‌ها بویژه رسانه‌های جمعی، مهم‌ترین منبع برای افزایش آگاهی، تغییر نگرش و توسعه رفتارهای بهداشتی به شمار می‌روند.

### نقش رسانه‌ها در آموزش سلامت

بی‌تردید رسانه‌ها مهم‌ترین منبع اطلاعات بهداشتی برای اغلب مردم هستند. هدف از آموزش سلامت؛ ارتقای سواد بهداشتی (Health Literacy)، اتخاذ رفتارهای سالم و گسترش فرهنگ سلامت در جامعه است. آموزش در حیطه سلامت، از طریق توانمندسازی مردم برای شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و کمک به تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتار و شیوه زندگی سالم، سعی در ارتقای سلامت جامعه دارد (Glanz & Rimer, 2002:8-10). استفاده از رسانه‌های جمعی را می‌توان مهم‌ترین جزء راهبردهای ارتقای سلامت با هدف تغییر رفتارهای پرخطر برشمرد. رسانه‌های جمعی ظرفیت دسترسی و تأثیرگذاری بر میلیون‌ها نفر را به طور همزمان دارند و می‌توانند بر رفتارهای فرد و ارزش‌های جامعه (که فراهم کننده حمایت فردی و محیطی برای حفظ

تغییرات سخت در رفتار هستند) تأثیر بگذارند. همچنین همراه با تغییر مداوم الگوهای ارائه خدمات بهداشتی، رسانه‌های جمعی می‌توانند اطلاعات ارزشمندی درباره انتخاب‌های در دسترس، در اختیار مراجعان قرار دهند.

از آنجا که رسانه‌های جمعی مهم‌ترین منبع اطلاعات بهداشتی جامعه هستند، ضروری است از نظام سلامت، انواع اطلاعات بهداشتی قابل انتقال و اثرات آنها مطلع باشند. همچنین باید فرصت‌ها و موانع موجود در راه بهبود کیفیت و کمیت اطلاعات بهداشتی را (که افراد جامعه از طریق رسانه‌ها دریافت می‌کنند) بشناسند.

از طریق رسانه‌ها می‌توان به حجم زیادی از اطلاعات بهداشتی دست یافت؛ درصد زیادی از اخبار روزنامه‌ها در ارتباط با موضوع سلامت است. سلامت یکی از موضوعات مورد علاقه جوامع امروزی است و انعکاس آن در گزارش‌های پزشکی رادیو و تلویزیون، اخبار و تیترهای رسانه‌های نوشتاری، مصاحبه‌ها و داستان‌های مرتبط در سریال‌ها، نمایشنامه‌ها و سایر برنامه‌های سرگرم‌کننده ملاحظه می‌شود. صاحبان آگهی نیز با اطلاع از علاقه جامعه و با ادعای سلامتی به طور روزافزونی به فروش محصولات خود از طریق رسانه‌ها می‌پردازند ( office of Disease prevention and Health Promotion and office for Substance Abuse prevention, 1991:10).

گسترده‌گی رسانه‌های جمعی باعث خلق جریان نامحدودی از اطلاعات شده است. در این جریان، اشکال گوناگون اطلاعات بهداشتی نیز وجود دارد و بسته به نوع رسانه، مخاطبان تا حد امکان، در معرض جدیدترین و دقیق‌ترین اطلاعات قرار می‌گیرند. نظام سلامت، قدرت رسانه‌های جمعی را در انتشار اطلاعات مربوط به رفتارهای پرخطر بهداشتی و اقدامات پیشگیرانه درک کرده است اما متأسفانه، اهداف این دو نظام مشابه یکدیگر نیست. در نتیجه جامعه در همه موارد از خطرات احتمالی تهدیدکننده سلامت یا اقدامات ممکن برای پیشگیری آگاه نمی‌شود و همه پیام‌های بهداشتی به سادگی درک نمی‌شوند حتی ممکن است برخی پیام‌ها حاوی اطلاعات گمراه‌کننده یا غلط باشند. بسیاری عقیده دارند که امروزه، رسانه‌ها بزرگ‌ترین مریبان جامعه محسوب می‌شوند چنان که هر فرد «تا ۱۸ سالگی، ۳۵۰۰۰۰ آگهی تجاری را مشاهده کرده و در مقایسه با سایر فعالیت‌ها به غیر از خوابیدن، بیشترین زمان را صرف استفاده از رسانه‌ها

کرده است. این اشباع رسانه‌ای نگرانی‌هایی را بویژه در حوزه‌های مربوط به سلامت موجب شده است. تأثیر رسانه‌ها بر سلامت نوجوانان در مورد تغذیه، اطلاعات جنسی، الکل، دخانیات، خشونت و فشارهای روانی جای بحث جدی دارد» ( Yates, 1999:183-185).

### سطوح مختلف پیشگیری از بیماری

پیشگیری از هر نوع بیماری، در چهار سطح طبقه‌بندی می‌شود. این سطوح که براساس مراحل بیماری نام‌گذاری شده‌اند، عبارتند از: پیشگیری مقدماتی، اولیه، ثانویه و ثالثیه. هر چند همه انواع پیشگیری دارای اهمیت و مکمل یکدیگر هستند، پیشگیری‌های مقدماتی و اولیه بیشترین سهم را در رفاه و سلامت جامعه دارند. هدف از پیشگیری مقدماتی، اجتناب از ایجاد و تثبیت آن دسته از الگوهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زندگی است که نقش آنها در افزایش خطر ابتلا به بیماری شناخته شده است. پیشگیری ابتدایی برای هر بیماری عمده‌گیر باید شامل سیاست‌ها و برنامه‌هایی در زمینه تغذیه، سیاست‌های جامع برای منع ترویج مصرف سیگار و برنامه‌های ترویجی در خصوص فعالیت منظم بدنی باشد. روش‌های پیشگیری اولیه، قبل از بیمار شدن فرد به کار گرفته می‌شوند. هدف از پیشگیری اولیه، جلوگیری از بروز بیماری از طریق کنترل علل و عوامل خطر است. برای مثال، اغلب مرگ‌های مرتبط با بیماری‌های قلبی - عروقی در افراد دارای سطح متوسط کلسترول خون (یعنی اکثریت جامعه) اتفاق می‌افتد؛ در این مورد، پیشگیری اولیه وابسته به تغییراتی است که کاهش خطر نسبی در کل جامعه را در پی دارد. عملی‌ترین راه در این زمینه، کاهش سطح کلسترول افراد جامعه است که همراه با انتقال توزیع فشار خون جامعه به سطح پایین‌تر و مداخلات اختصاصی برای افرادی که در معرض خطر بالاتری هستند، راهبرد جامعی را برای پرفشاری خون، سکنه‌ها و بیماری‌های عروق کرونر قلب فراهم می‌کند. در مجموع، پیشگیری اولیه شامل تلاش برای اصلاح عادات بد غذایی، کاهش چاقی، ترویج فعالیت‌های بدنی و کنترل مصرف دخانیات است و دو راهبرد را دربرمی‌گیرد که اغلب مکمل یکدیگر هستند. پیشگیری اولیه می‌تواند با هدف کاهش خطر نسبی، یا بر کل جامعه متمرکز شود (راهبرد جامعه)

یا بر مردمی که به واسطه مواجهه با موارد خاص، در معرض خطر بالاتری هستند (استراتژی خط بالا). بنابراین پیشگیری اولیه، منجر به کاهش بروز و شیوع بیماری می‌شود. تشویق مردم به حفاظت از خود در برابر اشعه ماوراء بنفش خورشید مثالی از پیشگیری اولیه از سرطان پوست است.

پیشگیری ثانویه، بعد از بروز بیماری به کار می‌رود و هدف آن، تشخیص و درمان در مراحل اولیه و کاهش اثرات جدی‌تر بیماری است. در بسیاری از موارد، بیماری قابل درمان است. این سطح پیشگیری شامل اقدامات در دسترس برای مردم به منظور تشخیص اولیه و مداخلات زودرس و فوری است. این اقدامات، طی یک دوره زمانی، از مرحله شروع بیماری تا زمان طبیعی تشخیص آن جریان دارند و هدف آنها کاهش شیوع بیماری است. پیشگیری ثانویه تنها برای بیماری‌هایی کاربرد دارد که در سیر طبیعی خود دارای یک گام اولیه باشند، یعنی زمانی که می‌توان به سادگی بیماری را تشخیص داد و درمان کرد. چون در این صورت است که می‌توان پیشرفت بیماری به مراحل جدی‌تر را متوقف کرد.

هدف از پیشگیری ثالثیه، کاهش پیشرفت یا عوارض بیماری تثبیت شده است و این یکی از جوانب مهم درمان و طب بازتوانی به شمار می‌رود. گروه هدف در پیشگیری ثالثیه افرادی هستند که از قبل نشانه‌های بیماری را بروز داده‌اند. اهداف پیشگیری ثالثیه عبارتند از:

- پیشگیری از صدمه و درد ناشی از بیماری
  - کند کردن روند بیماری
  - پیشگیری از بروز عوارض
  - مراقبت بهتر از بیمار
  - برگرداندن سلامتی به فرد بیمار و توانمند کردن او برای بازگشت به زندگی عادی
  - بهبود تطبیق بیمار با شرایط غیرقابل درمان
- از آنجا که یکی از اهداف اصلی در اقدام علیه بیماری‌های مزمن، پیشگیری از بروز مجدد بیماری است، جدا کردن پیشگیری ثالثیه از درمان، در اغلب موارد دشوار است (Skin Cancer ..., 2004; Alwan, 1997:6-16).

### نقش مداخلات مبتنی بر رسانه در کنترل عوامل خطر

پیشگیری اولیه می‌تواند مشکلات قدیمی سلامت مانند بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه را در سطح جهان کاهش دهد؛ هر چند این کار در هر شرایطی عملی نیست و گاه حتی با جدی‌ترین تلاش‌ها نیز نمی‌توان از تمام بیماری‌های حاد و سوانح جلوگیری کرد. شهرنشینی، زندگی ماشینی، خشونت محلی و جنگ باعث افزایش مرگ و میر و عوارض ناشی از این سبک زندگی بویژه در جوانان شده است. جامعه معاصر با چالش‌های متفاوت و جدیدی روبه‌رو شده است و نیاز به راهبردهای جدیدی برای پیشگیری اولیه و ثانویه دارد (Anderson et al, 2006 : 835). کنترل کمتر از ۱۰ عامل خطر (مانند تغذیه نامناسب، فقدان تمرینات بدنی، مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر و الکل) می‌تواند از ۴۰ تا ۷۰ درصد مرگ‌های زودرس، یک سوم ناتوانایی‌های حاد (معلولیت‌ها) و دو سوم ناتوانایی‌های مزمن پیشگیری کند. هر چند عوامل بسیاری بر رفتارهای بهداشتی موثرند، ترغیب مردم به کسب آگاهی و تغییر رفتارهای پرخطر عامل مهمی در ارتقای سلامت افراد و بهبود وضعیت سلامتی جامعه است (office of Disease prevention and Health promotion and office for substance Abuse Prevention, 1991:5).

طی ۳۰ سال گذشته در بسیج‌های مربوط به سلامت، از انواع رسانه‌ها (شامل روزنامه‌های تجاری، مجلات، رادیو، تلویزیون و اخیراً اینترنت) برای انتقال پیام‌های بهداشتی به جامعه استفاده شده است. انگیزه محققان و مجریان بسیج‌های سلامت در استفاده از رسانه‌های تجاری (در هر دو بخش اخبار و سرگرمی) ریشه در پژوهش‌های مداومی داشت که رسانه‌های جمعی را اولین منبع اطلاعات بهداشتی مشتریان اعلام می‌کرد. در حالی که نقش رسانه‌های جمعی تجاری آموزش جامعه نبود، برخی مداخلات بسیج سلامت (مانند ترک سیگار و پیشگیری از بیماری‌های قلبی) موفقیت همکاری با رسانه‌های جمعی انتفاعی و غیرانتفاعی را به اثبات رساندند (Logan, 2004:1147) و در سطوح مختلف پیشگیری کاربردهای موثری ارائه دادند. در ادامه نمونه‌هایی از مداخلات مبتنی بر رسانه در ارتقای سلامت جامعه و نتایج به دست آمده ذکر می‌شود.

## فعالیت بدنی

مداخلات رسانه‌ای در زمینه فعالیت بدنی، طیف وسیعی از مواد نوشتاری، دیداری و شنیداری را دربرمی‌گیرد که از طریق نشریات و برنامه‌های رادیو تلویزیونی انتشار می‌یابند و به منظور تغییر رفتار طراحی و اجرا می‌شوند. فناوری‌های جدید اطلاعاتی این امکان را فراهم ساخته‌اند که مواد چاپی، متناسب با خصوصیات فردی مخاطبان و در شکل‌بندی‌های جذاب (با اثر بخشی بالاتر) تهیه و ارائه شوند (Marcus et al, 1998:362). فعالیت منظم بدنی فواید کوتاه مدت و بلند مدتی برای سلامتی انسان دارد (مانند کنترل وزن، سطح پایین‌تر فشارخون، سلامت استخوان و سلامت روانی) (Finlay & Faulkner, 2005: 121). در یک مقاله مروری\* با بررسی ۲۸ پژوهش درباره مداخله‌های مبتنی بر رسانه در خصوص فعالیت بدنی، مشخص شد که یادآوری پیام‌های ارائه شده از طریق رسانه‌های جمعی بسیار زیاد بوده اما بسیج‌های اطلاع‌رسانی تأثیر اندکی بر پرداختن به فعالیت‌های بدنی داشته است. مداخلاتی که با استفاده از مواد چاپی (با تلفن یا بدون آن) صورت گرفته، بر تغییر رفتار در کوتاه مدت موثر بوده است. اما مطالعاتی که در آنها تعداد تماس‌ها بیشتر بوده و مداخلات، متناسب با گروه هدف طراحی شده تأثیر بیشتری داشته‌اند. نکته کلیدی در مداخلات رسانه‌ای در مورد فعالیت بدنی، تحت پوشش قرار دادن گروه‌های محروم یعنی کسانی است که دسترسی آن بویژه به اشکال جدید فناوری ارتباطی، محدود است (Marcus et al, 1998:362). با مطالعه دیگری که در خصوص مداخلات مبتنی بر رسانه در زمینه فعالیت بدنی از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۴، انجام گرفت، مشخص شد که در ۵ مطالعه، شواهدی دال بر تأثیر طرح در افزایش فعالیت بدنی وجود داشت، در یک مطالعه، تأثیری بر افزایش فعالیت بدنی مشاهده نشد که این نتیجه با توجه به تغییر نیافتن میزان دانش شرکت‌کنندگان، دور از انتظار نبود. البته این مطالعه طولانی‌ترین زمان را بین ارزیابی اولیه و نهایی به خود اختصاص داده است. برعکس، مایلز و همکاران (۲۰۰۱) اعلام کردند که متعاقب

---

\* مقاله مروری یا تحقیق مروری مطالعه‌ای است که براساس گردآوری داده‌ها و بحث بر روی اطلاعات جمع‌آوری شده در پژوهش‌های انجام‌شده از سوی دیگر محققان صورت می‌گیرد و نتایج آن در قالب یک مقاله ارائه می‌شود.



ارزیابی نهایی، ۱۹ درصد از شرکت‌کنندگان از «غیرفعال» به «فعال» تبدیل شده‌اند. بیش از یک چهارم شرکت‌کنندگان در مطالعه باومن و همکاران (۲۰۰۱) نیز از سطح فعالیت «ناکافی» به حد «مناسب» رسیده بودند. به طور کلی، هشت مطالعه اخیر از تأثیر رسانه‌های جمعی در به خاطر سپاری پیام‌های مربوط به فعالیت بدنی در کوتاه مدت و (به میزان کمتر) تغییر در میزان آگاهی از فعالیت بدنی در گروه‌های جمعیتی خاص حمایت کرده‌اند. همچنین تغییراتی در فعالیت بدنی شرکت‌کنندگان در برخی زیر گروه‌ها به وجود آمد، هر چند نتیجه‌گیری قطعی مورد تردید است (Finlay & Faulkner, 2005:121-130).

به منظور تعیین تأثیر بسیج اطلاع‌رسانی بر میزان فعالیت بدنی کودکان ۱۳-۹ ساله، یک مطالعه نیمه تجربی آینده‌نگر در امریکا طراحی و اجرا شد. بررسی پایه، از آوریل تا ژوئن ۲۰۰۲، پیش از تبلیغات پروژه VERB صورت گرفت. در این پروژه که یک بسیج چند قومیتی بود، ترکیبی از تبلیغات تجاری و برنامه‌های ارتقای سلامت در مدارس و جامعه و فعالیت‌های اینترنتی برای تشویق کودکان ۱۳-۹ ساله برای انجام روزانه فعالیت‌های بدنی به کار گرفته شد. این پروژه از ژوئن ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳ از سوی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) در سراسر کشور به اجرا در آمد که طی آن، با استفاده از روش‌های بازاریابی تجاری، فعالیت بدنی به عنوان یک فعالیت سالم، شادی بخش و فرصتی برای گذراندن اوقات خوش با دوستان؛ معرفی شد. در آوریل ۲۰۰۳ (یک سال پس از اجرای پروژه) ۳۱۲۰ زوج والد-کودک از طریق تلفن مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این بررسی، میزان آگاهی کودکان از بسیج و تخمین آنان از مدت فعالیت بدنی در ساعات استراحت و جلسات منظم فعالیت بدنی در اوقات فراغت خارج از مدرسه، در طول یک هفته گذشته (قبل از مصاحبه) مورد سنجش قرار گرفت. پس از یک سال، ۷۴ درصد کودکان از پروژه VERB آگاهی داشتند. میزان جلسات گزارش شده فعالیت بدنی در ساعات فراغت برای کودکان ۱۳-۹ ساله افزایش یافته بود. یک الگوی اثربخشی در طول دو اندازه‌گیری برای کودکان کوچک‌تر (۱۰-۹ ساله) دختر، کودکانی که تحصیلات والدین آنها کمتر از دبیرستان بود، کودکان ساکن مناطق پرجمعیت شهر و کودکانی که در بررسی پایه فعالیت بدنی کمتر داشتند، مشاهده گردید. این زیر گروه‌ها بیش از سایر کودکانی که از پروژه VERB آگاهی نداشتند، در

اوقات فراغت بین هفته، در جلسات فعالیت‌های بدنی شرکت می‌کردند و هر چه سطح آگاهی آنان از پروژه بیشتر می‌شد، میزان این شرکت نیز افزایش می‌یافت. به طور متوسط کودکان مطلع از پروژه، ۳۴ درصد بیشتر از کودکان بی‌اطلاع در اوقات فراغت بین هفته در فعالیت‌های بدنی شرکت کرده بودند. اثربخشی پروژه بر جلسات منظم فعالیت‌های بدنی، فقط در کودکانی که طی بررسی پایه در گروه غیر فعال طبقه‌بندی شده بودند، مشاهده شد. این بررسی نشان داده است پروژه VERB به میزان بالایی از آگاهی پس از یک سال دست یافته و میزان بالاتر فعالیت بدنی در برخی زیر گروه‌های کودکان در ایالات متحده گزارش شده است. نتیجه آنکه ترغیب کودکان به فعالیت بدنی، با استفاده از تبلیغات تجاری کودک محور، شیوه مؤثری است (Huhman et al, 2005:277-284).

### سیگار

یکی از موارد قابل پیشگیری مرگ و میر ناشی از مصرف سیگار است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) سالانه حدود ۳ میلیون نفر در سراسر جهان، جان خود را در اثر کشیدن سیگار از دست می‌دهند و پیش بینی می‌شود در سال‌های ۲۰۳۰ - ۲۰۲۰، این رقم به ۱۰ میلیون نفر در سال افزایش یابد. در کشورهای در حال توسعه ۷۰ درصد مرگ‌ها ناشی از استعمال دخانیات است. در نتیجه پیشگیری از مصرف سیگار یکی از مهم‌ترین ماموریت‌های سازمان بهداشت محسوب می‌شود. استعمال دخانیات در بین جوانان می‌تواند هزینه خدمات بهداشتی را افزایش دهد. بر اساس آمار مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، در ایالات متحده، درصد جوانان سیگاری از ۲۷/۵ درصد در سال ۱۹۹۱ به ۴۲/۷ درصد در سال ۱۹۹۷ رسیده است. براساس نتایج مطالعات قبلی، میزان شیوع مصرف سیگار در نوجوانان ۱۹-۱۲ ساله از ۱۹ درصد تا ۴۲/۸ درصد متغیر است و سیگار کشیدن در بین مردان بیش از زنان مشاهده می‌شود (Tsai et al, 2005:171-172).

تبلیغات تلویزیونی ضد سیگار، مهم‌ترین جزء از برنامه‌های جامع کنترل مصرف سیگار هستند که به منظور مقابله با اثرات سیگار و ترویج پیام‌های سلامتی در یک ایالت، منطقه یا جامعه طراحی می‌شوند. این تبلیغات ممکن است علاوه بر تشویق به

ترک سیگار، احتمال شروع سیگار کشیدن را نیز کاهش دهند. همچنین تأثیر مهمی بر حمایت جامعه از کنترل تنباکو خواهند داشت. در یک بررسی، ارتباط بین مواجهه با تبلیغات ایالتی ضد تنباکو و ترک سیگار مورد مطالعه قرار گرفت. میزان ترک سیگار در سال ۲۰۰۱، در بین یک گروه ۲۰۶۱ نفری از افراد سیگاری (که در برنامه «تلاش برای ترک سیگار» در سال‌های ۱۹۹۳ - ۱۹۸۸ شرکت داشتند و مطالعه پیگیری سال ۲۰۰۱ را کامل کرده بودند) با اطلاعات مطالعه نیلسن درباره مواجهه با تبلیغات تلویزیونی ادغام شد. میزان ترک سیگار به ازای هر ۵۰۰۰ بار مواجهه با تبلیغات دولتی ضد سیگار در طول دوره ۲ ساله، ۱۰ درصد افزایش یافت، هر چند این موضوع از نظر آماری کاملاً معنی‌دار نبود. این همراهی در کسانی که افزایش آگاهی آنان از خطرات کشیدن سیگار در سال‌های ۲۰۰۱ - ۱۹۹۳ «بسیار زیاد» گزارش شده بود، بسیار بیشتر مشاهده می‌شد ( $RR= 1/19, 95\% CI=1/03-1/38$ ). این یافته‌ها نشان می‌دهند که افزایش مواجهه با تبلیغات ضد دخانیات موجب افزایش میزان ترک سیگار می‌شود (Hyland et al, 2006:296-302).

بررسی اسناد نشان می‌دهد تبلیغات ضد سیگار می‌تواند در کاهش مصرف آن در جوانان موثر باشد. تبلیغات ضد سیگار جزء مهمی از برنامه‌های کنترل دخانیات در ایالات متحده است که با کاهش شیوع مصرف سیگار در جوانان و بزرگسالان ایالت‌هایی که این تبلیغات در آنها انجام شده، همراه بوده است. در استرالیا نیز استفاده از تبلیغات ضد سیگار از اوایل دهه ۱۹۸۰ از اقدامات مهم در کنترل دخانیات بوده است. این تبلیغات که اخیراً با استفاده از طرح‌های گرافیکی نتایج زیان بار سیگار را به نمایش می‌گذارد، باعث افزایش آگاهی عمومی و پاسخ مثبت در هر دو گروه جوانان و بزرگسالان شده است. در بریتانیا نیز برنامه‌های کنترل دخانیات با استفاده از تبلیغات ضد سیگار به موفقیت‌هایی نایل شده است (Wakefield et al, 2003).

به منظور بررسی ارتباط بین تماشای تبلیغات تلویزیونی مربوط به پیشگیری از مصرف سیگار با عقاید، تمایلات و رفتارهای جوانان در مورد سیگار، پژوهشی با استفاده از اطلاعات درجه‌بندی شده ۷۵ بنگاه تبلیغاتی در امریکا انجام پذیرفت. در این بررسی متوسط مدت مواجهه با تبلیغات شرکت‌های دخانیات در زمینه پیشگیری از مصرف سیگار برای ۲ گروه هدف جوانان و والدین مورد سنجش قرار گرفت. این

اطلاعات، با اطلاعات کشوری بررسی دانش‌آموزان ( $n = 103172$ ) که سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۲ جمع‌آوری شده بود، ادغام گردید و مدل‌های رگرسیون چند متغیره برای عوامل فردی، جغرافیایی و شیوه زندگی مرتبط با مصرف سیگار و تبلیغات تلویزیونی ضد سیگار به کار گرفته شد. نتایج نشان داد ارتباط کمی بین مواجهه جوانان با تبلیغات شرکت‌های دخانیات و پیامدهای مصرف سیگار وجود دارد. در بین جوانان کلاس‌های ۱۰ و ۱۲، در طول ۴ ماه منتهی به اجرای بررسی، به طور متوسط، تماشای هر تبلیغ اضافی تهیه شده از سوی شرکت‌های دخانیات برای گروه هدف والدین، با درک کمتر ضرر ناشی از مصرف سیگار ( $OR = 0/93$ ؛  $CI = 0/88 - 0/98$ )، پذیرش قوی‌تر سیگار ( $OR = 1/11$ ؛  $CI = 1/03 - 1/20$ )، تمایل بیشتر به کشیدن سیگار در آینده ( $OR = 0/12$ ؛  $CI = 1/04 - 1/21$ ) و افزایش احتمال مصرف سیگار در ۳۰ روز گذشته ( $OR = 1/12$ ؛  $CI = 1/04 - 1/19$ ) همراه بود. محققان نتیجه گرفتند مواجهه با تبلیغات پیشگیری از مصرف سیگار که از سوی شرکت‌های تولید دخانیات برای گروه هدف جوانان تهیه شده است، به طور کلی فایده‌ای برای جوانان ندارد. تماشای تبلیغات تهیه شده برای گروه هدف والدین ممکن است اثرات سویی بر جوانان بویژه جوانان کلاس ۱۰ و ۱۲ داشته باشد (Wakefield et al, 2006 : 2154).

در پژوهش دیگری نتایج مطالعات تجربی در مورد تأثیر تبلیغ و ترویج سیگار، تبلیغات ضد سیگار، نشان دادن محصولات دخانی در فیلم‌ها، برنامه‌های تلویزیونی، ویدئو کلیپ‌ها و اخبار مورد بررسی قرار گرفت و نتایج زیر به دست آمد:

- رسانه‌ها در شکل‌گیری و انعکاس ارزش‌های اجتماعی مربوط به مصرف سیگار اثرگذار هستند.

- رسانه‌ها اطلاعات جدید مربوط به سیگار کشیدن را به طور مستقیم در اختیار مخاطبان قرار می‌دهند. رسانه‌ها به عنوان منبع آموزش دیداری، مدل‌هایی را ارائه می‌کنند که نوجوانان ممکن است در صدد تقلید از آنها برآیند.

- مواجهه با پیام‌های رسانه در مورد مصرف سیگار، به طور مستقیم کشیدن یا نکشیدن سیگار را تقویت می‌کند.

- رسانه‌ها بحث‌های بین فردی در زمینه سیگار کشیدن را ترویج می‌کنند.

- رسانه‌ها می‌توانند با مداخلاتی که مانع از سیگاری شدن نوجوانان می‌شود،

تأثیرگذار باشند.

● پیام‌های ضد سیگار رسانه‌ها می‌تواند منجر به طراحی برنامه‌هایی برای سایر تغییرات مورد نیاز در جامعه، ایالت یا کشور شود (Wakefield et al, 2002:2).

### بیماری‌های قلبی - عروقی

با وجود آنکه سکته قلبی سومین عامل مرگ‌ومیر و اولین عامل ناتوانی در افراد بزرگسال است، بسیاری از مردم اطلاع چندانی از علائم یا نشانه‌های این عارضه ندارند. افزایش اطلاعات مربوط به سکته می‌تواند به پیشگیری و درمان این بیماری کمک کند. تلویزیون در اغلب موارد به عنوان منبع اطلاعات جامعه در مورد سکته شناخته می‌شود. در یک مطالعه، تعداد گزارش‌هایی که در اخبار شبانه‌گاهی (ساعت ۱۱) ۱۲۲ ایستگاه محلی، طی اکتبر ۲۰۰۲ در مورد سکته‌های قلبی پخش شده بود، از نظر مفید بودن محتوای اطلاعات (عوامل خطر، علائم و نشانه‌ها، روش‌های موثر درمان یعنی فعال کننده پلاسمینوژن بافتی نوترکیب، آغاز درمان در ۳ ساعت اول پس از شروع علائم و توصیه به تماس با تلفن اورژانس) مورد بررسی قرار گرفت. از ۱۷۹۹ گزارش خبری بهداشتی، تنها ۱۳ گزارش درباره سکته بود و میانگین زمان هر خبر به ۲۴ ثانیه می‌رسید. اخبار مربوط به سکته بیست و دومین عنوان خبری را تشکیل داده بود. تعداد محدودی از گزارش‌ها، حاوی اطلاعات مفیدی درباره پیشگیری و درمان سکته بوده‌اند. محققان چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که گزارش‌های خبری مربوط به سکته تقریباً در میان هیچ یک از نمونه‌ها دیده نشده و گزارش‌های موجود نیز قادر به در اختیار گذاشتن پیام‌های مهمی که بتواند وضعیت پیشگیری و درمان بیماری را ارتقا بخشد، نبوده است. در نتیجه وضعیت را ناامید کننده و هشدار دهنده خوانده‌اند (Pribble et al, 2006: 1556).

آگاهی ضعیف جامعه در مورد علائم هشدار دهنده و عوامل خطر سکته، مانع مداخلات موثر و پیشگیری از این عارضه می‌شود. به منظور بررسی روندهای موقت در آگاهی جامعه نسبت به علائم یاد شده، ۲۱۷۳ نفر از ساکنان سینسیناتی بر اساس مشابهت دموگرافیک با مبتلایان بیماری‌های ایسکمیک قلبی (در زمینه سن، نژاد و جنس) به صورت تصادفی انتخاب شدند و پاسخ آنان در زمینه یادآوری خودبه‌خود

دست کم یک علامت مهم هشدار و یک عامل خطر اثبات شده در مورد سکته، با نتایج تحقیق مشابه در سال ۱۹۹۵ مقایسه شد. در سال ۲۰۰۰، ۷۰ درصد پاسخگویان، دست کم یک علامت هشدار و ۷۲ درصد آنان، یک عامل خطر اثبات شده را نام بردند. این ارقام در مطالعه سال ۱۹۹۵، به ترتیب ۵۷ و ۶۸ درصد بوده است ( $p < .001$ ). گروه در معرض بالاترین خطر را افراد بالای ۷۵ سال، سیاه پوستان و مردانی تشکیل می‌دادند که آگاهی کمتری در مورد علائم هشدار و عوامل خطر داشتند. تلویزیون نیز اغلب، منبع اطلاعات اعلام شده بود، ۳۲ درصد در سال ۲۰۰۰، در مقایسه با ۲۴ درصد در سال ۱۹۹۵ ( $p < .001$ ). به عبارت دیگر، آگاهی جامعه از علائم هشدار دهنده سکته در ناحیه سینسیناتی بزرگ، در طول سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ به نحو چشمگیری افزایش یافته بود، هر چند آگاهی در مورد عوامل خطر در این دوره بهبود چشمگیری نداشت. از این رو لازم بود تلاش‌های آموزشی تداوم یابد و بر روی گروه‌هایی از مردم که خطر ابتلا به سکته در آنان بیشتر است متمرکز شود (Schneider et al, 2003: 343 – 346).

تاخیر در مراجعه به واحدهای اورژانس، از عوامل مهمی است که مانع از درمان بیماران مبتلا به سکته‌های حاد می‌شود. بررسی‌های قبلی نشان داده است با وجود چند عاملی بودن دلایل این تأخیر، آگاهی بیماران از علائم و نشانه‌های سکته، تشخیص نیاز به درمان فوری و انتقال به وسیله سرویس‌های فوری پزشکی، همه، در مراجعه سریع‌تر به واحدهای اورژانس نقش دارند. ضمن آنکه تشخیص سکته از سوی سایرین، مانند اعضای خانواده، دوستان و ناظران (افراد حاضر در هنگام سکته) نیز می‌تواند احتمال مراجعه سریع‌تر برای درمان را افزایش دهد. بررسی‌ها نشان داده است در اغلب موارد، این اطرافیان قربانی سکته هستند که با اورژانس تماس می‌گیرند. بر اساس این یافته‌ها، گروهی از محققان با به کارگیری بسیج‌های اطلاع‌رسانی در مورد سکته با استفاده از رسانه‌های جمعی (تبلیغات تلویزیون و روزنامه‌ها، اعلان‌های رادیویی، تابلوهای تبلیغاتی شهری و سایر اشکال رسانه‌های چاپی) به بررسی افراد در معرض خطر سکته و افرادی که ممکن است در هنگام بروز سکته حاضر باشند، پرداختند. اکثر تحقیقات قبلی، اثرات مثبت این بسیج‌ها را بر روی آگاهی جامعه (لزوم مراجعه سریع‌تر به واحدهای اورژانس، علائم، نشانه‌ها و عوامل سکته) تایید کرده بودند. با وجود این تنها

یک مطالعه به گزارش تاثیر این برنامه‌ها بر روی رفتار واقعی مردم پرداخته و علاوه بر توجه به آگاهی مردم در این زمینه، به طور خاص به بررسی این نکته پرداخته است که هر یک از این برنامه‌ها، تا چه حد با افزایش حضور بیماران دچار سکته در بخش اورژانس (بعد از شروع علائم) همراه بوده است و تا چه حد بر تعداد بیمارانی که تحت درمان‌های خون‌رسانی مجدد\* قرار گرفته‌اند، افزوده شده است. پیامد اولیه این مطالعه افزایش نسبت آن دسته از بیماران دچار سکته بود که با فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی تزریقی تحت درمان قرار گرفته بودند. پیامد ثانویه، کاهش تاخیر در مراجعه به واحدهای اورژانس برای شروع درمان بوده است. نتایج مطالعه نشان داد که میزان درمان با فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی تزریقی از ۲ درصد به ۹ درصد در بیماران مبتلا به سکته‌های ایسکمیک در جامعه مورد مداخله افزایش یافته است در صورتی که این میزان، در جامعه‌ای که پروژه در آن اجرا نشده بود، از ۰/۷۱ درصد به ۰/۸۶ درصد (کمتر از ۱ درصد) افزایش یافته بود. به علاوه، این افزایش در یک دوره زمانی طولانی بعد از مطالعه (۶ ماه بعد از مداخله رسمی) تا زمانی که استفاده از فعال‌کننده پلاسمینوژن تزریقی به ۱۱ درصد رسید، ادامه یافت. نسبت بیمارانی که در جامعه مورد مداخله تا ۲ ساعت بعد از شروع علائم به بیمارستان مراجعه کردند، از ۲۸ درصد به ۳۲ درصد رسید (البته این نتایج را نمی‌توان تنها به بسیج اطلاعاتی منتسب کرد زیرا این نسبت در جامعه کنترل نیز افزایش یافته بود). این مطالعه اشاره مستقیمی به اینکه آگاهی جامعه تحت‌تأثیر پروژه بوده، نکرده است (Davis, 2007:2034).

با توجه به تاثیر تبلیغات تلویزیونی بر افزایش آگاهی مردم از علائم هشدار دهنده سکته، تاثیر رسانه‌های جمعی بر تعداد مراجعه به واحدهای اورژانس به دلیل سکته، در افراد ۴۵ ساله و بالاتر ساکن اونتاریو مورد بررسی قرار گرفت. این اطلاعات از طریق شبکه کانادایی ثبت سکته، در طول ۳۱ ماه (بین نیمه دوم ۲۰۰۳ و نیمه اول ۲۰۰۶) جمع‌آوری شد. برای تعیین میزان آگاهی مردم از علائم هشدار دهنده سکته، دیدگاه‌های افراد ۴۵ ساله و بالاتر ساکن اونتاریو از طریق تلفن جمع‌آوری شد. آگاهی عمومی از

---

\* جریان خون را که در قسمتی از بدن متوقف شده است از طریق درمان‌های دارویی یا جراحی بار دیگر برقرار می‌کنند.

علائم هشدار دهنده سکتِه (توانایی نام بردن ۲ نشانه یا بیشتر) در بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵ افزایش یافته و در سال ۲۰۰۶، پس از ۵ ماه منع تبلیغات، کاهش یافته بود. در طول دوره مطالعه، افزایش معنی‌داری در متوسط تعداد مراجعه به واحدهای اورژانس به دلیل سکتِه قبلی بوجود آمده بود. اثربسیج (مستقل از سال) برای تعداد کل موارد حضور در واحدهای اورژانس، حضور در طول ۵ ساعت بعد از بروز حمله و حضور در طول ۲/۵ ساعت پس از حمله قلبی مشاهده شد. در مورد استفاده از پلاسمینوژن بافتی تزریقی نیز تأثیر بسیج قوی بوده است ولی تغییری در تعداد آنها طی سال‌ها به وجود نیامده است. هر چند تبلیغ مداوم برای ایجاد و تداوم آگاهی جامعه از علائم هشدار دهنده سکتِه ضروری است، عوامل بسیاری می‌تواند در مراجعه بیماران به واحدهای اورژانس بویژه برای تزریق پلاسمینوژن بافتی، موثر باشد (Hodgson et al, 2007:2115; Davis, 2007: 2034).

### بسیج‌های چند رسانه‌ای و رفتارهای مربوط به سلامت

بسیاری معتقدند که بزرگ‌ترین مریبان دنیای امروز، رسانه‌ها هستند (Yates, 1999:184). از زمان ظهور رسانه‌هایی مانند رادیو و تلویزیون به عنوان یک نیروی اصلی، بسیاری از حامیان بهداشت جامعه چنین فرض کردند که ارائه اطلاعات واقعی از طریق بسیج‌های ارتباطی به جامعه، به طور خودکار به تغییر نگرش‌ها و متعاقب آن رفتارهای سالم منجر می‌گردد. در نتیجه هنگامی که برخی از این بسیج‌ها نتایج ناامیدکننده‌ای به دست داد، این خوشبینی بی‌حد و حصر جای خود را به دیدگاه بسیار بدبینانه‌ای داد که بسیج‌های چند رسانه‌ای طراحی شده برای تغییر رفتار را، محکوم به شکست می‌دانست. محققان اذعان کردند که بسیج‌ها حداکثر می‌توانند رفتار موجود را تقویت کنند و بدبینان یادآور شدند که موفقیت ظاهری تبلیغات تجاری به توقعات غیرواقعی از توانایی رسانه‌های جمعی برای تغییر رفتار منجر شده است. در حقیقت تفاوت‌هایی اساسی در اهداف تبلیغات تجاری و بسیج‌های سلامت جامعه وجود دارد. تبلیغات تجاری به ندرت برای ایجاد یک الگوی رفتاری با نگرش جدید طراحی می‌شوند و بیشتر به اولویت‌هایی تمایل دارند که از قبل موجود بوده‌اند. برعکس، بسیج‌های سلامت جامعه در جستجوی تغییرات بنیادی در رفتارهای مربوط



به سلامت هستند که فواید آن اغلب با تاخیر و نامحسوس است. به علاوه بسیاری از افرادی که مخاطب بسیج سلامت هستند، ممکن است پیش از این تغییرات مطلوب را ایجاد و گروه هدف را ترک کرده باشند که البته پیگیری این مسئله بسیار مشکل است. اگر ایرادات مورد نظر دیدگاه بدبینانه تایید شوند، سه استدلال متناقض را می‌توان در نظر گرفت:

۱. تکیه حامیان سلامت جامعه به بسیج‌های چند رسانه‌ای کوتاه مدت اغلب بیش از حد مناسب بوده است زیرا این حقیقت را که تغییر نگرش و رفتار، به طور معمول روندی آهسته و رشدی آرام دارد، نادیده گرفته‌اند.

۲. پژوهشگران اغلب بر نسبت موفقیت تاکید می‌کنند بدون آنکه مخاطبان بسیاری را که رسانه‌های جمعی می‌توانند داشته باشند، در نظر بگیرند. برای رفع این نقیصه، یک معیار مناسب در تعیین دقیق نسبت موفقیت، محاسبه هزینه اثربخشی است که در آن موفقیت هر تلاش برای ارتقای سلامت با هزینه صرف شده برای هر واحد اندازه‌گیری می‌شود.

۳. در طول بیست و پنج سال گذشته، مطالعات جامعه‌نگر متعددی نشان داده است آن دسته از بسیج‌های ارتقای سلامت که در درجه اول، بر رسانه‌های جمعی تکیه کرده‌اند، بسیار موفق‌تر بوده‌اند. چنین بسیج‌هایی زمانی با موفقیت بیشتر همراه بوده‌اند که با پاسخگویی به یک نگرانی دراز مدت، اصول بازاریابی تجاری و اصول تغییر رفتار مبتنی بر تحقیق را با هم درآمیخته‌اند. نگاهی به گذشته ثابت می‌کند بسیاری از بسیج‌هایی که دلیل شکست آنها محدودیت توانایی رسانه‌های جمعی قلمداد شده، به طور جدی ناقص بوده‌اند.

محققان موارد زیر را به عنوان عناصری کلیدی برای موفقیت بسیج اطلاعاتی تعیین کرده‌اند:

۱. شناسایی دقیق گروه مخاطب.
۲. پژوهش سازنده برای درک گروه مخاطب و پیش‌آزمون مطالب مورد استفاده در بسیج اطلاعاتی.
۳. طراحی پیام بر مبنای دانش فعلی مخاطبان و ارضای نیازها و انگیزش‌های از پیش موجود آنان.

۴. یک طرح رسانه‌ای که مواجهه مخاطب با بسیج را تضمین کند.
۵. فرآیندهای ارزشیابی پیشرفت.
۶. تعهد طولانی مدت.

درک بهتر نحوه بروز تغییر رفتار آشکار می‌سازد که تعداد اندکی از بسیج‌های اطلاع‌رسانی می‌توانند انتظار تغییرات فوری در رفتار را داشته باشند. در حقیقت لازم است سازمان دهندگان، برنامه‌های راهبردی بلند مدتی را طراحی کنند که طی آنها هر بسیج، به گام‌های مشخص تقسیم و برای هر بخش اهداف قابل اندازه‌گیری تعیین شود تا نیل به اهداف را عینی‌تر کند یا به عبارت دیگر، مرحله‌ای از تغییر رفتار را در پی داشته باشد (Dejong & winsten, 1990: 30 – 32).

### بحث و نتیجه‌گیری

رسانه‌ها اطلاعات بهداشتی را هم به صورت مستقیم، از طریق اخبار و ارقام و هم به صورت غیرمستقیم از طریق نمایش برنامه‌های سرگرم‌کننده، منتقل می‌کنند. اخبار یا سایر انواع پوشش اطلاعات بهداشتی و پیشرفت‌های پزشکی می‌تواند نجات بخش زندگی انسان‌ها در بحران‌ها یا دست کم هشدار دهنده باشد. هنوز اغلب گردانندگان رسانه‌ها مانند خبرنگاران، ویراستاران، تولیدکنندگان و مدیران ایستگاه‌ها، تعهد نسبت به آموزش بهداشت به مخاطبان را جزء مسئولیت‌های اولیه خود محسوب نمی‌کنند. از این رو ضروری است مجامع بهداشتی به جستجوی راه‌هایی برای اثرگذاری رسانه‌ها بر جامعه بپردازند و فرصت‌هایی را برای ورود رسانه‌های جمعی به راهبرد ملی ارتقای سلامت فراهم آورند (office of Diseases prevention and Health promotion and office for substance Abuse prevention, 1991:10).

با توجه به قدرت انتشار رسانه‌ها و خطرات احتمالی ارسال اطلاعات غیردقیق یا حذف اطلاعات حیاتی، لزوم همکاری موثر بین جوامع بهداشتی و رسانه‌های جمعی مورد تاکید قرار می‌گیرد. به این منظور موارد زیر توصیه می‌شود:

۱. استفاده از رسانه‌های مختلف برای ارسال پیام.
۲. بهبود مهارت‌های ارتباطی دست اندرکاران نظام بهداشتی.
۳. آموزش افراد در مورد نحوه تفسیر اطلاعات بهداشتی رسانه‌ها.

هر چند تمام توصیه‌های این مقاله در انتشار موثر اطلاعات بهداشتی جنبه حیاتی دارد، توصیه آخر یعنی آموزش جامعه در مورد تفسیر اطلاعات بهداشتی رسانه‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است و این مهم، از طریق ترویج سواد رسانه‌ای (کمک به درک آگاهانه و انتقادی رسانه‌های جمعی، فنون مورد استفاده رسانه‌ها و اثرات آنها) امکان‌پذیر است.

منابع:

- 1- Alwan, Aladin (1997) **Noncommunicable diseases:A major challenge to public health in the Region** , 3 (1).
- 2- Anderson, philip & petrino, Roberta & Halpern, pinchas & Tintinalli, Judith (2006) **The globalization of emergency medicine and its importance for public health**. Bulletin of world Health Organization, Bull World Health Organ , 84 (10).
- 3- Davis, Stephen (2007) **Community Stroke Education Using Mass Media, Past Results and Future Implications**.stroke, 38.
- 4-DeJong , William & winsten, Jay (1990) **The use of Media in substance abuse prevention**. health affairs.
- 5- finlay, sara- Jane & faulkner, Guy (2005) **physical activity promotion through the mass meia: Inception, production, transmission and consumption**. Preventive medicine , 40.
6. Glanz, k.& Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (2002) **Health Behavior and Health Education**. Jossy Bass, San Francisco, CA.
7. Hodgson, Corinne & Lindsay, & Rubini, Frank (2007) **Can Mass Media influence Emergency Department Visits for stroke?** Stroke , 38.
- 8- Huhman, Marian & potter, Lance & wong, Faye & Banspach, stephen & Duke, Jennifer and Heitzler, Carrie (2005) **Effects of a Mass Media Campaign to Increase physical Activity Among Children: Year –1 Results of the Verb Campaign Pediatrics**. 116 (2).
- 9- Hyland, A. & Wakefield , M. & Higbee , Cheryl & szczyпка, G. and Cummings, K.M. (2006) **Anti- tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study**. Health Education Research , 21 (2).

10- Jones, Marsha and Jones , Emma (1999) **Mass Media skill – based sociology**. Macmillan Ltd. London.

11- Logan, Robert (2004) **Evaluating Consumer Informatics: Learning from Health Campaign Research**. Medinfo .

12- Marcus, Bess & owen, Neville & Forsyth , Leighann & Caville, Nick & Fridinger, Fred (1998) **Physical activitiy interventions using mass media, Print media , and information technology** . 15 (4).

13- Office of Disease Prevention and Health Promotion and office for substance Abuse Prevention. **Mass Media and Health, Opportunities for Improving the Nations Health**. Monograph series.

14- Pribble, James & Goldstein, Kenneth & Majersik, Jennifer & Barsan, William & Brown, Devin and Morgenstern, Lewis (2006) **stroke information Reported on Local Television News**. Stroke .

15- Schneider, Alexander & Pancioli, Arthur & khoury, Jane & Rademacher, Eric & Tuchfarber, Alfred & Miller, Rosemary & woo Daniel & Kissela, Brett & Broderick, Joseph (2003) **Trends in Community Knowledge of the Warning Signs and Risk Factors for Stroke** . JAMA , (289).

16- **Skin Cancer Module Practice Exercises Module 13: Levels of Disease Prevention** (2004) [http:// www. Cdc. Gov/ excite](http://www.Cdc.Gov/excite).

17- Tsai, Wen–Chen. etal (2005) **Effects of a Tobacco Prevention Education Program on Adolescents Knowledge of and Attitude Towars Smoking**. Mid Taiwan J Med.

18- Wakefield & Durrant & Terry - Mcelrath & Ruel & Balch & Anderson, & Szczypka & Emery and Flay, B. (2003) **Appraisal of anti – smoking advertising by youth at risk for regular smoking: a compatative study in the United States**. Australia and Britain American

Journal of Public Health, 12.

19-Wakefield, Melanie & Flay, Brian & Nichter, Mark & Giovino, Gary (2002) **Role of Media in Influencing Trajectories of Youth smoking.**

20- Wakefield, Melanie & Mcelrath, Yvonne & Emery, Sherry & Saffer, Henry & Chaloupka, Frank & szczyпка, Glen & Flay, Brian & Malley, Patrick, M. and Johnston, Lioyd, D. (2006) **Effect of Televised, Tobacco Company Funded smoking Prevention Advertising on Youth Smoking – Related Beliefs, Intentions, and Behavior.** American Journal Of public Health, 96 (12).

21- Wikipedia (2007) **The free encyclopedia.** [www.wikipwdia.org](http://www.wikipwdia.org)

22- Yates, B. L. (1999) **Media literacy: A health education perspective.** Journal of Health Education, 30 (3).