



فصلنامه پژوهش و سنجش

سال چهاردهم، شماره ۴۹، بهار ۱۳۸۶

ISSN: ۱۰۲۵-۳۹۶۳

صاحب امتیاز: سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

مدیر مسئول: علیرضا پویا

سرمدبیر: دکتر اسماعیل سعدی پور (بیابانگرد)

هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا: دکتر حسام‌الدین آشنا [استادیار دانشگاه امام صادق

(فرهنگ و ارتباطات)]، دکتر محسن اسماعیلی [استادیار دانشگاه امام

صادق (حقوق خصوصی)]، دکتر اصغر افتخاری [استادیار دانشگاه امام

صادق (علوم سیاسی)]، دکتر ناصر باهنر [استادیار دانشگاه امام صادق

(فرهنگ و ارتباطات)]، دکتر علی رضائیان [استاد دانشگاه شهید بهشتی

(مدیریت رفتاری)]، دکتر محمد حسن شیخ‌الاسلامی [سازمان

همکاری‌های اقتصادی (روابط بین‌الملل)]، دکتر یونس شکرخواه [مدیر و

سرمدبیر همشهری online (ارتباطات)]، دکتر علی‌اکبر فرهنگی [استاد

دانشگاه تهران (ارتباطات و مدیریت)]، دکتر کاظم معتمدنژاد [استاد

دانشگاه علامه طباطبائی (حقوق - روزنامه‌نگاری)]، دکتر مهدی

محسنیان‌راد [استادیار دانشگاه امام صادق (جامعه‌شناسی)].

اعضای تحریریه مهمان: دکتر نعمت‌الله بابائی، دکتر علی رمضانخانی، دکتر امید زمانی،

دکتر محمد کمالی.

مشاوران: احسان قرنی، محمدرضا رضایی‌بایندر

مدیر اجرایی: ملوک عباسی

همکار اجرایی: مریم صباد نجفی

چکیده به انگلیسی: مهدی روزدار

اجرای مراحل نشر: واحد انتشارات مرکز تحقیقات صداوسیما

لینوگرافی، چاپ و صحافی: سروش

نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان هتل استقلال، ساختمان اداری جام‌جم، طبقه دوم،

مرکز تحقیقات - صندوق پستی ۱۹۳۹۵-۴۷۴۸

نشانی سایت: <http://www.rcirib.ir/Sanjesh>

پست الکترونیکی: managm@irib.ir

تلفن: ۲۲۰۱۳۷۳۴

تلفن پخش: ۲۲۰۱۳۵۸۵

دورنگار: ۲۲۰۱۳۷۳۴

بها: ۸۰۰۰ ریال



راهنمای تنظیم مقالات

- ۱- ساختار مقاله به ترتیب شامل عنوان، نام و نام خانوادگی، رتبه علمی و سمت نویسنده یا نویسندگان، چکیده فارسی، واژگان کلیدی، مقدمه، متن (روش‌شناسی، یافته‌ها و بحث و نتیجه‌گیری)، پی‌نوشت‌ها، فهرست منابع و چکیده انگلیسی باشد.
- ۲- متن مقاله بر روی کاغذ سفید A4 به صورت یک‌رو و با رعایت حاشیه‌ها و فاصله سطرهای مناسب به صورت خوانا نوشته یا در محیط Word تایپ شود.
- ۳- تعداد صفحات مقاله بین ۱۵ تا ۲۵ صفحه باشد.
- ۴- به جای ذکر منابع در پانوشت‌ها یا در انتهای مقاله، منابع در داخل پرانتز در پایان نقل‌قول یا مطلب استفاده شده به ترتیب زیر قرار گیرد:
الف - منابع فارسی (نام خانوادگی مؤلف، سال نشر اثر: شماره صفحه)
مثال: (محمدی، ۱۳۷۵: ۲۵)
ب - منابع لاتین (شماره صفحه: سال نشر اثر، نام خانوادگی مؤلف)
مثال: (Barthes, 1998:39)
- ۵- معادل لاتین اسامی، اصطلاحات و مفاهیم مهم در داخل پرانتز بلافاصله بعد از اسامی و اصطلاحات مذکور آورده شود.
- ۶- در صورتی که اصطلاح، مفهوم یا مطلبی نیاز به توضیح دارد، در پایان مقاله به عنوان پی‌نوشت‌های توضیحی آورده شود.
- ۷- فهرست منابع مقاله به صورت الفبایی به صورت زیر تنظیم شود:
کتاب: نام خانوادگی نویسنده، نام نویسنده، (سال انتشار)، عنوان کتاب، نام و نام خانوادگی مترجم، محل نشر اثر: نام ناشر.
مثال: کوش، دنی (۱۳۸۱) مفهوم فرهنگ در علوم اجتماعی، فریدون وحید، تهران: سروش.
مقاله: نام خانوادگی نویسنده، نام نویسنده، سال انتشار، عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی مترجم، نام نشریه، شماره نشریه.
مثال: سعید، ادوارد (۱۳۷۴) نقش روشنفکر در جامعه، ترجمه دکتر حمید عضدانلو، ماهنامه اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال (۹)، شماره (۹۹۲).
- ۸- اصل مقالات ترجمه شده با ذکر مشخصات کامل، به همراه ترجمه مقاله فرستاده شود.
- ۹- یک برگ مشخصات مقاله شامل عنوان مقاله به فارسی و انگلیسی، نام و نام خانوادگی، رشته تحصیلی و مرتبه علمی، سمت، نشانی، شماره تلفن و نشانی پست الکترونیک نویسنده به صورت جداگانه ارائه شود.
- ۱۰- فصلنامه پژوهش و سنجش در ویرایش فنی و محتوایی مقالات آزاد است، حق چاپ پس از پذیرش مقاله برای فصلنامه محفوظ است و اصل مقالات به هیچ‌وجه بازگردانده نمی‌شود.
- ۱۱- چکیده باید محتوای مقاله را با تأکید بر روش‌ها، یافته‌ها، نتایج، اهمیت و کاربرد نتایج بازگو نماید، تمام آن در یک پاراگراف (حداکثر ۲۵۰ کلمه) نوشته شود، از به کار بردن حروف اختصار در آن خودداری شود و شفاف و قابل فهم باشد.
- ۱۲- کلمات کلیدی: ۵ تا ۱۰ کلمه به ترتیب حروف الفبا بلافاصله بعد از چکیده آورده شود.
- ۱۳- معادل انگلیسی واژگان کلیدی ذکر شود.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷.....	سخن نخست
۹.....	تولید و تاثیر پیام در رسانه‌های جمعی با رویکردی بر مقوله سلامت
	الهام شکیبازاده
۲۹.....	روش‌های موثر آگاه‌سازی در حوزه سلامت
	دکتر نعمت الله بابایی
۴۳.....	رسانه و ناتوانی (معلولیت)
	دکتر محمد کمالی
۶۷.....	شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی
	مهدی فدایی مهربانی
۸۷.....	نقش رسانه‌ها در ترویج رفتارهای مخاطره‌آمیز
	شهلا قنبری - دکتر علی رمضانخانی
۱۰۳.....	رسانه‌ها و برجسته‌سازی اخبار ایدز در ایالات متحده
	مهدی رشکیانی
۱۱۳.....	رسانه و آموزش سلامت خانواده
	محمد مهدی لیبی

نمایه موضوعی «رسانه و سلامت» ۱۳۵

نسرین حداد

فرخوان مقاله (رسانه و اقتصاد، رسانه و خشونت)

فرم اشتراک

چکیده انگلیسی

سخن نخست

با عنایت پروردگار و یاری استادان محترم حوزه‌های ارتباطات، پزشکی و روان‌شناسی جلد اول شمارهٔ رسانه و سلامت منتشر شد.

موضوع رسانه و سلامت از دو بعد قابل طرح است: نخست؛ تاثیر مستقیم و غیرمستقیم رسانه بر سلامت فردی و اجتماعی از طریق آموزش، اطلاع‌رسانی، بسیج رسانه‌ای و ساخت برنامه‌های سرگرم‌کننده با موضوع بهداشت و درمان و سپس تاثیر سطح سلامت جامعه (موجود و مطلوب) بر کارکرد رسانه.

بدیهی است در بعد اول، آنجا که رسانه‌ای مسئول و متعهد در برابر سلامت جامعه وجود دارد، اطلاع‌رسانی دقیق و سریع و ارائهٔ آموزش‌های اثربخش در زمینه مسائل مرتبط با سلامت جسمی و روانی، وظیفهٔ رسانه شمرده می‌شود و این وظیفه، به نحو مطلوب و در حد امکان رسانه‌ها، به انجام می‌رسد اما آنجا که چنین تعهد و مسئولیتی احساس نمی‌شود، سلامت جسمی و روانی شهروندان با درآمد سرشار ناشی از پخش تبلیغات محصولات مضر (دخانیت، مشروبات الکلی، تنقلات، داروهای با عوارض نامطلوب، اقلام غیرضروری و ...) و ترویج رفتارهای پرخطر مبادله می‌شود.

در بعد دوم، چگونگی تاثیر وضعیت سلامت جامعه بر کارکرد رسانه و توقعاتی که از آن وجود دارد، مورد بحث قرار می‌گیرد. روشن است که نوع و سطح آموزش‌ها و اطلاعاتی که از طریق رسانه می‌توان ارائه داد، در وضعیتی که جامعه در فقر بهداشتی و شرایط نابسامان درمانی به سر می‌برد با وضعیتی که رفاه نسبی یا مطلوب بر آن حاکم است و امکانات بهداشتی و درمانی در دسترس همگان قرار دارد، کاملاً متفاوت است. همچنین جامعه‌ای که دارای درصد بالایی از بی‌سوادی است قالب‌های برنامه‌سازی خاصی را می‌طلبد (برای مثال برنامه‌های سرگرم‌کننده و آموزش‌های غیرمستقیم) اما

جامعه‌ای با افراد تحصیل کرده، حتی خواهان بحث‌های دقیق و تخصصی در حوزه بهداشت و سلامت است.

همین مقدار کافی است تا اهمیت فعالیت رسانه در حوزه سلامت روشن شود. این اهمیت و حوزه‌های تازه گشوده در این مقوله، انگیزه اختصاص شماره ویژه‌ای به موضوع رسانه و سلامت شد.

با توجه به فقدان منابع مطلوب میان رشته‌ای درباره سلامت و رسانه، دشواری کار چنان بود که تدارک این شماره ناممکن به نظر می‌رسید اما تلاش دست‌اندرکاران نشریه و استادان معظم موجب شد این شماره برخلاف انتظار در دو جلد انتشار یابد.

تالیف اکثر مقالات شماره حاضر را پزشکان محترمی برعهده داشته‌اند که بی‌تردید جز با حسن همکاری، مساعدت و دقت ستودنی آنان این مجموعه به سامان نمی‌رسید. همچنین در هر یک از این دو جلد، مقالات ارزشمندی از استادان، پژوهشگران، مدیران و اصحاب رسانه که یاران همیشگی فصلنامه بوده‌اند، درج شده که امید است مورد بهره‌برداری علاقه‌مندان قرار گیرد.

از آنجا که سیاست فصلنامه علمی - پژوهشی «پژوهش و سنجش» کنکاش در موضوعات بکر (دست کم در داخل کشور) پیرامون رسانه و ارتباطات است، فقر منابع در زمینه موضوع موردنظر همواره احساس می‌شود اما چاپ هر شماره (با وجود کاستی‌های بدیهی هر کار نو) اثبات می‌کند که اندیشمندان حوزه‌های گوناگون در صورت ایجاد فرصت‌های مناسب، توان بالایی در تالیف و ارائه مقالات علمی وزین دارند. فصلنامه پژوهش و سنجش افتخار دارد فرصتی هر چند کوچک برای اندیشمندان ارجمند فراهم آورد.

تولید و تاثیر پیام در رسانه‌های جمعی با رویکردی بر مقوله سلامت

الهام شکیبازاده*

چکیده

رسانه‌های جمعی یعنی منابع اصلی اطلاعات، در همه جا حضور دارند و اثرات مهمی بر سلامت عمومی به جا می‌گذارند. اثرات رسانه بر رفتارهای مربوط به سلامت نه تنها از دیدگاه تعاملات روزانه، بلکه به منظور کاربرد برنامه‌ریزی شده رسانه‌ها در تغییر رفتار مطالعه می‌شود. این مقاله، پس از ذکر دلایل استفاده از رسانه‌های جمعی در حوزه سلامت، به بحث درباره دو حوزه پژوهشی مرتبط با رسانه‌ها و سلامت (تولید پیام و تاثیر پیام) می‌پردازد و عوامل موثر بر تولید برنامه‌های موفق مربوط به سلامت و عواملی را که مانع از تولید چنین برنامه‌هایی می‌شوند فهرست وار معرفی می‌کند.

در پایان نیز چند موضوع مهم که پژوهش‌های مربوط به رسانه و سلامت را به چالش می‌کشند، ارائه شده است.

کلیدواژه‌ها: تولید پیام، تاثیر پیام، رسانه جمعی، سلامت، شکاف آگاهی، بسیج رسانه‌ای.

* دانشجوی دکترای آموزش سلامت.

مقدمه

به دلیل اهمیت ارتباط در امور انسانی، رشته‌های بسیاری از جمله سلامت، مطالعه آن را امری حیاتی و کاربردی می‌دانند. پرسش مهم درباره موضوع ارتباطات و سلامت عمومی این است که چگونه ارتباطات رسانه‌ای منجر به تغییر رفتار در حوزه سلامت می‌شود؟ و چگونه می‌توان راهبردهای ارتباطی را به گونه‌ای برنامه‌ریزی شده در جهت تاثیر بر تغییر رفتار سلامتی به کار برد؟

رسانه‌های جمعی به عنوان منبع اصلی اطلاعات مربوط به سلامت و اکثر فعالیت‌های انسانی، به دلیل حضور گسترده در هر جا، اثرات مهمی بر سلامت عمومی دارند. این رسانه‌ها در سراسر جهان، نقش بسیار مهمی در سلامت فردی و عمومی و پیشگیری از انواع بیماری‌ها بر عهده دارند و منبع مهمی برای ارتقای سلامت به شمار می‌روند (Nandy & Nandy, 1997: 238). رابطه بین رسانه‌های جمعی و سلامت یک رابطه دوجانبه است. از سویی، ارتقای سلامت موضوع مهمی برای رسانه‌های جمعی محسوب می‌شود و از سوی دیگر، حوزه سلامت، با توجه به رسالتی که در ارائه اطلاعات دارد، به رسانه‌های جمعی نیازمند است.

رسانه‌ها نقش اساسی در تغییر رفتارهای مربوط به حوزه سلامت ایفا می‌کنند زیرا عامل کلیدی انتشار اطلاعات در نظام‌های اجتماعی هستند و به عنوان عوامل اجتماعی، تاثیر قدرتمندی بر رفتار و هنجارهای اجتماعی دارند. رسانه‌ها، سازمان‌های گسترده و به هم پیوسته‌ای هستند که به طور منظم، اخبار، اطلاعات، سرگرمی و تبلیغات را در سراسر جهان جمع‌آوری، پردازش و منتشر می‌کنند. امروزه رسانه‌های مختلفی پیرامون ما حضور دارند که بر تمام ابعاد زندگی تاثیر می‌گذارند. از دیدگاه سلامت عمومی، معجزه فن‌آوری ارتباط و تاثیر تکامل یافته رسانه در زندگی ما، هم نویدبخش تحقق وعده‌های بزرگ و هم هشداردهنده خطرات نگران کننده است.

دلایل استفاده از رسانه‌های جمعی در حوزه سلامت را می‌توان در فهرست زیر جستجو کرد (Catford, 1995: 247-251):

۱. رسانه‌ها، راهی مؤثر برای آموزش گروه‌های بزرگ جمعیت هستند.
۲. تمام افراد جمعیت حتی لایه‌های پنهان را پوشش می‌دهند.

۳. بر هنجارهای اجتماعی و فرهنگی تاثیر می‌گذارند.
۴. شاخصی از میزان جدی بودن مشکل ارائه می‌کنند.
۵. مردم را برای درمان به مراکز درمانی ارجاع می‌دهند.
۶. به مردم کمک می‌کنند با تقلید از الگوها، رفتار خود را تغییر دهند.
۷. به مردم کمک می‌کنند منافع تغییر رفتار را دریابند.
۸. در افزایش آگاهی و تغییر نگرش و عملکرد در سطح فردی و اجتماعی موثرند.
۹. اطلاعات و توصیه‌هایی برای زندگی سالم ارائه می‌دهند.
۱۰. در آموزش مهارت‌ها و تشویق اعتماد به نفس نقش موثری دارند.
۱۱. می‌توانند به معرفی دستاوردها پردازند و به عملکردهای مثبت پاداش دهند.
۱۲. قادرند با ارائه برنامه/ تصویرری با هویت مشارکتی، حمایت مادی یا معنوی کسب کنند.

پژوهش‌های جمعیتی نشان می‌دهد که رسانه‌های جمعی، منبع با اهمیت و پیشرفته‌ای برای ارائه اطلاعات مربوط به موضوعات مهم مرتبط با سلامت نظیر کنترل وزن، ایدز (HIV)، سوء مصرف مواد مخدر، آسم، تنظیم خانواده و ماموگرافی هستند (Chapman, 1995). به دنبال صدور منشور ارتقای سلامت اتاوا (Ottawa Charter) در سال ۱۹۸۶ که در پی یافتن شرکایی برای ارتقای سلامت بود استفاده روزافزون حوزه سلامت از رسانه‌ها گسترش یافت (Atkin, 1990: 38).

دو حوزه پژوهش مرتبط با رسانه‌های جمعی و سلامت عبارتند از:

۱. حوزه مربوط به تولید پیام (Media Message Production).
۲. حوزه مربوط به تاثیر پیام (Media Effects).

تولید پیام رسانه‌ای (Media Message Production)

در حوزه تولید پیام، این سوال مطرح می‌شود که کدام عوامل سازمانی و اجتماعی مرتبط با کار رسانه‌ای می‌توانند بر تولید پیام‌های موثر بر تغییر رفتار در حوزه سلامت اثر گذار باشند؟

رسانه‌های جمعی، سازمان‌هایی هستند که در آنها وظایف هر بخش برای دستیابی به اطلاعات لازم برای تولید اخبار، تبلیغات و سرگرمی به طور تخصصی، تفکیک و

مشخص شده است. برای مثال، خبرنگاران اغلب به دنبال منابع رسمی و پایدار برای جمع آوری اطلاعاتی هستند که در تولید اخبار به کار می‌رود (Sigal, 1987: 101). معیارهای اعتبار منابع معمولاً مشخص است؛ منابع باید واقعی و دردسترس باشند و قابلیت تهیه اطلاعات قابل اعتماد را داشته باشند. در واقع، منابع به فرایند جمع آوری اطلاعات کمک می‌کنند (Gandy, 1982: 67). تکیه خبرنگاران بر تهیه منظم اطلاعات از منابع رسمی به این معناست که گروه‌های فاقد قدرت اجتماعی، کمتر قادر به خبرسازی هستند و بنابراین تاثیر کمتری دارند. در تعامل بین کارشناسان رسانه‌ای و منابع، نقش کلیدی در شناخت مشکلات اجتماعی و مطرح کردن آنها در رسانه‌ها دارند. این منابع، اعم از نمایندگی‌ها، سازمان‌های دولتی، گروه‌های حمایتی یا سایر ذی‌نفعان، برای جلب توجه عموم به موضوعات مورد نظر خود در رسانه و شرح عمومی موضوع یا مشکل با یکدیگر رقابت دارند. برای مثال، اداره کل جراحان ایالات متحده که منبع رسمی اطلاعات سلامتی در آن کشور است، به طور منظم گزارش‌هایی در مورد استعمال سیگار و اثرات آن بر سلامت منتشر می‌کند. این گزارش‌ها، هر سال بر جنبه‌های مختلف اثرات سوء استعمال دخانیات که سازمان‌های سلامت عمومی مایلند توجه رسانه‌های خبری و عموم مردم را به آن جلب کنند، تاکید می‌کنند (برای مثال، افزایش مصرف سیگار بین زنان).

با وجود وابستگی رسانه به منابع رسمی، کارشناسان رسانه نیز از اختیارات خود در تعریف مشکلات استفاده می‌کنند. توجه به معیارهای خاص در تولید برنامه‌های مربوط به سلامت برای تولیدکنندگان چنین برنامه‌هایی اهمیت بسیار دارد. راهبردهای رسانه‌های جمعی، زمانی بیشترین تاثیر را در تولید برنامه خواهند داشت که این عوامل را مد نظر قرار دهند (Whitehead, 2000: 807):

۱. پیام مربوط به سلامت معتبر و مرتبط با مخاطبان باشد.
۲. پیام به راحتی برای مخاطبان قابل درک و دستیابی باشد.
۳. پیام تشویق کننده باشد و علاقه‌مندی را برانگیزد.
۴. مخاطبان به طور خاص و هدفمند، دسته‌بندی شده باشند.
۵. راهبردها، اهداف را واقع‌گرایانه و کوتاه مدت تعیین کنند.
۶. راهبردها از رسانه‌های دیگر هم بهره بگیرند.
۷. بسیج‌های رسانه‌ای از سوی آژانس‌های رسمی حمایت شوند.

۸. از ارائه پیام‌های منفی، با هدف بهره‌برداری مثبت پرهیز شود.
۹. پیام در زمان مناسب ارائه شود و از ارائه همزمان چند پیام پیچیده خودداری شود.
۱۰. راهبرد به روش مناسب ارزشیابی شود تا برای برنامه‌های آینده بتوان از نتایج آن سود برد.
- در مقابل، موانع تولید برنامه‌های موفق مربوط به سلامت به شرح زیر شمرده شده‌اند (Lefever, 1992: 153):
 ۱. تعریف شده نبودن رسالت و اهداف برنامه.
 ۲. فقدان توافق سازمانی.
 ۳. بی‌توجهی به ارزیابی مشتریان.
 ۴. ضعف پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص نیازهای مخاطبان و نارسایی در دسته‌بندی مخاطبان.
 ۵. قرار دادن اهداف حرفه‌ای در اولویت بالاتر از نیازهای مخاطبان.
 ۶. جهت‌گیری به سمت برنامه‌های مبتنی بر صاحب‌نظران به جای برنامه‌های مبتنی بر مشتریان عام.

اثرات رسانه (Media Effect)

نتایج حاصل از پخش برنامه‌های رسانه به طور معمول اثرات رسانه نامیده می‌شوند (Bryant&Zillman, 1994: 132). در اولین نگاه به نظر می‌رسد واژه «اثرات رسانه»، بر مطالعه یک سویه تأثیر رسانه بر میزان آگاهی، عقیده، نگرش و رفتار افراد، گروه‌ها، موسسات یا جوامعی که به عنوان مخاطبان غیرفعال برنامه‌ها در نظر گرفته می‌شوند، دلالت دارد (McLeod, Kosicki&Pan, 1991: 433). اما پژوهش‌های مربوط به تأثیر رسانه، به تأثیر مخاطبان بر رسانه نیز توجه دارند و مخاطبان را دریافت‌کنندگان غیر فعال نمی‌دانند، بلکه جستجوگران و کاربران فعال اطلاعات فرض می‌کنند.

مطالعات رسانه‌ای نظیر سایر علوم رفتاری و اجتماعی در سطوح مختلف تحلیلی و کاربردی بر روی افراد، گروه‌ها، جوامع و نظام‌های اجتماعی پژوهش می‌کنند. در سطح فردی، مطالعات رسانه‌ای بر انگیزش، ادراک، مشارکت، نگرش و رفتارهای ناشی از

مواجهه با پیام‌های رسانه‌ای تاکید دارند. مطالعاتی که در این مقوله اعتبار طولانی دارند، به بررسی رابطه آگاهی، نگرش و رفتار می‌پردازند. در این زمینه، پژوهشگران بر سلسله مراتب یادگیری توجه دارند که طی آن تغییر آگاهی بر نگرش‌ها تاثیر می‌گذارد و تغییر نگرش به نوبه خود منجر به تغییر رفتار می‌شود. هر چند از دهه ۱۹۶۰، پژوهش‌های مربوط به تاثیر رسانه بر سلامت، تاکید غالب خود را از «تغییر نگرش» به تغییر در «شناخت» معطوف کرده‌اند (Beniger&Gusek, 1995: 217) و بیشتر بر مطالعه سطوح اجتماعی متمایل شده‌اند، واحدهای مطالعه در این دیدگاه کلان را جوامع، گروه‌ها، سازمان‌ها، موسسات اجتماعی مختلف و نظام‌های اجتماعی گسترده از جمله انجمن‌ها و اتحادیه‌ها تشکیل می‌دهند. توانایی رسانه‌های جمعی در تاثیر بر باورها و رفتارهای مربوط به سلامت به دلیل مخاطبان بسیار آنها گسترده است. اما ارتباط یک سویه رسانه‌ها با مخاطبان، اغلب انطباق پیام‌ها با نیازهای واقعی مخاطبان را دشوار می‌کند (Tones, 1996: 29).

یکی از مقوله‌های مرتبط در پژوهش‌های مربوط به «تاثیر رسانه» در حوزه سلامت، مفهوم «شکاف آگاهی» (Knowledge Gap) است.

خرد متعارف نشان داده است مشکلات اجتماعی پایدار را می‌توان از طریق آموزش عمومی برطرف کرد. اما در مطالعاتی که آگاهی عموم مردم را در مورد انواع موضوعات و عناوین بررسی کرده‌اند، مشخص شده است آگاهی و اطلاعات به طور مساوی بین مردم توزیع نشده است. به نحوی که افراد دارای تحصیلات بالاتر درباره بسیاری از موضوعات عمومی، اطلاعات بیشتری نسبت به افراد دارای تحصیلات پایین‌تر داشته‌اند. این یافته‌ها با عنوان فرضیه «شکاف آگاهی» از سوی پژوهشگران (Donohoe, Tichenor&Olien, 1995: 115) ارائه شده است. این پژوهشگران معتقدند جریان اطلاعات مربوط به سلامتی از رسانه‌ها به سوی نظام اجتماعی، برای گروه‌های دارای موقعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر، مزیت بیشتری دارد تا گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر. افزایش اطلاعات در دسترس، احتمالاً تفاوت‌های موجود بین این گروه‌ها را تشدید می‌کند. موضوع یاد شده، برخلاف این تصور عمومی است که مداخلات اجتماعی را علاج قطعی و آسان مشکلات اجتماعی می‌داند. بنابراین، اولین اصل مطالعات رسانه، توجه به شرایط محیطی مخاطبان در تأثیرگذاری

تولید و تاثیر پیام در رسانه‌های جمعی با رویکردی بر مقوله سلامت ❖ ۱۵

فعالیت‌های رسانه‌ای بر افراد است. خوشبختانه، مطالعات متعدد، انواع شرایطی را که می‌تواند بر شکاف آگاهی تاثیر گذارد و فرصت‌هایی برای فعالیت‌های مربوط به سلامت عمومی ارائه دهد نشان داده است (جدول ۱).

جدول ۱- مفاهیم، تعاریف و کاربردهای «شکاف آگاهی»

مفهوم	تعریف	کاربرد
شکاف آگاهی	تفاوت در آگاهی بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی	نتایج بالقوه بسیج‌های اطلاعاتی در افزایش «شکاف‌ها» در طول زمان.
آگاهی	اطلاعاتی که منجر به شناخت یا انجام فعالیت آگاهانه می‌شود.	تولید اطلاعات درباره علل بیماری‌ها و پیشگیری از آنها و مهارت‌های سلامتی.
جریان اطلاعات	سطح در دسترس بودن اطلاعات درباره موضوعی در یک نظام اجتماعی مانند جامعه یا سازمان.	افزایش فرصت‌های مواجهه با اطلاعات سلامتی (از طریق مجراهای مختلف).
وضعیت اجتماعی اقتصادی	جمعیت‌های متمایز بر اساس تحصیلات، درآمد، ثروت یا شغل.	تاکید بر اطلاعات و مجراهای مرتبط با گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی.
ساختار اجتماعی	تمایز و وابستگی متقابل زیر سیستم‌های اجتماعی از جمله موسسات، سازمان‌ها و گروه‌های ذی‌نفع.	جوامع بزرگ رقابت را برای جلب توجه عمومی به اطلاعات سلامتی افزایش داده‌اند و به منابع ارتباطی بیشتری نسبت به جوامع کوچک نیاز دارند.
بسیج رسانه‌ای	فعالیتی سازماندهی شده برای تمرکز قدرت و تاثیر اجتماعی در رفع یک مشکل.	تبلیغات درباره موضوعات سلامتی اغلب از سوی گروه‌های رسمی و رهبران اجتماعی هدایت می‌شود.
انگیزش	عوامل اثرگذار بر افراد برای عمل بر اساس اطلاعات و آگاهی.	تاکید بر راهبردهای افزایش انگیزه برای کسب و کاربرد اطلاعات.

محتوا و مجرای رسانه‌ای: اگرچه بسیاری از مطالعات، شکاف آگاهی را به دلیل وضعیت اقتصادی - اجتماعی گزارش کرده‌اند، برخی مطالعات نشان می‌دهد که موضوع «سلامت»، به عنوان یک موضوع کلی، برای همه گروه‌های اجتماعی - اقتصادی جذاب است. یعنی، مخاطبان تلویزیون ممکن است بیشتر از مقوله‌های دیگر، درگیر موضوع

سلامت شوند. زیرا این موضوع هر کس را به طریقی تحت تاثیر قرار می دهد اما انواع مجراهای ارتباطی در تاثیر بر شکاف آگاهی متفاوتند. برای مثال یافته ها نشان می دهد افرادی که اخبار را از رسانه های چاپی دریافت می کنند، اغلب دانایتر از افرادی هستند که اخبار را از سایر رسانه ها دریافت می کنند و تحصیلات رسمی افراد روزنامه خوان بیش از افرادی است که روزنامه مطالعه نمی کنند. تلویزیون در همسان سازی دانش بین گروه های مختلف اقتصادی - اجتماعی کاربرد دارد اما جنبه دیگر این تاثیر، به رابطه بین رسانه ها و ارتباطات بین فردی برمی گردد. برای مثال، دونوهو و همکاران (Donohoe, Tichenor & Olien, 1995: 115-132) نشان دادند که گفتگو و مباحثه بین افراد درباره اطلاعات دریافتی از رسانه ها در کم کردن شکاف آگاهی موثر است.

بسیج اجتماعی: مطالعات رسانه ای نشان می دهد در صورت بسیج اجتماعی، شکاف آگاهی کمتر مشاهده خواهد شد. بسیج اجتماعی که موتور تغییر اجتماعی محسوب می شود، منجر به افزایش توجه عموم به موضوعاتی خواهد شد که ارتباط بین فردی بیشتری را تشویق می کند.

ساختار اجتماعی: عامل مهم و اثرگذار دیگر بر شکاف آگاهی، ساختار جوامع است. جوامع بزرگ با تخصصی شدن بیشتر گروه ها، خدمات و موسسات از جمله دولت، و رسانه ها مشخص می شوند. در شهرهای کوچک، همه بخش ها کمتر تخصصی و متمایز شده اند. بنابراین، شکاف آگاهی در جوامع بزرگ تر و پیچیده تر، بیشتر از جوامع کوچک و کمتر قطبی شده است (Etteme & Luepker, 1983; Gaziano, 1988: 351). هر چند، برخی مطالعات اخیر درباره سلامت، نشان داده است در حوزه های محتوایی خاص مانند مقوله سلامت، دسترسی بیشتر به منابع مختلف به نفع ساکنان جوامع بزرگتر است (Viswanath & Finnegan, 1996).

عوامل انگیزشی: دسته دیگری از عوامل موثر بر شکاف آگاهی را محققان به نام اتم و همکارانش (Etteme & Luepker, 1983: 516) ارائه دادند. این پژوهشگران شرح می دهند که شکاف بین گروه های اجتماعی - اقتصادی بالاتر و پایین تر، الزاماً به دلیل اثرات آموزش رسمی کمتر یا محرومیت اقتصادی نیست بلکه به دلیل سطوح مختلف انگیزش یا علاقه به موضوعات خاص است. آنان تاکید مطالعات شکاف آگاهی را به

نقش متغیرهای تفاوت فردی تغییر دادند. بسیاری از مطالعات، اهمیت متغیرهای فردی مانند علاقه، انگیزش و مشارکت را در کسب آگاهی، بیشتر از دانش و تحصیلات می‌دانند (zandpour & Fellow, 1992; Fredin, Monnett & Kosicki, 1994: 176-190). در برخی مطالعات نیز بر نقش هر دو تاکید شده است (McLeod & Perse, 1994: 433). وایواناث و همکاران (Viawanath et al, 1996) گزارش کرده‌اند که حتی بین افراد با انگیزه نیز افراد تحصیل کرده اطلاعات بیشتری درباره رژیم و تغذیه دارند. اهمیت مطالعات اخیر در این است که با فاصله گرفتن از خوش‌بینی مفرط به نقش فعالیت‌های رسانه‌ای در افزایش آگاهی‌های مربوط به سلامت، عوامل ساختاری را که موانعی در برابر ارائه اطلاعات ایجاد می‌کنند در نظر می‌گیرد.

کاربرد مطالعات «تاثیر رسانه» در سلامت

مطالعات رسانه‌ای در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی مخاطبان، به طور عمده در دو بعدی که پیش از این شرح داده شد کاربرد دارند: ۱- اثرات مواجهه روزانه با رسانه‌ها بر نتایج سلامتی ۲- اثرات کاربرد هدفدار و برنامه‌ریزی شده رسانه در رسیدن به برخی نتایج مربوط به سلامت.

۱- تاثیر روزانه رسانه بر سلامت

اولین موضوعی که به مطالعات رسانه‌ای در زمینه سلامت عمومی منجر شد، تاثیر کاربرد رسانه‌ها بر رفتار مرتبط با سلامت بود. در دهه ۱۹۳۰ موسسه پین (Payne) به مطالعات تجربی درباره اثرات تماشای فیلم بر جوانان پرداخت. موضوع این بود که آیا فیلم‌ها موجب خشونت یا سایر رفتارهای غیر اجتماعی خواهند شد یا خیر. این مطالعات بیشتر دیدگاه روان‌شناختی یا اجتماعی داشتند. تاکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر در چنین مطالعاتی از این حقیقت ناشی می‌شود که کودکان و سالمندان کاربران همیشگی تلویزیون هستند. در زمینه تاثیر روزانه رسانه بر سلامت مطالعات گسترده‌ای در مقوله‌های زیر انجام شده است:

خشونت و رسانه: مطالعات متعدد، رابطه معنی‌داری بین تماشای محتوای

خشونت‌آمیز تلویزیون و رفتار تهاجمی نشان می‌دهند. این نگرانی طولانی مدت در عصر رسانه‌های دیجیتال افزایش یافته است. با وجود نظام‌های درجه‌بندی محتوا، پژوهشگران، با یافتن برنامه‌های تلویزیونی با درجه خشونت بالا، صنعت رسانه را به بازاریابی اختصاصی خشونت بین جوانان متهم می‌کنند. علاوه بر این، مطالعات نشان می‌دهد عادات کاربرد رسانه در میان افراد جوان، با ظهور رسانه‌های جدید از جمله لوح‌های فشرده، بازی‌های ویدیویی، رایانه و اینترنت و همراهی آنها با رسانه‌های قدیمی‌تر مانند تلویزیون و رادیو تشدید شده است. برای مثال، مطالعه صورت گرفته از سوی بنیاد خانواده کایزر (Kaiser Family Foundation) نشان داد که کودکان آمریکایی، روزانه به طور متوسط تقریباً پنج و نیم ساعت از اوقات خارج از مدرسه را صرف استفاده از انواع رسانه‌ها می‌کنند. همچنین تنها تعداد اندکی از والدین قوانینی را برای سامان بخشیدن به مدت زمان کاربرد رسانه از سوی کودکان خود تعیین کرده‌اند و زمان ناچیزی را صرف نظارت بر کاربرد رسانه از سوی آنان می‌کنند (Kaiser, 1999).

چالش همیشگی این تحقیقات، کشف رابطه علت و معلولی است: آیا مواجهه جوانان با خشونت رسانه‌ای منجر به خشونت در دنیای واقعی می‌شود؟ شاید نتوان مطالعه‌ای را طراحی کرد که این معما را با قطعیت حل کند اما به هر حال بسیاری از پژوهشگران به همبستگی منطقی «مواجهه - خشونت» در مطالعات اشاره دارند.

- تبلیغات و سرگرمی: تبلیغات، با تاکید بر گروه‌های آسیب‌پذیری همچون کودکان و نوجوانان، موضوعات مربوط به سلامت عمومی را به گونه‌ای دیگر مطرح می‌کنند. برای مثال، مطالعات اخیر نشان می‌دهد تبلیغات سیگار به شدت برای جوانان جذاب است و در تصمیم آنان برای اقدام به سیگار کشیدن تاثیرگذار است. مطالعات مربوط به تبلیغات مصرف الکل در برنامه‌های سرگرمی نشان می‌دهد تأثیر این نوع تبلیغات بر جوانان، تغییر ادراک آنان به نفع استفاده از محصول است که از طریق اشاره به این هنجار غلط که «همه می‌نوشند» حاصل می‌شود. این پیشنهاد غلط که فرد برای داشتن اوقات خوب، باید الکل مصرف نماید ممکن است به خشونت‌های مرتبط به مصرف الکل نیز مرتبط شود.

- شیوه زندگی: مطالعات، همچنین نشان می‌دهد که تماشای بیش از حد تلویزیون بر پذیرش شیوه زندگی بی‌تحرك از سوی کودکان اثرگذار است و ممکن است به

افزایش وزن آنان، رواج الگوهای تغذیه‌ای غلط، بالا رفتن میزان کلسترول، نارسایی‌های تغذیه‌ای و اختلالات روانی بینجامد.

۲- کاربرد رسانه در برنامه‌ریزی‌های هدفمند مربوط به سلامت

در این زمینه، اثرات مثبت کاربرد رسانه نیز طی تحقیقات مختلف بررسی شده است. این مطالعات نشان می‌دهد در حالی که رسانه‌های جمعی بویژه تلویزیون ممکن است دارای تاثیر منفی باشند، می‌توانند و باید به منظور ایجاد تاثیر مثبت در سلامت عمومی نیز به کار گرفته شوند. این دیدگاه به طور خاص، بر دومین بعد از مطالعات رسانه‌ای و سلامت تاکید دارد: اثرات کاربرد هدفمند رسانه در زمینه‌ای از مداخلات برنامه ریزی شده.

بسیج رسانه‌های جمعی (Mass Media Campaigns) می‌تواند علاوه بر جلب هر چه بیشتر توجه عموم مردم به یک موضوع خاص، در معرفی و ارائه مفاهیم جدید نیز مفید باشد. اگرچه هدف این‌گونه برنامه‌ها، به طور معمول مخاطبان عام هستند، ممکن است پاسخ‌ها با توجه به میزان ارتباط پیام با یک گروه خاص یا عوامل دیگر متفاوت باشد (Agostinelli and Grube, 2002: 15). گزارش‌ها و اخبار پزشکی ممکن است امیدهایی را برانگیزد (گاهی اوقات به غلط)، یا نوعی زنگ خطر در نظر گرفته شود (گاهی اوقات غیر ضروری). علاوه بر این رسانه‌های جمعی می‌توانند بر کاربرد خدمات بهداشتی یا سیاست‌گذاری سلامت نیز تاثیر گذار باشند (Domenighetti, 1988: 1470). برای مثال، در برخی کشورها پس از گزارش‌های مستمر تلویزیون در مورد غذاهای حاوی کلسترول، مصرف گوشت، تخم مرغ، شیر و لبنیات پرچرب در میان مردم کاهش یافته است همچنان که گزارش‌های مربوط به خطرات مصرف بیش از حد سدیم منجر به افزایش مصرف محصولات غذایی کم نمک شده است (Warner, 1987: 140).

در بسیج رسانه‌های جمعی برای پرداختن به موضوعات مربوط به سلامت، درست مانند بازاریابی تجاری (Commercial Marketing) باید از زبان، روش و لحن مناسب برای ارائه پیام به مخاطبان هدف استفاده کرد. ضمن آنکه برای تاثیر بیشتر لازم است پیام مورد نظر با مرحله‌ای که افراد به لحاظ آمادگی برای تغییر رفتار در آن قرار دارند،

متناسب باشد (Boots and Midford, 2001; Agostinelli and Grube, 2002: 15). بسیج رسانه‌ای به تنهایی موثر نیست. این نوع برنامه‌ها می‌توانند میزان آگاهی را افزایش دهند اما به نظر نمی‌رسد بر تغییر رفتار موثر باشند. استفاده از فنون بازاریابی اجتماعی می‌تواند این اطمینان را ایجاد کند که پیام‌های رسانه‌ای با گروه هدف تناسب دارند و به آن منتقل می‌شوند همچنین شواهد نشان می‌دهد که بسیج‌های رسانه‌ای زمانی بیشترین تاثیر را دارند که یکی از اجزای بسیج چند راهبردی باشند. در اینجا به طور خلاصه، به نمونه‌ای از کاربردهای بسیج رسانه‌ای در کشور ایالات متحده اشاره می‌شود (Finnegan & Viswanath, 2002).

پیشگیری از بیماری قلبی و رسانه: در آغاز دهه ۱۹۵۰، مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داد میزان بیماری‌های قلبی به طرز چشمگیری در سراسر جهان متغیر است. واضح است که این تفاوت‌ها تا حدود زیادی ناشی از الگوهای رفتاری متأثر از فرهنگ پذیرفته شده اجتماعی است. پژوهشگران استدلال کردند که کاهش سطح کلی بیماری، نیازمند استفاده از راهبردهای چندگانه پیشگیری، با هدف تغییر در کل جمعیت است. منطق زیربنای این رویکرد، زنجیری از روابط علی ناشی از این فرضیه بود که افزایش مواجهه با چنین فعالیتی، مشارکت و همکاری منجر به تغییر رفتار را افزایش می‌دهد و این به نوبه خود، موجب افزایش تغییر در عوامل بیماری و در نهایت کاهش آن می‌شود.

فعالیت‌های پیشگیرانه در سطح جامعه، با تامین بودجه از طریق دولت فدرال آغاز شد. راهبردهای چندگانه‌ای به کار گرفته شد که در همه آنها، رسانه‌های جمعی نقش مهمی بازی می‌کردند. ایده استفاده از راهبردهای چندگانه نیز از ایده هم‌افزایی بهره می‌برد. زیرا، راهبردها وقتی که با هم به کار برده می‌شوند در دستیابی به تغییر رفتار موفق‌تر از زمانی خواهند بود که به تنهایی به کار گرفته می‌شوند (اثر کل بیش از جمع اجزاست). بنای ایده بر این اساس است که هر راهبرد، نقاط قوت و ضعف خود را در دستیابی به تغییر رفتار سلامتی دارد. برای مثال، نقطه قوت آموزش‌های گروهی (چون کلاس)، ارائه تجربه تعاملی بالا است اما نقطه ضعف آن، ظرفیت کم و پوشش تعداد محدودی از افراد است. از سوی دیگر، نقطه قوت رسانه‌های جمعی، ظرفیت بالا برای پوشش افراد و نقطه ضعف آنها، ارتباط یک سویه آنهاست. برنامه‌ریزی فعالیت، به

دنبال متعادل کردن این ضعف‌های خاص از طریق اجرای راهبردهای متنوع است. در ابتدای این برنامه، رسانه‌ها با هدف افزایش آگاهی عمومی به اصلی‌ترین عامل بیماری‌های قلبی و راهبردهای تغییر شیوه زندگی پرداختند. بنابراین برنامه‌های اجتماعی در رسانه‌های عمومی با هدف پیشگیری از بیماری قلبی به عنوان نگرانی مهمی که ارزش توجه عمومی را داشت، ساخته شدند. با توجه به نقطه قوت رسانه‌های جمعی که پوشش همزمان تعداد زیادی از افراد با اطلاعات یکسان است، شگفت‌آور نبود که آگاهی عموم مردم از پیام‌ها و برنامه‌های پیشگیری به طرز چشمگیر و سریع افزایش یافت. پوشش دادن همه بخش‌های اجتماعی - اقتصادی جامعه موضوع مهمی به شمار می‌رفت. زیرا در هر حال پوشش رسانه‌ای مقدمه‌ای برای تاثیر در نظر گرفته می‌شود. ضمن آنکه، برنامه‌ریزان فعالیت‌های مربوط به سلامت با عوامل مهمی روبه‌رو بودند که می‌توانست بر مواجهه‌ای که منجر به تغییر رفتار می‌شود، تاثیر گذار باشد. بر اساس اصل شکاف آگاهی، این احتمال وجود داشت که گروه‌های دارای موقعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر نسبت به گروه‌های دارای موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر اطلاعات بیشتری را در زمان کوتاه‌تری کسب کنند و همچنین ممکن بود افرادی که در جوامعی با اندازه و پیچیدگی متغیر زندگی می‌کنند، به دلیل تفاوت در نظام‌های ارتباطی، به نحوی متفاوت در معرض برنامه‌ها قرار گیرند. این امر برنامه‌ریزان فعالیت‌های سلامتی را متعهد به ایجاد و ارزیابی برنامه‌هایی کرد که عوامل اجتماعی - ساختاری در آنها به طور دقیق در نظر گرفته شده بود.

در ارزشیابی فعالیت‌های مربوط به پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی و به منظور سنجش میزان مواجهه با برنامه‌ها، تغییرات در آگاهی اجتماعی و توانایی عموم در یادآوری نام برنامه‌ها مورد آزمون و ارزیابی قرار گرفت. البته، ارزشیابی هیچ کدام از این نتایج میانی برای دستیابی به تغییر رفتار ضروری نبود اما از آنها برای ارزیابی فرایند ارائه برنامه استفاده شد. یعنی این نکته مورد توجه قرار گرفت که آیا بر حسب برنامه، مردم از فعالیت‌های مربوط به پیشگیری از بیماری قلبی - عروقی آگاه بودند و می‌توانستند نام منبع خاص این فعالیت را (بدون کمک) به یاد آورند؟ و مهم‌تر اینکه آیا این تاثیرات در گروه‌های اقتصادی - اجتماعی مختلف، متغیر بود؟

طی یک برنامه ۵ ساله، تقریباً هر ۶ ماه یک‌بار نمونه‌ای تصادفی از مردم در سه

جامعه تعریف شده، به منظور پایش چنین تغییراتی مورد بررسی قرار گرفت. در کوچک‌ترین جامعه (با جمعیت ۲۸۶۵۱ نفر)، آگاهی به سرعت از ۴۲ درصد در پایان شش ماه اول به بالاترین میزان (۹۱ درصد) در عرض سه سال و سپس به ۸۸ درصد، در پایان ۵ سال رسید. در جامعه محلی (با جمعیت ۱۳۷۵۷۴ نفر) میزان آگاهی عموم مردم از ۳۰ درصد در پایان شش ماه اول به بالاترین حد یعنی ۸۶ درصد در پایان سه سال و ۷۶ درصد در پایان ۵ سال رسید. در حومه (با جمعیت ۸۱۸۳۱ نفر)، میزان آگاهی از ۳۰ درصد در عرض ۶ ماه اول، به بالاترین حد (۸۴ درصد) در عرض ۳ سال و سپس ۷۱ درصد در عرض ۵ سال رسید. یادآوری نام برنامه‌ها نیز با میزان تقریباً مشابهی افزایش یافت. در جوامع محلی و حومه (بخشی از یک کلان شهر با ۲ میلیون نفر جمعیت)، نسبت به کوچک‌ترین جامعه، ارتباط رسانه‌ای بیشتری برای حفظ میزان آگاهی و یادآوری نام برنامه‌ها لازم بود. سطح ارتباط رسانه‌ای مورد نیاز بر حسب پیچیدگی جوامع بزرگ‌تر تفاوت می‌یافت. در جوامع بزرگ‌تر، راه‌های دسترسی بیشتر است.

در مورد تاثیرات برنامه بر گروه‌های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی متفاوت، مطالعه نشان داد طبق آنچه از فرضیه شکاف آگاهی قابل پیش بینی بود، میزان آگاهی از بیماری‌های قلبی و عروقی و یادآوری نام برنامه در بین گروه‌های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر (که براساس تحصیلات رسمی سنجیده می‌شد)، طی دوره ۵ ساله، بالاترین میزان را دارا بود اما نکته مهم‌تر اینکه گروه‌های دارای تحصیلات کمتر، آهنگ پیشرفت بیشتری نسبت به بالاترین گروه نشان دادند. بنابراین، با وجود آنکه شکاف آگاهی همچنان وجود داشت، برنامه در کم کردن آن موفق عمل کرد. علاوه بر این، حائز اهمیت است که بدانیم تغییر در میزان آگاهی گروه‌های با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین نیز اتفاق افتاد اما به طور معمول دیرتر از گروه‌های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر. از نگاه ما، دلیل اولیه این امر، دسترسی برابر به مجاری ارتباطی و آموزشی است که حتی اهمیت تحلیل آن را در مراحل برنامه‌ریزی فعالیت افزایش می‌دهد. یعنی چه روش‌هایی بیشتر به کار می‌روند و کدام یک برای کدام گروه‌ها بیشترین تاثیر را دارند؟

نتیجه‌گیری

ارائه پیام‌های مربوط به سلامت در رسانه‌های جمعی نیازمند توجه به نکاتی است که بدون آنها، برنامه به هدف خود نخواهد رسید. در برنامه‌ریزی برای طراحی پیام‌های سلامت، پیش از هر چیز باید رسالت و هدف برنامه را روشن کرد و سپس به ارزیابی مخاطبان خاص برنامه و نیازهای آموزشی آنان پرداخت. در طراحی برنامه و به دنبال آن در بررسی تاثیر برنامه، باید به موضوعاتی از قبیل شکاف آگاهی بین گروه‌های متفاوت اجتماعی - اقتصادی، نوع شبکه و محتوای برنامه، ساختار اجتماع به لحاظ میزان پیچیدگی و در نهایت عوامل انگیزشی توجه کرد. پس از طراحی و اجرای برنامه، اجرای یک ارزیابی کامل، به تهیه‌کنندگان کمک خواهد کرد علاوه بر بررسی تاثیر برنامه و میزان دستیابی به اهداف، از نتایج حاصل در برنامه‌ریزی‌های بعدی استفاده کنند. داشتن تصویری روشن از نحوه ارزیابی اولیه جامعه مخاطبان، طراحی برنامه، اجرا، پایش و در نهایت ارزیابی نهایی و بلند مدت برنامه می‌تواند موفقیت در رسیدن به هدف را تضمین کند.

نگاهی به آینده پژوهش‌های رسانه و سلامت

در خصوص کاربرد نظریه‌های ارتباطی در فعالیت‌های رسانه‌ای مربوط به سلامت، موضوعات مهمی مطرح است که پژوهش‌ها را در قرن اخیر تحت تاثیر قرار داده است. اولین مورد، مطالعه مداوم تاثیر رسانه‌ها بر مخاطبان آسیب‌پذیر همچون کودکان و جوانان است. افراد تقریباً از زمان تولد به طور بی‌وقفه در مواجهه با تلویزیون قرار می‌گیرند. در دنیای امروز، اینترنت و سایر فناوری‌های اطلاعاتی جدید نیز به انواع رسانه‌ها اضافه شده‌اند. می‌دانیم که هدف اصلی رسانه‌ها، ارتقای سلامت عمومی نیست و حتی در بسیاری از کشورها این هدف با اهداف سلامت عمومی در تضاد است. آیا رسانه‌های جمعی به عنوان تولیدکنندگان پیام، به ارتقای محتوای برنامه‌های خود در جهت دستیابی به اهداف سلامت عمومی تشویق شده‌اند؟

پاسخ «شاید» دوپهلو باشد. موفقیت‌هایی به دست آمده، بویژه با تلاش حامیان سلامت عمومی در راه تشویق تولیدکنندگان تلویزیونی به ارائه پیام‌های مثبت در خلال

برنامه‌ها اما تلاش‌های بیشتری باید صورت گیرد تا رسانه‌ها به تعدیل محتوای برنامه‌هایی پردازند که در ارتباط با سلامت عمومی، نابهنجار محسوب می‌شوند. این مهم، نقش حامیان سلامت عمومی در ایجاد رابطه با رسانه‌ها و تشویق چنین تغییراتی را دو چندان می‌کند.

دومین حرکتی که در قرن جدید ادامه خواهد یافت، استفاده از رسانه‌های جمعی در جهت دستیابی به تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی است. بویژه، مکان‌های اجتماعی سلامت، محیطی مناسب برای بررسی اثرات اجتماعی برنامه‌ها در طول تحلیل خواهند بود. یکی از موضوعات قابل توجه این است که چگونه ارتباط در هر کدام از سطوح تحلیل ممکن است بر ارتباط در سایر سطوح تاثیر گذارد. بی‌تردید، عوامل فردی و عوامل ساختاری و اجتماعی هر دو در این زمینه مسئولیت دارند. قدرت تأثیرگذاری هر مجرای ارتباطی (رسانه‌های جمعی یا بین فردی) ممکن است به پیچیدگی تغییر رفتار مورد نظر بستگی داشته باشد. از سوی دیگر، هر چه رفتار پیچیده‌تر باشد، نیاز بیشتری برای مواجهه چندگانه با منابع چندگانه وجود دارد. در اینجا تاثیر هر مجرا به تنهایی، به نسبت کمتر است.

موضوع سوم، نابرابری سلامتی (Health Inequality) است و اینکه ارتباطات ممکن است هم علت و هم راه حلی موثر باشد. حذف تفاوت‌های نژادی و اقتصادی - اجتماعی یکی از مهم‌ترین اهداف ارتقای سلامت معرفی شده است. مطالعات نشان می‌دهد اقلیت‌ها و خانواده‌های با تحصیلات و درآمد کمتر از بیماری‌های بیشتری نسبت به اکثریت متوسط و افراد با درآمد و تحصیلات بالا رنج می‌برند. با وجود این حقیقت که محیط رسانه‌ای کنونی به لحاظ شبکه و اطلاعات غنی است، این افراد کمتر در معرض مواجهه با اطلاعات پیشگیری قرار می‌گیرند. فناوری‌های ارتباطی جدید همچون اینترنت نیز که منبع جدید اطلاعات به شمار می‌روند، به این موضوع دامن می‌زنند زیرا همه به طور یکسان به آنها دسترسی ندارند. مطالعات، توجه را به «تقسیم دیجیتالی» (Digital Divide) معطوف کرده‌اند که دسترسی کمتر فقرا را به فناوری‌های جدید نشان می‌دهد. موضوع کیفیت دسترسی نیز نگرانی مهمی است.

در نهایت باید دید آیا با در نظر گرفتن اولویت‌های فعلی در سلامت عمومی جایگاهی برای تبلیغات درباره سلامت عمومی در رسانه‌های ملی وجود دارد؟ برخی

تولید و تاثیر پیام در رسانه‌های جمعی با رویکردی بر مقوله سلامت ❖ ۲۵

می‌گویند فعالیت‌های ملی، اتلاف وقت است و باید منابع را در راه بسیج جوامع محلی برای تغییر رفتار سلامتی هزینه کرد. با این حال به نظر می‌رسد فعالیت‌های رسانه ملی دارای اهمیت خاصی باشند زیرا به ساخت برنامه‌های پیشگیری ملی در موضوعات مورد نظر کمک می‌کنند. رسانه ملی می‌تواند فعالیت‌های محلی را که اغلب هدفمندتر و قوی‌تر هستند، تقویت کند. مناسب‌ترین موضوعات برای فعالیت‌های ملی رسانه‌ها، مواردی هستند که نگرانی عموم جامعه را برمی‌انگیزند اما فعالیت‌های ملی رسانه‌ای نباید به عنوان جایگزینی برای پیشگیری در سطح جامعه به کار گرفته شوند و نباید انتظار داشت این برنامه‌ها بدون مشارکت محلی به تغییر رفتار گسترده‌ای دست یابند.

منابع:

- 1- Agostinelli, G. and Grube, J. (2002) **Alcohol Counter-advertising and the Media** . Alcohol Research and Health, 26(1).
- 2- Atkin, CK. and Atkin, EB. (1990) **Communicating health information**. In: Atkin and Wallack, Mass communication and public health. London: Sage.
- 3- Beniger, JR. and Gusek, JA. (1995) **The cognitive revolution in public opinion and Communication Research**. In: TL. Glasser and CT. Salmon, Public Opinion and the Communication of consent. New York: Guilford Press.
- 4- Boots, K. and Midford, R. (2001) **Mass media marketing and advocacy to reduce alcohol related harm**. In: N. Heather, TJ. Peters and T. Stock well, International Handbook of Alcohol Dependence and Problems, UK: John Wiley & Sons.
- 5- Bryant, J. and Zillman, D. (1994) **Media effects: Advances in theory and research**. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 6- Catford, J. (1995) **The mass media is dead: long live multimedia**. Health Promotion International, 10.
- 7- Chapman, S. and Lupton, D. (1995) **The Sight for public health**. London: BMJ.
- 8- Domenighetti, G.; Luraschi, P.; Casablanca, A.; Gutzwiller, F.; Spinelli, A.; Pedrinis, E. et al. (1988) **Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates**. Lancet, 2.
- 9- Donohoe, GA.; Tichenor, PJ. and Olien, CN. (1995) **A Guard Dog Perspective on the role of media**. Journal of Communication, 45(2).
- 10- Etteme, JS.; Brown, J. and Luepker, RV. (1983) **Knowledge gap**

effects in a health information campaign. Public Opinion Quarterly, 47.

11- Finnegan, JR.; Viswanath, K. (2001) **Communication theory and health behavior change.** in: K. Glanz, BK. Rimer and FM. Lewis, Health Behavior and Health Education, third edition, New York: Jossey – Bass.

12- Fredin, E. Monnett, TH. and Kosicki, GM. (1994) **Knowledge gaps, social locators, and media schemata: gaps, reverse gaps, and gaps of disaffection.** Journalism Quarterly, 71.

13- Gandy, OH. (1988) **Beyond agenda-setting.** Norwood, NJ: Ablex.

14- Gaziano, C. (1988) **Community knowledge gap,** Critical Studies in Mass Communication, 5.

15- Kaiser Family Foundation (1999) **Kids and the media@the New millennium.** Publication no. 1536. Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, <http://www.kff.org>.

16- Lefever, C. (1992) **Social marketing and health promotion.** In: Health Promotion: Disciplines and Diversity (Bunton, R. & MacDonald, G., Eds), London: Rutledge.

17- McLeod, JM. and Perse, EM. (1994) **Direct and indirect effects of socioeconomic status on Public affairs knowledge.** Journalism Quarterly, 71.

18- Nandy, BR. & Nandy, S. (1997) **Health education by virtue of its mission is centered around mass media and communications: implications for professional preparation.** Journal of Health Education, 28.

19- Sigal, LV. (1987) **Sources make the news.** In K. Manoff and M. Schudson (Eds), Reading the news. New York: Pantheon.

20- Tones, K. (1993) **Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education.** Health Education Journal, 52.

21- Tones, K. (1996) **Models of mass media: hypodermic, aerosol or agent provocateur?** Drugs: Education, Prevention and Policy, 3.

22- Viswanath, K. and Finnegan, JR. (1996) **The knowledge gap hypothesis: twenty- five years later.** In: B. Burlson, Communication Yearbook, vol. 19, Thousand Oaks, Calif.: Sage.

23- Warner, KE. (1987) **Television and health education: stay tuned.** Am J. Public Health, 77.

24- Whitehead,D.(2000) **Using mass media within health-promoting practice: a nursing perspective.** Journal of Advanced Nursing, 32(4).

25- Zandpour, F. and Fellow, AR. (1992) **Knowledge gap effects: audience and Media Factors in alcohol-elated health communication.** Mass Communication Review, 19(3).

روش‌های موثر آگاه‌سازی در حوزه سلامت

دکتر نعمت الله بابایی*

چکیده

مقاله حاضر با بررسی روش‌های موثر آگاه‌سازی و آموزش در حوزه سلامت، به دو شیوه آموزش سنتی و نوین در این زمینه می‌پردازد. نگارنده معتقد است در حالی که مدل‌های سنتی آموزش سلامت، بر جنبه‌های فردی و معمول زندگی تاکید دارند، در آموزش‌های نوین، تاکید بر توانمندسازی و عمل اجتماعی است. اگر آموزش تعاملی و مقتدرساز در حوزه سلامت از طریق رسانه اجرا شود، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارها به مرور در فرد و جامعه تغییر خواهند یافت زیرا در روش‌های نوین آگاه‌سازی، به برانگیختن سطحی فرد و جامعه بسنده نمی‌شود بلکه سعی در تعمیق آگاهی پیام‌گیران و انگیزش حس مشارکت واقعی آنهاست.

کلید واژه‌ها: آگاه‌سازی موثر، رسانه، سلامت.

*. عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مقدمه

برای شناخت دقیق و علمی شیوه‌های صحیح زندگی، آموزش مستمر و مداوم امری ضروری است. بخشی از این آموزش‌ها که با هدف ایجاد رفتار مطلوب و حفظ سلامت صورت می‌گیرد، «آموزش بهداشت» یا به بیان دیگر «آموزش سلامت» نامیده می‌شود. همه طبقات اجتماعی، در هر نقطه از جهان، نیازمند «آموزش سلامت» هستند و این فرآیندی است که با توجه به تغییرات مداوم شرایط زندگی، پیوسته و پایان‌ناپذیر است. در مقایسه با اطلاع‌رسانی که به طور عمده بر سطح دانش افراد تکیه دارد، آموزش بیش از هر چیز بر تغییر نگرش تأکید می‌کند، هرچند مرزهای دانش و نگرش نیز با یکدیگر اشتراک دارند و اطلاعات مناسب به سهم خود می‌تواند در پیدایش نگرش سهم مهمی ایفا کند.

آموزش باید فرآیندی فعال و دوسویه باشد تا فرد نگرش‌ها و ایده‌ها را جذب و درونی کند و رفتار مناسبی از خود بروز دهد. فرآیند آموزش باید منجر به تغییر رفتار مناسب و دائم شود. در حیطه سلامت، ضرورت آموزش و آگاه‌سازی موثری که بر تغییر نگرش و رفتار تأثیرگذار باشد، از اهمیتی دوچندان برخوردار است زیرا براساس بررسی‌های صورت گرفته، بی‌سوادی بهداشتی، عالم‌گیر است و گریبان‌افشار تحصیل کرده را نیز می‌گیرد (WHO,2000:62).

کارکرد و دیدگاه‌های آموزش سلامت

دیدگاه‌های ارائه شده در زمینه آموزش سلامت را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد:

۱- دیدگاه سنتی

۲- دیدگاه نوین

در مدل سنتی آموزش سلامت، تأکید بر جنبه‌های فردی و معمول زندگی است این دیدگاه را مدل پزشکی (Medical Model) نیز نامیده‌اند. این مدل، پیشگیری در سطوح مختلف، بهره‌گیری صحیح از خدمات بهداشتی و درمان بیماری را مدنظر دارد. در این مدل کوشش می‌شود افراد ملزم به رفتار بهداشتی باشند و کسانی که در معرض بیماری

قرار گرفته‌اند، به طور منظم برای معاینه حاضر شوند و داروهای خود را مصرف کنند. در سال‌های اخیر، مدل پزشکی مورد انتقاد بسیار قرار گرفته است. محور اغلب انتقادات این است که در این دیدگاه، آموزش سلامت بر فرد متمرکز می‌شود و این هم غیراخلاقی و هم بی‌تاثیر است زیرا ریشه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ضعف بهداشت را در نظر نمی‌گیرد. این مطلب به طور کلاسیک در «قیاس رودخانه» زولا (Zola) مطرح شده است. در این قیاس، تلاش‌های دیوانه‌وار پزشک برای نجات بیمار، به تلاش‌های فردی تشبیه شده است که غرق‌شدگان را از سیلاب بیرون می‌کشد و در برابر این انتقاد که چرا به عوامل اصلی غرق شدن توجه نمی‌کند، پاسخ می‌دهد: «من چنان درگیر بیرون کشیدن افراد و دادن تنفس مصنوعی به آنان هستم که فرصت ندارم ببینم چه عاملی موجب شده است مردم به آب بیفتند». حال اگر حل مقطعی مشکل را رها کنیم باید توجه خود را به قسمت بالای رود، یعنی جایی که مردم به آب می‌افتند، معطوف سازیم. به بیان دیگر، باید به نقش عوامل بنیادی اجتماعی، اقتصادی و سیاسی توجه کنیم. برای مثال عوامل اصلی تولید مواد غذایی غیر بهداشتی را در نظر بگیریم زیرا این جامعه است که عادات غیر بهداشتی را ایجاد و تقویت می‌کند؛ مدل سنتی آموزش سلامت نه تنها تهدیدی برای ساختارهای موجود نیست بلکه به گونه‌ای است که کنترل‌کنندگان نظام به راحتی خود را با آن هماهنگ می‌کنند (چانداران، ۱۳۷۴).

در مدل نوین آموزش سلامت، هدف، حل ریشه‌ای مشکلات مربوط به فقدان بهداشت و توجه به «بالادست رود» است. دستیابی به تغییرات اجتماعی و محیطی، با ارتقای آگاهی انتقادی و با مشارکت اعضای جامعه و فعال‌سازی و توانمندسازی آنان انجام می‌گیرد زیرا در این مدل، اعتقاد بر این است که موفقیت بزرگ‌تر (برای مثال) فروش غذاهای صرفاً سالم است نه اینکه مطابق با آموزش‌های سنتی، ما فقط نصیحت کنیم و دیگران کار خود را انجام دهند. در مدل نوین، اصل اساسی این است که در هر جامعه، تغییر اجتماعی از طریق مهارت آموزی، بسط آگاهی انتقادی و تفویض قدرت و اختیار به افراد و گروه‌ها برای دگرگون ساختن محیط پیرامون امکان‌پذیر شود. این مدل، ارتقای سلامت را در همه ابعاد با ارائه گزینه‌های مختلف بهداشتی تسهیل می‌کند و از شیوه‌هایی برای تغییر رفتار بهره می‌گیرد که دو سویه و تعاملی هستند و مخاطب در آنها نقش فعال و اصلی را ایفا می‌کند. چنین روشی منجر به مقتدرسازی گروه هدف

می‌شود در حالی که مدل سنتی، محافظه‌کارانه، ایستا، یک سویه و دستوری است. مدل نوین آموزش سلامت، یک مدل نظام‌مند است. طرح پیام با استفاده از خواص نظام صورت می‌گیرد که بارزترین آنها در آغاز، طراحی پیام هدفمند و در پایان، تعیین چگونگی ارزیابی پس از ارائه پیام است. در این مدل، ابتدا هدف برقراری ارتباط تعیین می‌شود و سپس با توجه به هدف یا اهداف، ویژگی‌های جامعه مخاطب از دیدگاه‌های مختلف مورد شناسایی دقیق قرار می‌گیرد. در مرحله سوم، با توجه به هدف و مشخصات جامعه، محتوای پیام مشخص و تدوین می‌شود و در مرحله چهارم، پیام سازمان‌دهی می‌شود، در مرحله پنجم، با توجه به کلیه عناصر پیشین، وسیله ارتباطی مشخص می‌شود و در مرحله ششم، پیش‌بینی‌های لازم در مورد ارائه پیام صورت می‌گیرد و ارتباط برقرار می‌شود در مرحله پایانی نیز ارزیابی کلی به عمل می‌آید. امروزه در اکثر نظام‌های موقتی آموزشی و سازمان‌های هوشمند، این مدل مورد استفاده قرار می‌گیرد و نوع رسانه با توجه به نیازهای گروه هدف و شرایط موجود انتخاب می‌شود (همان).

بدیهی است معیارهای موفقیت در مدل سنتی، نیازمند ارزشیابی‌های کاملاً متفاوت با ارزشیابی الگوهای نوین است. در مدل سنتی، ملاک موفقیت یا شکست برنامه‌های آموزشی مختلف برای مثال در مورد مضرات مصرف سیگار، سنجش آگاهی عمومی قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی است در حالی که در مدل نوین ریشه‌گرا، ملاک و معیار سنجش، موفقیت در برقراری نظام جلوگیری از فروش است. در الگوی آموزشی نوین که تعاملی، ریشه‌گرا و توانمندساز است، در حوزه سلامت بر موارد زیر تاکید می‌شود:

- اعتقاد به توانایی افراد برای پذیرش دگرگونی و رهایی از فقر، جهل، بیماری و مشکل؛

- طرد تفاوت‌های ماورایی بین «آموزش‌دهنده» و «آموزش‌گیرنده» و در نظر گرفتن هر دو به عنوان «فراگیرنده»؛

- گفت و شنود آزاد و دوسویه تعاملی؛

- مشارکت در کوشش‌های رهایی‌بخش (Effeer, 2002:62).

حاصل آنکه، آگاه‌سازی یا هوشیارسازی، جایگزین روش‌هایی می‌شود که به «انتقال

صرف اطلاعات» یا «قانع کردن» بسنده می‌کنند. در این شرایط، آموزش از حالت «انفعالی» خارج می‌شود، خصلت یک سویه بودن را از دست می‌دهد و به کنشی تعاملی، خلاق و آگاهانه تبدیل می‌شود. به همین دلیل نیز از این آموزش، با عنوان آموزش «مسئله طرح کن»، «مسئله حل کن» یاد می‌شود و توانمندسازی فرد یا گروه، ملاک موفقیت به شمار می‌رود البته باید اذعان کرد که اجرای چنین آموزشی از طریق رسانه به سادگی امکان‌پذیر نیست اما به هر حال باید کوشید با نزدیک شدن به این روش و با استفاده از آموزش‌های مکمل، به نتایج موردنظر دست یافت.

رسانه‌ها در شکل‌دهی و تقویت هنجارهای اجتماعی اهمیت بسیاری دارند. در این میان، رادیو و تلویزیون از نفوذ بیشتری برخوردارند اما نقش روزنامه‌ها و مجلات، پوسترها و آگهی‌های تبلیغاتی را نیز در ایجاد نگرش‌ها و ارزش‌ها نباید نادیده گرفت. استفاده از رسانه‌ها در حوزه سلامت، هنگامی قرین موفقیت خواهد بود که با راهبردهای دیگر همراه شود. مطالعات مربوط به تاثیر رسانه‌ها نشان داده است رسانه‌ها آگاهی جمعیت هدف را افزایش می‌دهند اما به تنهایی نمی‌توانند تغییر محسوسی در رفتار آنان ایجاد کنند.

پیش شرط‌های موفقیت پیام در رسانه

۱- مخاطب‌شناسی: برای استفاده از رسانه‌ها، ابتدا باید به پرسش‌های زیر پاسخ داد: گروه مخاطب به طور مشخص چه کسانی هستند؟ در چه رده سنی و جنسی و در کدام طبقه اجتماعی قرار دارند؟ از چه رسانه‌هایی در چه زمان‌هایی بیشتر استفاده می‌کنند؟ چه پیام‌هایی را بیشتر دریافت می‌کنند و آنها را به چه شکل و از جانب چه کسانی بیشتر می‌پذیرند؟

درخصوص استفاده از تلویزیون به عنوان مجرای انتقال پیام، در حوزه سلامت دو نکته را باید در نظر گرفت:

الف) قابلیت پذیرش برنامه (acceptibility): به این معنی که برنامه به چه میزان می‌تواند توجه بیننده را به خود جلب کند.

ب) میزان تاثیر (efficiency): در صورتی که مخاطب، پیام برنامه مورد نظر را دریافت کند و به آن توجه نشان دهد، چه تاثیری بر نگرش و رفتار او خواهد داشت؟

در این زمینه باید محدودیت‌های زمانی و هزینه استفاده از هر وسیله ارتباط جمعی را نیز در نظر داشت. به عقیده مبلغان تجاری، برای آگاه کردن بیننده، آگهی را چندین بار باید نمایش داد، به این ترتیب بدیهی است که تغییر نگرش و باورهای مربوط به سلامت و رفتار سالم به تکرار بیشتری نیازمند است (حدود هشت بار). باید توجه داشت رسانه‌ها و برنامه‌هایی که افراد در معرض خطر را تحت پوشش قرار می‌دهند، ارجحیت بیشتری دارند (Ibid:146).

۲- طی برنامه‌های آگاه‌سازی در حوزه سلامت و رفتار سالم می‌توان ضمن نمایش برنامه‌ها یا فیلم‌های آموزشی از تلویزیون، جلساتی را به بحث، نقد و تبادل نظر در مورد محتوای این فیلم‌ها اختصاص داد. این جلسات می‌تواند به صورت بحث‌های میان فردی (interpersonal communication) یا گروهی (discussion group) برگزار شود. مطالعات نشان می‌دهد برگزاری این جلسات به عنوان مکمل، تاثیر فیلم‌های آموزشی و پایایی آن را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد (Ibid:163).

۳- فعالیت‌های آگاه‌سازی در حوزه سلامت، باید با افزایش و گسترش مداوم اطلاعات مربوط به مشخصات و نیازهای افراد در معرض خطر، عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده همراه باشد همچنین لازم است با بررسی دلایل موفقیت یا شکست برنامه‌ها، فعالیت‌ها مورد ارزشیابی و بازنگری قرار گیرند. در دنیای امروز که دانش ارتقای سلامت در سراسر جهان، با شتاب بسیار در حال پیشرفت است، آموختن و به کارگیری این دانش، تلاش و هوشیاری بیشتر کسانی را که در آغاز راه قرار دارند می‌طلبد (Ibid:192).

اصول آگاه‌سازی رسانه‌ای در حوزه سلامت

اگر کارکرد آموزش را زمینه‌سازی برای تغییر، تعمیق یا تعدیل «رفتار» بدانیم، برخی از اصول آن بویژه در حوزه سلامت، علاوه بر پیش شرط‌های یاد شده، به قرار زیر است:

۱- نیاز: آموزش باید مبتنی بر نیاز باشد بنابراین لازم است باورها، گرایش‌ها، تعصبات، منافع و ... گروه هدف را به نحو مناسبی شناخت و این شناخت را با خواسته‌ها و نیازهای واقعی آنان تطبیق داد (ایورکی، ۱۳۷۳). در عالم واقع ممکن است

نیاز یک نوجوان تهرانی با یک نوجوان روستایی متفاوت باشد.

۲- مراتب: آموزش باید از دانسته‌ها به نادانسته‌ها جریان یابد و مراتب درک، پذیرش و جذب ایده‌های جدید از سوی مخاطب، رعایت شود. برای مثال در صورتی که نوجوانان مضرات مصرف سیگار را بدانند می‌توان با استفاده از این آگاهی، مضرات مواد مخدر را نیز برای آنان تشریح کرد (چاندران، ۱۳۷۴).

۳- آزادی: برای رفع تردیدها، تعیین نکات منفی و مثبت و یافتن راه حل مناسب باید به بحث آزادانه پرداخت تا توانمندسازی تحقق یابد و فرد قادر باشد در موارد لازم به استدلال بپردازد و از خود مراقبت کند (Mac Grath, 2003:610).

۴- همدلی و روابط انسانی: لازمه جلب اعتماد و علاقه به فراگیری، برقراری روابط حسنه و ایجاد همدلی و هماهنگی است (Ibid:42).

۵- استفاده از دانش و اطلاعات نوین: آموزش بدون استفاده از دانش‌های نوین قدرت لازم را ندارد. دانش و اطلاعات می‌تواند نگرش فرد را در هر زمینه تغییر دهد اطلاعاتی که به افزایش اعتماد به نفس فرد کمک می‌کنند، زودتر به نگرش تبدیل می‌شوند (Ibid:99).

۶- ارتباط دوسویه: این اصل در برقراری ارتباط صحیح و رفع شک و تردید اهمیت اساسی دارد فراگیران را از انفعال خارج می‌کند و امکان اظهارنظر، خردورزی جمعی و مشارکت را برای آنان فراهم می‌آورد. امروزه با استفاده از تلفن، ارسال پیام کوتاه و نظایر آنها می‌توان بیننده و شنونده رسانه را از انفعال درآورد و ارتباط را دو سویه کرد (Ibid:69).

۷- استفاده از فن‌آوری: آموزش بدون استفاده از فن‌آوری مناسب، چندان اثربخش نخواهد بود؛ برای پشتیبانی و تقویت اثر آموزش باید از وسایل سمعی - بصری و فناوری مناسب آموزشی استفاده کرد و از این طریق به ماندگاری و درونی شدن آن تحقق بخشید. به بیان دیگر، همراهی پیام با تصویر و جاذبه‌های دیداری، می‌تواند انتقال آن را با موفقیت بیشتری همراه کند (Montgomery, 2002:47).

۸- پیشگیری از انبوه اطلاعات: یک خطر بزرگ در آموزش، ارائه انبوهی از اطلاعات در برخورد اول است. باید از تمایل به بیان مفصل اطلاعات علمی و تحقیقی کاست و به آنچه نیاز گروه هدف است، اندیشید. روش بمباران اطلاعاتی رفتاری پر

خطر و روشی نامناسب است. گاه اصطلاحات تخصصی، موجب آلودگی اطلاعاتی (Data pollution) و مانع از فهم صحیح می‌شود.

۹- تکرار با تنوع: برای نهادینه شدن آموزش در حوزه سلامت، «پرآموزی» ضرورت دارد؛ یعنی مطالب به دفعات لازم، برای گروه هدف تکرار شود اما این تکرار باید توأم با تنوع باشد تا از ایجاد تاثیر تقلیلی جلوگیری شود؛ برای مثال تکرار یک موضوع در پیشگیری از اعتیاد آن را به کلیشه تبدیل می‌کند و اثر آن را کاهش می‌دهد، تکرار بیش از حد، به دلزدگی منجر می‌شود (Ibid:114).

۱۰- استفاده از الگوها و رهبران: از مهم‌ترین روش‌های شناخته شده و موثر آموزش برای ایجاد تغییر در رفتار و گرایش در گروه هدف، بویژه در موضوع‌های مرتبط با سلامت، استفاده از رهبران و الگوهای فکری و رفتاری است همچون قهرمانی که هرگز سیگار مصرف نمی‌کند، غذاهای سالم مصرف می‌کند و الگوی زندگی سالم را در رفتار خود دارد. به شرط همراه بودن با آموزش‌های جنبی، این روش از مهم‌ترین روش‌های اثربخش کردن آموزش‌هاست (Ibid:117).

۱۱- استفاده از ایجاد انگیزه و علاقه: با فراهم آوردن انگیزه و علاقه در گروه مخاطب می‌توان آمادگی لازم را برای کسب دانش و تغییر نگرش ایجاد کرد. ایجاد انگیزه، علاوه بر کمک به یادگیری، در تثبیت و استمرار رفتار سالم نیز عاملی موثر است (WHO,2000:65).

۱۲- استفاده از حمایت اجتماعی: برای ایجاد نگرش مثبت و منفی نسبت به موضوعی، استفاده از گروه همسالان و تاثیر گروه، همواره موفقیت‌آمیز بوده است. از این رو می‌توان برای ترغیب افراد بویژه جوانان و نوجوانان به دوری جستن از رفتارهای پر خطر از این روش استفاده کرد و بخشی از پیام‌ها را از طریق گروه تهیه و اجرا کرد (Maibach,1995:63).

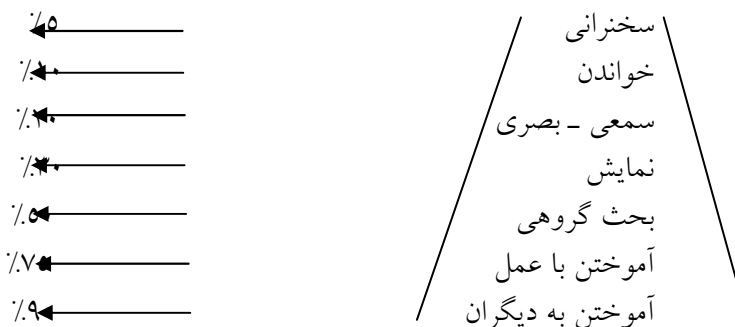
۱۳- استفاده از هیجان و عواطف: با استفاده از عواطف می‌توان نگرش‌ها را متاثر کرد. نگرش نیز نقش کلیدی در ایجاد رفتار سالم دارد. مطالعات نشان می‌دهد بهترین و مناسب‌ترین پیام‌ها، بدون استفاده از هیجان و عواطف، موفقیت مناسبی به دست نخواهند آورد (Effeer,2002:105).

۱۴- استفاده از خرده‌فرهنگ: این اصل، کمک بسیاری به یادگیری، ماندگاری و

تغییر ارزش‌ها در فرد و گروه‌های خاص می‌کند و از آن می‌توان برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر استفاده کرد زیرا براساس اصل «از دانسته به نادانسته رفتن» از زمینه‌های قبلی و ارزشی فرد استفاده می‌کند (Ibid:109).

۱۵- استفاده از فن شخصی‌سازی: اگر موضوعات آموزشی در حوزه سلامت عمومی به شیوه مخاطب قرار دادن فردی مطرح شوند، موثرتر خواهند بود؛ برای مثال جمله «تو در معرض خطر جدی هستی» بیش از جمله «جوانان در معرض خطر جدی هستند» اثرگذار است (Ibid:63).

۱۶- استفاده از روش‌های ادراکی: آموزش باید از دانستن صرف، به سمت فهمیدن، تجزیه و تحلیل، ترکیب و در نتیجه ارزش‌گذاری و ادراک پیش رود. عمق و غنا بخشیدن به آموزش، نیازمند در نظر گرفتن رفتار ورودی و خروجی است، روش‌های تاثیرگذار بر ادراک فرد و گروه، به طور عمده روش‌هایی هستند که در روان‌شناسی یادگیری از آنها با عنوان روش‌های اکتشافی و کاوشگری یاد می‌شود، مشارکت و درگیری فرد عامل پایه‌ای آنها به شمار می‌رود و موجب تفکر عالی ماندگار و تغییر نگرش می‌شوند. منظور از تفکر ماندگار، امکان یادآوری آموخته‌ها از سوی فراگیر است. روش‌های یاددهی و یادآوری در مقایسه با یکدیگر، هر می را تشکیل می‌دهند که از اساس تا قاعده، قدرت ابقایی آنها افزایش می‌یابد:



شکل ۱- هرم یادآوری

بنابراین تا حد ممکن باید از روش‌های موجود در قاعده هرم برای اثربخشی بیشتر در حوزه رفتارهای سالم استفاده کرد و اگر صرفاً از طریق رسانه نمی‌توان از روش‌های موثرتر استفاده کرد، باید از روش‌های مکمل رسانه مدد جست (Ibid:41).

۱۷- تاثیر پذیری: عقاید گروه هدف زمانی تغییر می‌کند که به تخصص و اعتبار علمی منبع پیام اعتماد داشته باشند. بنابراین در ارائه پیام‌های سلامت باید تا حد امکان از افراد صاحب‌نظر، مسلط و با نفوذ استفاده کرد (ارنسون، ۱۳۷۱).

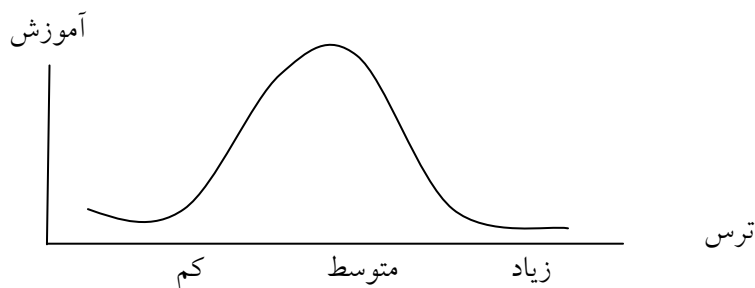
۱۸- منافع شخصی: تاثیر پیام و اعتماد به فرستنده آن زمانی افزایش می‌یابد که منافع شخصی منبع پیام در آن نقشی نداشته باشد (همان).

۱۹- بی طرفی: تاثیر و اعتماد، زمانی افزایش می‌یابد که منبع و مبلغ پیام، سعی نداشته باشد به طور مستقیم و آشکار مخاطبان را تحت تاثیر قرار دهد (همان).

۲۰- همانندسازی: در صورتی که منبع پیام بتواند با افراد همانندسازی کند و در آنان احساس مثبتی پدید آورد، رفتار و عقاید بیشتری را تحت تاثیر قرار خواهد داد (Effeer,2002:106).

۲۱- تاثیر علاقه: در عقاید و رفتار جزئی، انسان‌ها دوست دارند تحت تاثیر فرد مورد علاقه خود قرار گیرند، حتی اگر بدانند وی با تحت تاثیر قرار دادن آنان در پی جلب منفعت است (Ibid:109).

۲۲- ترس متوسط: برداشت مردم از هیجان و وحشت سطوح مختلفی دارد. برای افراد با عزت نفس پایین، ترس، هیجان و وحشت پایین اثربخش‌تر است و برای کسانی که عزت نفس بالاتری دارند، ترس و هیجان بیشتر، می‌تواند تاثیرات رفتاری بیشتری ایجاد کند اما در هر حال، این مسئله نیاز به مخاطب‌شناسی دارد و از این رو، بهترین روش ارائه پیام در شکل عام، ایجاد هیجان، ترس یا وحشت متوسط است تا انگیزه بیشتری را در بیشترین گروه مردم موجب شود (Mac Grath,2003:69).



شکل ۲- رابطه ترس متوسط و آموزش و یادگیری

۲۳- **تأثیر تقدم و تاخر:** باید به اثر مقدم (primary Effect) و اثر موخر (secondary Effect) نیز توجه داشت زیرا آنچه در پایان پیام عنوان می‌شود، به طور معمول، اثربخشی بیشتری دارد. طی بحث یا برنامه، فواید و مضرات رفتار یا ماده‌ای توضیح داده می‌شود اما آنچه در پایان بر آن تاکید می‌شود، به عنوان اثر موخر در ذهن افراد باقی می‌ماند، بنابراین همواره در پایان کلام باید بر رفتار یا پدیده‌های سالم تاکید کرد (ارنسون، ۱۳۷۱).

اصول یاد شده، مربوط به اثربخشی ارتباط بود اما باید یادآوری کرد که افراد از جهات گوناگونی با یکدیگر تفاوت دارند و این امر، عام شدن پیام را محدود می‌کند. نتیجه‌گیری‌های ما ممکن است برای همه مردم به طور کامل صدق نکند. تفاوت در نگرش‌ها، ارزش‌ها، توانایی‌ها و ویژگی‌های شخصیتی و تجارب گذشته می‌تواند بر پاسخ مردم به یک پیام یا ارتباط تأثیر داشته باشد.

از سازوکارهای یاد شده می‌توان برای متقاعد کردن مردم، ترغیب آنان به امور بهداشتی - انسانی، متوقف کردن آزار دیگران، کاهش درد و رنج یا علاقه‌مند شدن به دیگران استفاده کرد. بسیاری از مردم این موارد را دستاوردهای مهمی تلقی می‌کنند اما نباید از این نکته غافل شد که این سازوکارها مانند سایر دستاوردهای بشر برای رسیدن به مقاصد سوء نیز قابل استفاده هستند، البته دغدغه اصلی آموزش و ارتباطات بهداشتی، ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم است و همواره پژوهش و اقدام مستمر در باب بهبود رفتار سالم انسان‌ها ادامه خواهد یافت.

نتیجه‌گیری

امروزه هر نظام اجتماعی در ساخت خود به سلامت اهمیت می‌دهد و آن را ضروری می‌شناسد زیرا بنا به تعریف جدید توسعه‌یافتگی، ثروت ملل در منابع انسانی آنها نهفته است نه در منابع طبیعی. امروزه کشورهای توسعه‌یافته محسوب می‌شوند که حدود ۸۰ درصد منابع آنها انسانی و تنها حدود ۲۰ درصد منابع آنها طبیعی، فیزیکی یا زیرزمینی است؛ عکس این حالت نیز در کشورهای توسعه‌نیافته مشاهده می‌شود که ۸۰ درصد ثروت آنها را منابع طبیعی و حدود ۲۰ درصد را منابع انسانی تشکیل می‌دهد. بیماری و فقدان سلامت، نوعی نبود تعادل در کارکرد جامعه انسانی تلقی می‌شود و در

حکم مجموعه‌ای از پدیده‌های زیستی و جریان‌های تطابق اجتماعی و شخصی است که به کاهش فعالیت‌های انسانی می‌انجامد. بیماری برای جامعه گران تمام می‌شود زیرا جامعه، به منابع انسانی خود وابسته است و برای پرورش هر فرد، در مراحل مختلف تولد، آموزش و جامعه‌پذیری، سرمایه‌گذاری کرده است، از این رو بیماری، نوعی تهدید در سطح فردی و اجتماعی و نشانه‌ای از احتمال وقوع مرگ به شمار می‌رود. بیماری، توانایی‌های ارگانیک انسان را کاهش می‌دهد و از نظر روانی، او را دچار اندوه، افسردگی و اختلالات روانی می‌کند. در الگوی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، افراد باید در همه موارد مرتبط با سلامت خود، به صورت فعال و دو سویه مورد آموزش مستمر قرار گیرند و این موضوع نباید صرفاً در پیشگیری از بیماری‌ها خلاصه شود بلکه لازم است بسط توانایی‌های انسانی در حوزه سلامت را نیز دربرگیرد. طبعاً رسانه‌های آموزشی، یکی از ابزارهای مهم آموزش با هدف ارتقا و توسعه سلامت هستند. رسانه‌های آموزشی پدیده‌های نویی نیستند بلکه از پیدایش آموزش تاکنون وجود داشته‌اند. بی‌تردید یکی از اولین رسانه‌ها، کلام معلم، گچ و تخته بوده است. عکس، ضبط صوت، رادیو، فیلم، تلویزیون و رایانه در قرن‌های اخیر توانسته‌اند به حوزه آموزش دست یابند و امروزه به جزئی تفکیک‌ناپذیر از فرآیند آموزش و یادگیری تبدیل شده‌اند تا جایی که دیگر تنها وسایل و موادی در حمایت از آموزش محسوب نمی‌شوند، بلکه خود، داده‌های آموزشی یا ابزار و موقعیت‌هایی هستند که پیام را تاثیرگذارتر و ماندگارتر می‌کنند.

رسانه‌ها در حوزه آموزش سلامت و ایجاد رفتار سالم فردی و اجتماعی نقش برجسته و ویژه‌ای دارند زیرا بی‌اغراق می‌توان گفت: «شاید سلامت همه چیز نیست اما همه چیز بدون سلامت هیچ است». در اینجا بحث بر سر ضرورت استفاده از رسانه در حوزه آموزش سلامت نیست زیرا استفاده از رسانه از بدیهی‌ترین ضرورت‌هاست بلکه بحث بر سر روش‌های مؤثر آگاه‌سازی از طریق رسانه در حوزه سلامت است: چگونه از روش‌هایی استفاده کنیم که کارآیی، اثربخشی و بهره‌وری آنها به تجربه و تحقیق اثبات شده است و چگونه کوشش کنیم از روش‌های سنتی و قدیمی فاصله بگیریم و تا حد امکان آنها را کنار بگذاریم؟ زیرا در نظام‌های آموزش سنتی بیشتر تلاش می‌شود با ارائه اطلاعات و معلومات به فرد، شرایط برای تفهیم مطالب فراهم شود و در این میان،

از تغییر نگرش و بینش، اصلاح رفتار و سبک زندگی و مقتدرسازی کمتر نشانی یافت می‌شود. در حالی که درآموزش‌های خلاق و نوین حوزه سلامت، شاخص موفقیت چیزی بیش از کسب اطلاعات و گسترش زمینه تفهیم است. آموزش نوین سلامت، پیوسته برای افزایش کارایی و تاثیر خود، شاخص‌هایی چون تغییر رفتار فردی و جمعی، تغییر سبک زندگی، تغییر شرایط اجتماعی، توانمندسازی و تفکر نقادانه را در نظر دارد تا در نهایت فرد و جامعه ضمن مشارکت و تعامل با آموزش‌های ارائه شده بتوانند دست به انتخاب بزنند و در صدد ایجاد تغییرات برآیند. برای دستیابی به آموزش‌های موثر رسانه در حوزه سلامت، تاکید بر اصولی است که مخاطب را از حالت انفعال خارج سازد و با مشارکت او روندی را طی کند که در نهایت به توانمندی و قدرت انتخاب او بینجامد. از جمله این اصول، رعایت نیاز مخاطب، رعایت مراتب آموزشی از دانسته به نادانسته، رعایت اصل آزادی، همدلی، ارتباط دو سویه، جلوگیری از هجوم اطلاعات و استفاده از علوم نوین، تخصص و فناوری مناسب، تکرار توأم با تنوع، استفاده از الگوها، رعایت بی‌طرفی، ایجاد ترس متوسط و توجه به اثر تقدم و تاخر و ... است، با استفاده از این اصول و روش‌ها می‌توان آگاه‌سازی موثر در حوزه سلامت را از طریق رسانه به نتیجه مطلوب نزدیک کرد.

کارکرد آگاه‌سازی درحوزه سلامت و آموزش بهداشت، با رویکردهای نوین آن در رسانه‌ها از حیث اطلاع‌رسانی صرف خارج می‌شود و توجه را معطوف به آموختن رفتارهایی می‌کند که در ارتقا، حفظ و بهبود سلامت افراد یا گروه‌ها موثرند. این شیوه، تنها روش‌های زندگی سودمند فردی را نمی‌آموزد بلکه اصول بهداشت و سلامت اجتماعی را از طریق همکاری و مشارکت بین مردم و نهادهای اجتماعی افزایش می‌دهد. ارائه «آگاهی انتقادی» و «آموزش خلاق»، فرآیند عمل اجتماعی و تغییرات اجتماعی را از جمله در حوزه سلامت تسهیل می‌کند و ارتقای سلامت را میسر می‌سازد.

منابع فارسی:

- ۱- ارنسون، الیوت (۱۳۷۱) روان‌شناسی اجتماعی، مترجم حسین شکرکن، تهران: رشد.
- ۲- ایورکی، دیویس (۱۳۷۳) مدیریت یادگیری، مترجم داریوش نوذری و محمدحسین امیر تیموری، تهران: راهگشا.
- ۳- چاندران، راما (۱۳۷۴) آموزش بهداشت، مترجم فروغ شفیعی، تهران: دانشگاه تهران.

منابع انگلیسی:

- 1.Effeer, R.; Donovan, R.; Spark, R. (2002) **Health and media principles and practices for health promotion**. Mac Grav Hill rosseville ,NSW.
- 2_Mac Grath,J. (2003) **The gatekeeping process: the right combinations to unlock the gates**. Chapter II in Maibach and Parrott.
- 3_Maibach , E. and Parrott ,R.L.(eds) (1995) **Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice**. Thousand oaks CA:sage.
- 4_Montgomery, K.C. (2002) **promoting health through entertainment television**. Chapter in aktin and wallack.
- 5_WHO (2000) **primary prevention of substance abuse**. A work book for project operator.

رسانه و ناتوانی (معلولیت)

دکتر محمد کمالی*

چکیده

حضور بیش از ۶۰۰ میلیون فرد دارای ناتوانی در جهان، موضوع معلولیت و ناتوانی را به مسئله‌ای مهم در جوامع انسانی تبدیل کرده است. نگرش منفی نسبت به ناتوانی و معلولیت پدیده‌ای تاریخی است که در طول زمان تا حدی تحول و بهبود یافته است. سازمان ملل متحد، سازمان‌های وابسته به آن و سازمان‌های غیردولتی معلولان، از سال ۱۹۸۰، تلاشی فزاینده را برای تغییر نگرش منفی نسبت به معلولیت آغاز کرده و ادامه داده‌اند. رسانه نیز به عنوان پدیده‌ای غیرقابل انکار در زندگی بشر امروز، طی همین سال‌ها، بارزترین جلوه برخورد مردم با پدیده ناتوانی و معلولیت بوده است. مطالعات نشان می‌دهد کلیشه‌های منفی، اصلی‌ترین عنصر در نمایش ناتوانی و معلولیت در رسانه‌ها بوده‌اند. تصویر افراد دارای ناتوانی و معلولیت در رسانه‌ها، اغلب با کلیشه‌هایی همچون افراد قابل ترحم، قربانی خشونت، شریر و شیطانی، مرموز و بیگانه، دارای قدرت ماورایی، سرگرم‌کننده و خنده‌آور، دشمن خویش، باری بر جامعه و فاقد قدرت مشارکت اجتماعی همراه بوده است. رسانه‌های پیشرو تلاش کرده‌اند با تغییر این نگاه، زمینه توجه به معلولان را به عنوان شهروندان عادی جامعه، فراهم نمایند. در بسیاری از جوامع تدوین دستورالعمل‌های چگونگی نمایش معلولان در رسانه‌ها آغاز شده است. شناخت دقیق کلیشه‌های منفی و تلاش برای غلبه بر آنها منجر به حضور بیشتر و فعال‌تر معلولان در جامعه خواهد شد.

کلید واژه‌ها: ناتوانی، رسانه، کلیشه‌های منفی، معلولان.

مقدمه

«تاریخ به تصویر کشیدن افراد دارای ناتوانی، تاریخ نمایشی خردکننده و منفی است؛ به این معنا که افراد دارای ناتوانی، به صورت مردمی نمایش داده شده‌اند که دارای کاستی و نقص هستند، نه به عنوان افرادی با هویت شخصی که دارای ناتوانی هستند.

دیوید هوی، ۲۵ مارس ۱۹۹۲

چندی پیش در مقاله‌ای با عنوان «پارادوکس کودک سالم و معلول» (کمالی، ۱۳۸۵: ۱ و ۷) به ذکر شرایطی پرداختم که به واسطه آن، مسیر زندگی یک کودک، تحت تأثیر نگرش رایج در جامعه نسبت به سلامت و معلولیت رقم می‌خورد. پارادوکس را در زبان ساده چنین یافتیم: حالتی که شما برای انجام کاری باید از مسیر متضاد اقدام کنید. حتماً دیده و تجربه کرده‌اید که برای خاموش کردن رایانه، بر روی دکمه شروع (start) کلیک می‌کنید. از این منظر، «سلامت» و «ناتوانی» نیز پارادوکسیکال (paradoxical) هستند. اغلب دیده می‌شود که ناتوانی را معادل فقدان سلامت ذکر می‌کنند در حالی که اغلب افراد دارای ناتوانی که نقص یا اختلال در آنان به شکلی دائمی وجود دارد، خود را در جرگه افراد سالم جامعه می‌دانند و به زندگی عادی - همراه با پاره‌ای انطباق‌ها یا مناسب‌سازی‌های منطقی - در میان اجتماع ادامه می‌دهند. کودک دارای معلولیت یا ناتوانی (نابینایی، ناشنوایی و حتی ناتوانی ذهنی) در دامنه رشد روانی - حرکتی خود قرار می‌گیرد. او رشد می‌کند، حرکات را می‌آموزد، واکنش‌های هر دوره را نشان می‌دهد و از نظر جسمی اغلب بدون مشکل و حتی گاه جلوتر از کودکان عادی پیش می‌رود و همچون کودکان دیگر، دوره مهد کودک، دبستان و... را پشت سر می‌گذارد، به این ترتیب دیگر نمی‌توان او را غیرسالم معرفی کرد. اما برچسب «معلول»، راه را بر بسیاری از فعالیت‌های او می‌بندد. این برچسب او را با دشواری‌هایی روبه‌رو می‌کند که ابتدایی‌ترین آنها، نادیده گرفته شدن و دور ماندن از دیگران است. جوامع مختلف نیز بر همین اساس و با توجه به باورها، نگرش‌ها و اعتقادات فرهنگی خود - هرچند متبحرانه - روابط خود را با او تنظیم می‌کنند. نگرش‌های منفی، واپس‌گرا و باقیمانده از قرون گذشته رفته رفته از طریق رسانه‌ها جای خود را در فرهنگ دنیای جدید باز می‌کنند و رسانه‌ها به شکل تابلویی گسترده برای انتقال این مفاهیم عمل می‌کنند.

پنداشت‌های کلیشه‌ای درباره افراد دارای معلولیت (که مبتنی بر موهومات،

اسطوره‌ها و باورهای منفی گذشته است و کمتر اقدامی برای روشن ساختن آنها صورت گرفته است) آرام آرام مفهومی ذاتی در فرهنگ پیدا می‌کنند و بخش‌های مهمی از آنها در برابر هرگونه تغییر مقاومت نشان می‌دهند زیرا همواره از سوی رسانه‌ها بازتولید می‌شوند. انسان‌ها در جوامع مختلف در مسیر یادگیری و اجتماعی شدن، در خصوص ناتوانی و معلولیت نیز همچون مفاهیم دیگری از قبیل نژادپرستی، جنسیت، تبعیض و ... به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آموزش می‌بینند و کسب اطلاع می‌کنند. نقش رسانه‌ها در ارائه این اطلاعات غیرقابل انکار است هرچند آنچه تا کنون از این مسیر ارائه شده، بیشتر بر جنبه‌های منفی ناتوانی متمرکز بوده است.

انگیزه نوشتن مقاله حاضر، پیشرفت‌های قابل توجه در میزان آگاهی افراد دارای ناتوانی نسبت به مشکلاتی بوده است که اغلب با آن مواجه هستند. همچنین ارتباط این مشکلات با تبعیض‌ها و بویژه تحریف‌های رسانه‌ای که در این زمینه به چشم می‌خورد. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند رابطه معناداری بین تحریف‌های رسانه‌ای در مورد افراد دارای ناتوانی و فرایند تبعیض نسبت به آنان وجود دارد.

در عصر حاضر، به طور روزافزون ارزش‌ها و امتیازهای افراد «غیر - ناتوان»^{*} نسبت به افراد دارای ناتوانی افزایش می‌یابد. ناتوانی به عنوان یک «مسئله» در مقابل ارزش‌های جامعه نمایش داده می‌شود و پیامی که افراد دریافت می‌کنند این است که باید در بیم و هراس از داشتن یا ابتلا به ناتوانی و معلولیت به سر برند. تمام معیارهای زیبایی در بدنی ورزشکار و تنومند جلوه می‌کند و از کلیشه‌های منفی برای نشان دادن افراد دارای ناتوانی استفاده می‌شود. همه جا تأکید بر نمایش ناتوانی در عضوی از فرد است و توانمندی‌های باقی‌مانده او به حساب نمی‌آید. از این رو به نظر می‌رسد لازم است راهکاری تازه برای تغییر مسیر انتخاب شده یا تحمیل شده کنونی و تبیین نقش رسانه در بیان ناتوانی و معلولیت جستجو شود.

* می‌توان از واژه‌های سالم، عادی یا توانمند هم استفاده کرد اما در مقایسه با افراد دارای ناتوانی مناسب‌تر است که از افراد غیر - ناتوان سود جست. معادلی برای واژه Non-Disabled قرار داده‌ام.

مفهوم ناتوانی و معلولیت

ناتوانی (Disability) یک اصطلاح نسبی است: مانعی در برابر انسان برای انجام یک فعالیت به شکل طبیعی. تا سال ۱۹۸۰، بیش از آنکه از اصطلاح ناتوانی استفاده شود، واژه معلولیت (Handicap) کاربرد داشته است (کمالی، ۱۳۸۲). معلولیت بر بی‌کفایتی و نبود استقلال در فرد برای انجام کارهای روزمره، اشتغال، آموزش و زندگی عادی تأکید داشت. در سال ۱۹۸۰، سازمان جهانی بهداشت در طبقه‌بندی جدید خود رابطه‌ای خطی را براساس نقص، ناتوانی و معلولیت تعریف کرد (کمالی، ۱۳۸۳: ۴۲-۵۵). به این ترتیب که به دنبال هرگونه نقص یا اختلال در هر یک از اعضا - مانند اختلال گفتاری یا قطع اندام تحتانی - چنانچه با فقدان برنامه درمانی یا توانبخشی روبه‌رو باشیم، ناتوانی - فقدان ارتباط با دیگران در سطح فردی - برای شخص ایجاد می‌شود. در این تعریف، معلولیت - خانه‌نشینی و انزوا، فقدان درآمد و شغل - در سطح جامعه برای فرد رخ می‌دهد. نکته حایز اهمیت این است که در تعریف جدید، این فرد نبود که باید تاوان معلولیت خود را می‌پرداخت بلکه ارائه نشدن خدمات مناسب توانبخشی و اجتماعی به فرد معلول، به نوعی معلولیت جامعه به شمار می‌رفت.

در سال ۲۰۰۰ با تجدید نظر در این تعریف، به جای واژه‌های ناتوانی و معلولیت، از واژه‌های فعالیت و مشارکت استفاده شد تا نگاه مثبتی در این زمینه ایجاد شود. به این ترتیب، طبقه‌بندی ناتوانی نیز شکل جدیدی به خود گرفت و در تعامل با عملکردهای فرد و سلامت او تعریف شد. از جمله تلاش‌های همیشگی افراد دارای ناتوانی، سازمان‌های مربوط به آنان و نیز کارشناسان این امر در سراسر دنیا، اقدام برای جایگزینی واژه‌های مناسب و دارای بار مثبت در این زمینه بوده است. حذف واژه معلولیت (Handicap) از ادبیات ناتوانی نیز در سال‌های اخیر در همین مسیر صورت گرفته است. تا زمانی که از واژه (Handicap) استفاده می‌شد، نگاه مردم به معلولان بیشتر شبیه «Cap in hand» بود یعنی: معلولان بیشتر از آنکه از اعضای صاحب هویت جامعه محسوب شوند، کسانی فرض می‌شدند که «کلاه در دست» به گدایی مشغولند.

نکته حایز اهمیت این است که تعاریف واژه ناتوانی گوناگون و گسترده‌اند. اما اغلب آنها منعکس‌کننده درک ناتوانی بر مبنای آسیب‌شناسی فیزیولوژیک، بیولوژیک و هوشی هستند که نشان می‌دهد اختلالی در یک فرد وجود دارد. این‌گونه تعاریف از

ناتوانی، به مدل پزشکی تعریف ناتوانی شهرت یافته‌اند در مدل پزشکی، افراد ناتوان کسانی هستند که باید مداوا شوند، تغییر کنند و بهبود یابند تا هرچه بیشتر به مردم طبیعی و عادی نزدیک شوند، نیازمند تطبیق هرچه بیشتر خود با شرایط موجود هستند و این انطباق باید از طریق اقدامات پزشکی و توانبخشی صورت گیرد. در این مدل درباره اینکه آیا جامعه نیز می‌تواند برای حل مشکلات و انطباق با نیازهای این افراد مناسب‌سازی شود، اصولاً بحثی نمی‌شود. بنابراین مدل پزشکی قادر نیست تعامل بین انتظارات و شرایط اجتماعی را با شرایط منحصر به فرد اشخاص دارای ناتوانی توضیح دهد.

از سوی دیگر، بویژه در سال‌های پایانی قرن بیستم، معلولان و سازمان‌های مربوط به آنان نسبت به تعاریف مدل پزشکی ناخرسندی بیشتری نشان دادند زیرا تا آن زمان، مشکلاتی که این افراد در زندگی اجتماعی داشتند، به هیچ عنوان در تعاریف مدل پزشکی ذکر نشده بود. آنان به این نتیجه رسیدند که ناتوانی در اکثر مواقع دلایل اجتماعی دارد. ناتوانی دارای شرایطی متنوع و بسیار پیچیده است که بر هویت‌ها و رفتارهای اجتماعی خاصی دلالت می‌کند. ناتوانی که خود را به شکل گسترده‌ای در زمینه اجتماعی نشان می‌دهد، پیامدی از تبعیض، پیش‌دوری و محروم‌سازی است. ناتوانی در بسیاری موارد، مرتبط با تصور، کاستی‌های محیط و فعالیت‌های سازمان‌یافته برای افراد «غیر ناتوان» است که همه چیز - اطلاعات، ارتباطات، آموزش، بهداشت و درمان، حمل و نقل، مسکن و ... را برای آنان در نظر گرفته است. یکی از معلولان پیشگام در این مسیر می‌گوید:

«ما «غیرعادی» هستیم زیرا متفاوت هستیم، ما افراد مشکل‌داری هستیم که امکاناتی برای حضور در اجتماع نداریم اما حقیقت این است که مانند همه افراد دیگر، ما هم برخی کارها را می‌توانیم یا نمی‌توانیم انجام دهیم. دامنه‌ای از توانایی‌های ذهنی و جسمی که منحصر به هریک از ماست. تنها تفاوت بین ما و سایر مردم، این است که ما فقط با عینکی که متمرکز بر ناتوانی‌های ماست، دیده می‌شویم» (Moriss, 1991: 192-193).

تمام افراد ممکن است دارای شرایط پزشکی خاصی باشند که آنان را از کاری باز دارد و نیازمند درمان پزشکی باشند یا نباشند، اما دانش، فناوری و منابع جمعی موجود

می‌توانند به ایجاد شرایط لازم برای یک زندگی خوب و مناسب کمک کنند. در این میان باید به تعریفی دست یافت که حقوق انسانی افراد دارای ناتوانی را در نظر بگیرد. در قلب اعلامیه جهانی حقوق بشر این حقیقت نهفته است که تنوع انسان‌ها بر مبنای فرهنگ، نژاد، جنسیت و نیز ناتوانی و معلولیت باید مورد توجه و ملاحظه قرار گیرد. حقوق و شأن همه افراد باید به طور یکسان و برابر در نظر گرفته شود اما نه به این معنا که همه در مسیری مشابه مورد توجه قرار گیرند. از همین جاست که نگاه به مقوله افراد دارای ناتوانی می‌تواند بسیار متفاوت باشد؛ تفاوتی که بر زندگی کودکانی که با این هویت در خانه، مدرسه و جامعه رشد و زندگی می‌کنند، مؤثر باشد. همچنین این دیدگاه کمک می‌کند که جامعه، نظام‌ها و اشخاص، همه به نیازهای افراد دارای ناتوانی توجه داشته باشند و به آنها پاسخ دهند (کمالی، ۱۳۸۲: ۹۳-۱۰۹).

اگر بخواهیم آنچه را که مدل پزشکی و مدل اجتماعی در تعریف ناتوانی ارائه می‌کنند به سرعت مرور کنیم به موارد زیر برمی‌خوریم:

مدل پزشکی:

- کودک ناقص و معیوب شمرده می‌شود.
- تشخیص و برچسب زدن انجام می‌شود.
- نقص، محل توجه قرار می‌گیرد.
- جداسازی و خدمات جایگزین صورت می‌پذیرد.
- بازگشت تنها در صورتی ممکن است که فرد دارای نقص به حالت طبیعی برگردد، در غیر این صورت جداسازی دایم صورت می‌پذیرد.
- جامعه هیچ گونه تغییری نمی‌کند.

مدل اجتماعی:

- کودک ارزشمند است.
- قوت‌ها و نیازها مشخص می‌شوند.
- موانع تعیین می‌شوند و راه‌حل‌ها توسعه می‌یابند.
- منابع در دسترس قرار می‌گیرند.
- تنوع در امکان بازگشت، الحاق و بازگشت حتمی کودک در نظر گرفته می‌شود.
- جامعه رشد و نمو می‌کند.

بنابراین مدل اجتماعی ناتوانی، درصدد ایجاد نوعی تمایز بین اختلال و ناتوانی است. این مدل بیان می‌کند که اختلال‌ها به طور ذاتی ناتوان‌کننده نیستند بلکه ناتوانی را جامعه ایجاد می‌کند زیرا یا امکان تدارک امکانات را برای رفع اختلال ندارد یا موانعی را بر سر راه قرار می‌دهد (میرخانی، ۱۳۷۸: ۵۵-۶۲). برای مثال، ساختمان‌ها و محیط شهری موجود امکان دسترسی و تردد آسان را به فرد دارای ناتوانی نمی‌دهد و این نگرش را ترویج می‌کند که ناتوانی یک تراژدی شخصی است و فرد باید با وجود انواع روابط اجتماعی منفی و برخورد‌های نامناسب، به دنبال حضور موفق در اجتماع باشد. در هر صورت باید اذعان کرد ناتوانی، نوعی تجربه انسانی است که همه افراد در طول عمر خویش به گونه‌ای آن را تجربه می‌کنند. همه ناتوانی‌ها قابل مشاهده نیستند و یا به صورت دائم و از ابتدای تولد رخ نمی‌دهند اما به هر حال آنچه اهمیت دارد این است که فرد دارای ناتوانی، به واسطه اختلال، ناتوانی یا معلولیتی که دارد، مورد تبعیض قرار نگیرد.

افراد دارای ناتوانی (معلولان) در رسانه

گفته می‌شود اولین پیوند بین ناتوانی و هر آنچه از لحاظ اجتماعی غیرقابل قبول بوده، برای نخستین بار در تئاترهای یونان ایجاد شده است. امروز هم بسیاری از کلیشه‌های فرهنگی این پیوند را حفظ کرده‌اند اما نکته اصلی این است که در این دوره افراد دارای ناتوانی به عنوان اشخاصی که تهدیدی برای زندگی بهتر افراد غیرناتوان جامعه هستند، نمایش داده شده‌اند.

به نظر می‌رسد محققان تاریخ رسانه، به نسبت آگاهی‌هایی که از نقش جنسیت و نژاد در کارهای خود داشته‌اند، تحقیقات اندکی در زمینه جایگاه افراد دارای ناتوانی در رسانه انجام داده‌اند. این حقیقتی غیرقابل انکار است که امروزه، تصاویر بسیاری از افراد دارای ناتوانی در رسانه‌ها مشاهده می‌شود و این تنها به دلیل پرداختن به جنگ‌ها و مجروحان و معلولان ناشی از آنها نیست؛ بلکه به دلیل آن است که در فیلم‌های سینمایی، مستندهای تلویزیونی، تئاترها یا روزنامه‌ها و مجله‌های با رویکرد مثبت، افراد دارای ناتوانی، نادیده گرفته نشده‌اند. البته تحلیل دقیق‌تر موضوع روشن می‌کند که مجموعه این تصاویر در فرهنگ عمومی جامعه، به طور معمول، کلیشه‌ای منفی درباره

افراد دارای ناتوانی ترسیم می‌کند و اغلب با گرایش نامطلوب مخاطبان همراه است. به نظر می‌رسد در تمامی این تصاویر، تأکید بر مدل پزشکی تعریف ناتوانی آن‌چنان قوی است که جز ترحم، احساسات منفی و تأسف بر این تراژدی شخصی، چیز دیگری حاصل نمی‌شود. شاید بهترین شیوه ارائه چنین تصاویری، تمرکز بر مدل اجتماعی در تعریف ناتوانی باشد.

توجه به نحوه تصویرسازی از معلولان در رسانه، به دهه ۱۹۶۰ باز می‌گردد. در سال ۱۹۶۶ نویسنده معلول پاول هانت (Paul Hunt) در بیان دیدگاه‌هایش نوشت: «ما از به تصویر کشیده شدن در قالب آمارها، مثال‌هایی از شجاعت و توانمندی، مواردی از انسان‌های شگفت‌انگیز و اجسام قابل ترحمی که ابزار تحریک حس انسان‌دوستی دیگران برای سرمایه‌گذاری در امور خاص هستند، خسته شده‌ایم» (Oliver, 1996: 68-69).

در دهه ۱۹۷۰ با تشکیل سازمان غیردولتی «حرکت مستقل زندگی»^{*} از سوی افراد دارای ناتوانی، نویسندگان امریکایی، موارد بسیاری از کلیشه‌های منفی فرهنگی را نسبت به افراد دارای ناتوانی، در فرهنگ و رسانه‌ها مشخص کردند. در طول سال‌های دهه ۱۹۸۰ مبارزه در راه کسب حقوق برابر برای معلولان افزایش یافت و ملاحظات فرهنگی علیه بد جلوه دادن افراد دارای ناتوانی در رسانه‌ها، رشد قابل توجهی پیدا کرد. این ملاحظات ابتدا در بین معلولان و سپس در سطح سازمان‌ها و انجمن‌های آنان و در نهایت، در میان رسانه‌ها گسترش یافت و زمینه را برای حضور بیشتر و مؤثرتر آنان در رسانه‌ها و جامعه فراهم آورد. همچنین تلاش شد برای آگاه‌سازی و تغییر نگرش منفی جامعه از تصاویری مثبت‌تر استفاده شود. در سال ۱۹۸۶، انجمن هنری معلولان لندن تشکیل شد که در سال بعد، کنفرانسی را در حیطه هنر و ناتوانی برگزار کرد. هدف کنفرانس، یافتن راه‌هایی برای بهبود ارائه تصویر مثبت از افراد دارای ناتوانی در رسانه‌ها بود. از جمله فعالیت‌های بعدی این انجمن نیز می‌توان به برگزاری نمایشگاه‌های هنری و فرهنگی، بویژه در زمینه تصاویر صحیح فرهنگی از معلولان اشاره کرد (Screen Iols, 2005).

*Independent living movement

تلاش‌های صورت‌گرفته در دهه ۱۹۹۰ و نیز سال‌های ابتدایی قرن بیست و یکم در همین مسیر ادامه یافته است؛ نتایج به دست آمده امیدوارکننده است، اما تا وضعیت مطلوب فاصله فراوانی وجود دارد. از جمله این تلاش‌ها، حضور افراد دارای ناتوانی در مجامع عمومی سازمان ملل متحد در طول این سال‌هاست که نقشی بسیار عمده و اساسی در تصویب کنوانسیون جامع حقوق افراد دارای ناتوانی (۲۰۰۶) بر عهده داشته‌اند. این اولین کنوانسیون در سازمان ملل متحد است که افراد ذی‌نفع، خود در تدوین و تصویب آن حضور داشته‌اند. ماده ۸ کنوانسیون که در حیطه ارتقای آگاهی است، از دولت‌های عضو خواسته تا اقدامات جدی و لازم را برای افزایش آگاهی جامعه نسبت به حقوق افراد دارای ناتوانی و مبارزه با رفتارهای کلیشه‌ای مضر و تعصبات خشن در این زمینه به عمل آورند. یکی از بندهای این ماده خواستار تشویق تمام سازمان‌های رسانه‌ای برای به تصویر کشیدن افراد دارای ناتوانی به شکلی شده است که با اهداف این کنوانسیون همخوانی داشته باشد (کنوانسیون حقوق معلولان، ۱۳۸۶: ۱۱-۳۰).

این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت نیز در برنامه خود برای سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱، اولین هدف را «ارتقای آگاهی جامعه در مورد اهمیت، گستره و پیامدهای ناتوانی» قرار داده است. با این حال آنچه در جوامع کنونی در این زمینه مشاهده می‌شود بسیار ناچیز است. این در حالی است که برای مثال در انگلستان، حدود ۹۸ درصد خانه‌ها دارای تلویزیون هستند و قریب به ۲۴ ساعت یا سه چهارم از طول هفته، برنامه‌های آن را تماشا می‌کنند. ۶۵ درصد مردم روزنامه می‌خوانند و این رقم در روزهای یکشنبه به ۷۲ درصد می‌رسد. با این حال به ندرت خبر، گزارش یا تصویری از جمعیت ۱/۵ میلیون نفری مبتلایان به ناتوانی یادگیری در رسانه‌های این کشور مطرح می‌شود. از سوی دیگر، طی مطالعه‌ای در آمریکا مشخص شد در حالی که هم‌اکنون نزدیک ۲۰ درصد آمریکاییان دارای ناتوانی هستند، کمتر از ۲ درصد برنامه‌های تلویزیونی شخصیتی از افراد دارای ناتوانی را نشان می‌دهند (Feller, 1990: 271-282). بدیهی است بیان چنین آماری از دو کشور توسعه‌یافته می‌تواند شمایی از وضعیت نامطلوب کشورهای در حال توسعه را در این زمینه نشان دهد که در آنها معلولان دسترسی بسیار کمتری به رسانه‌ها دارند.

راه‌های به نمایش درآوردن ناتوانی در هر جامعه، به عوامل متنوعی همچون نظام سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و حتی دینی آن بستگی دارد. می‌توان ناتوانی را هدیه‌ای از جانب خداوند برای امتحان اشخاص به شمار آورد یا مانند جوامع سرمایه‌داری که از لحاظ علم پزشکی بسیار پیشرفته هستند، حاصل ناتوانی در درمان برخی بیماری‌ها دانست. جنی موریس (۱۹۹۱) معتقد است ناتوانی، بیشتر احساسات افراد غیرناتوان یا عادی و واکنشی است که در برابر ناتوانی نشان می‌دهند. بنابراین ناتوانی در این مسیر عبارت از استعاره برای پیامی خواهد بود که نویسنده غیرناتوان آرزو دارد از همان راهی آن را منتقل کند که برای بیان «زیبایی» استفاده می‌کند، برای رسیدن به این مقصود، نویسنده بر شأن، غفلت و ترسی که به طور عمومی نسبت به ناتوانی وجود دارد تکیه می‌کند و می‌داند که به تصویر کشیدن شخصیتی گوزپشت، بدون پا یا با یک زخم در صورت به طور حتم احساسات خواننده یا مخاطب (بیننده) را برمی‌انگیزد. بیشترین استفاده از ناتوانی برای نمایش شرارت یا القای احساس ناراحتی است که به طور عمده به عنوان کلیشه‌ای فرهنگی پذیرفته شده است» (Moriss, 1991: 192-193).

در اغلب موارد، شخصیت‌ها و افراد دارای ناتوانی جسمی در سینما، تلویزیون و روزنامه‌ها، به شیوه‌ای صحیح و واقعی نشان داده نمی‌شوند و بیشتر صورتی منفی دارند مانند فرد فلجی که ناهنجار یا جنایتکار است (لانگ مور، ۱۹۸۵). در ضمن اغلب جنایتکاران دارای معلولیت نشان داده می‌شوند چنان که به گونه‌ای تلخ و گزنده این امر القا می‌شود که به واسطه شرارت و بدی ذاتی خود به ناتوانی و معلولیت گرفتار شده‌اند. هرچند این افراد بیش از آنکه به صورت جنایتکار به تصویر درآیند به عنوان افرادی ناهنجار مجسم شده‌اند.

این طرز تلقی را طی سال‌های اخیر در چند مجموعه نمایشی که در تلویزیون ایران به نمایش درآمده‌اند به راحتی می‌توان ملاحظه کرد. افرادی که با وجود برخورداری از ثروت به واسطه برخی گناهان یا اعمال ضداخلاقی اینک به بیماری سخت و کشنده‌ای دچار شده‌اند یا گرفتار صندلی چرخ‌دار هستند.

در اغلب فیلم‌ها، این شخصیت غیرناتوان است که موقعیت‌ها را بهتر درک می‌کند و نسبت به افراد دارای ناتوانی راه‌حل‌های بهتری ارائه می‌کند (Longmore, 1987). تلویزیون نیز به شکلی انحرافی زندگی معلولان را مورد توجه قرار می‌دهد و ارائه

تصویری دوقطبی و متضاد در آن بسیار متداول است: در یک سو، فردی قابل ترحم و رقت‌انگیز قرار دارد که باید بر زندگی او تأسف خورد و در سوی دیگر قهرمان داستان فردی الهام‌بخش است. در این موارد، بیش از آنکه شخصیت محور داستان باشد ناتوانی موضوع محوری است (Zola, 1985). از ناتوانی به عنوان عاملی برای کسب همدردی نیز استفاده می‌شود. در نقطه مقابل، افراد دارای ناتوانی بسیار موفق یا فوق‌ستاره‌های فلج قرار می‌گیرند. این شخصیت‌ها اعم از تخیلی یا غیرتخیلی به شکلی «باورنکردنی» یا «شگفت‌آور» نشان داده می‌شوند. زیرا برای غلبه بر محدودیت‌ها مبارزه کرده‌اند و به عنوان الگو یا معیار اندازه‌گیری موفقیت شخصی معرفی شده‌اند. «اگر شخصی که مبتلا به فلجی ناراحت‌کننده است، بتواند بر موانع فائق آید؛ باید تصور کنید که شما بدون داشتن ناتوانی، حتماً می‌توانید».

به موازات فیلم و تلویزیون، روزنامه‌ها نیز تصویری نادرست از افراد دارای ناتوانی ارائه می‌کنند. روزنامه‌ها از هیجانی و احساسی کردن امور برای بالا بردن فروش خود سود می‌جویند بنابراین هیجانی نشان دادن زندگی افراد دارای ناتوانی هم می‌تواند در این مسیر به کار گرفته شود (کلر، ۱۹۹۰). مطالعه کلر (۱۹۹۰) که با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از روزنامه‌های انگلستان انجام شد، نشان داد در حالی که ۵۱ درصد مقالات نسبت به موضوع ناتوانی، حالتی بی‌طرفانه و خنثی داشتند، ۴۸ درصد دارای اثرات منفی بودند و تنها یک درصد جنبه‌های مثبت را ارائه کرده بودند (Keller, 1990). اینها رایج‌ترین کلیشه‌های منفی درباره ناتوانی است که در رسانه‌ها قابل مشاهده‌اند. مطالعات متعدد قریب ۱۱ حوزه اصلی را در این زمینه مشخص کرده‌اند که در زیر به طور مختصر به آنها اشاره می‌کنیم:

۱. افراد دارای ناتوانی؛ اشخاصی رقت‌انگیز و قابل ترحم

شاید بتوان گفت رایج‌ترین شکل استفاده از موضوع ناتوانی در رسانه پیرامون همین محور است. اخیراً این شیوه به دلیل افزایش تبلیغات اماکن خیریه بیش از گذشته استفاده می‌شود. این شیوه سعی دارد با برانگیختن حس ترحم افراد غیرناتوان جامعه، احساس بخشندگی را در آنان تقویت کند. خصیصه رایج داستان‌های امروزی این است که فردی نیازمند و وابسته، مقابل یک شخصیت خوب، پر احساس و بخشنده ایفای

نقش می‌کند.

در حیطه اخبار رسانه‌ای نیز تأکید بر همین شیوه است. به طور معمول افراد دارای ناتوانی بویژه کودکان در مراکز نگهداری و سالمندان در آسایشگاه‌ها، با چهره‌ای افسرده، دردآلود و رنگ‌پریده به تصویر کشیده می‌شوند. اکثر برنامه‌ها با نگاهی به جنبه‌های پزشکی نقص و ناتوانی همراه هستند و علاوه بر ایجاد حس ترحم، به منحرف کردن توجه افکار عمومی از عوامل اجتماعی منجر به ناتوانی، کمک می‌کنند. زبان مورد استفاده برای بیان مطالب نیز اغلب عاطفی است تا فضا را برای تأثیرگذاری آماده کند. با وجود تلاشی که گاه برای کاربرد واژه‌های مناسب در ادبیات ناتوانی می‌شود، همچنان واژه‌های خاصی همچون افراد شگفت‌آور، شجاع، مبارز و در کنار آن، قربانی، ضعیف و متأسفانه گاه گنگ، کر یا کور، فضا را نامناسب می‌کند.

۲. افراد دارای ناتوانی؛ موضوعی برای خشونت

به نظر می‌رسد سوء رفتار و خشونت بیش از آنکه در میان سایر گروه‌ها و اقشار جامعه رایج باشد در میان افراد دارای ناتوانی بروز می‌کند. در طول تاریخ، معلولان قربانی خشونت بوده‌اند، رومی‌ها، یونانی‌ها و هندوها در دوران باستان، اروپاییان در قرون وسطی و نازی‌ها در دوران جدید، بیشترین سهم را در شکنجه و کشتار افراد معلول داشته‌اند. تفکر مرتجع مساوی دانستن ناتوانی با جادوگری، که گاه کشتن معلولان را به واسطه دستورات رهبران مذهبی جایز می‌شمرد [مارتین لوتر (۱۵۶۶-۱۶۸۵) اصلاح‌گر پروتستان گفته بود شیطان را در وجود یک کودک معلول دیده و پیشنهاد کرده بود او را بکشند (Zola, 1985: 5-17)] و علم اصلاح‌نژاد بعد از انقلاب صنعتی (در قرن نوزدهم) ریشه‌های تاریخی این کلیشه هستند. در جریان جنگ جهانی دوم، کشتار قریب به ۸۰ تا ۱۰۰ هزار فرد معلول از سوی حزب نازی آلمان، بر همین مبنا بوده است.

در اغلب فیلم‌ها و داستان‌ها ناتوانی فرد در مراقبت از خود و کسب استقلال در زندگی، او را مستحق خشونت می‌سازد. مطالعه ورث مایر (۱۹۸۸) نشان داده که بیش از ۵۰ درصد داستان‌هایی که درباره افراد دارای ناتوانی یادگیری نوشته‌اند، آنان را قربانی خشونت جلوه داده است.

۳. افراد دارای ناتوانی؛ اشخاصی شیطانی و شرور

یکی از کلیشه‌های رایج و موانع بزرگ حضور افراد دارای ناتوانی در جامعه، شرور جلوه دادن آنهاست. تصویری که شکسپیر از ریچارد سوم ترسیم می‌کند، یا کاپیتان داستان موبی دیک با پای قطع شده و افراد بدون دست با هوک مصنوعی در داستان‌هایی مانند جزیره گنج، در همین زمینه قابل ارزیابی است. در روزنامه‌ها هم چنین تصاویری را می‌توان یافت. مانند اخبار حوادث و داستان‌های هیجان‌انگیزی که در آنها به شکل خاصی به رابطه نقایص جسمی - ذهنی و اقدامات جنایی پرداخته می‌شود. آنچه از این داستان‌ها دریافت می‌شود، نوعی ترس و نگرانی از افراد دارای نقص و ناتوانی است که بویژه در مورد کودکان نیاز به مراقبت خاص دارند.

۴. افراد دارای ناتوانی؛ اشخاصی مرموز، نادر و عجیب

افراد معلول گاه در جریان داستان فیلم یا درام تلویزیونی، برای القای فضای خاصی به کار گرفته می‌شوند مانند فریتز (Fritz) در فیلم فرانکشتاین، در حالی که در رمان اصلی، این شخصیت وجود ندارد و برای افزایش حس ترس و وحشت، کارگردان او را به داستان اضافه کرده است. یا در فیلم «خوب، بد، زشت» از دشمنی قدیمی صحبت می‌شود که یک پا ندارد و به «سرباز نصفه» معروف شده است. هرچند او تنها یک بار در فیلم ظاهر می‌شود و چند جمله هم بیشتر سخن نمی‌گوید، تصویری کامل و قوی از وحشیگری، خشونت و زشتی را که حاصل غرب وحشی است، ارائه می‌کند؛ عبارت «سرباز نصفه» این پیام را انتقال می‌دهد که افرادی که یک پا ندارند، انسان‌هایی نصف و نیمه و احتمالاً شرور هستند.

۵. افراد دارای ناتوانی، انسان‌هایی شگفت‌آور، باورنکردنی و فوق‌ستاره

این شاید شبیه کلیشه‌ای باشد که سیاهپوستان را دارای قدرتی به مراتب بیشتر از سفیدپوستان نمایش می‌دهد. گاه معلولان را افرادی با توانایی‌های جادویی جلوه می‌دهند که قدرتی ماوراء قدرت انسانی دارند همچنان که اغلب، نابینایان به عنوان کسانی که دارای حس ششم هستند یا شنوایی قدرتمندی دارند، شناخته می‌شوند. از

میان این فیلم‌ها فیلم «پای چپ من» که جوایز زیادی را از آن خود کرده است، می‌توان نام برد.

این فیلم که براساس داستان زندگی نویسنده معلول «کریستی براون» و با بازی خود او ساخته شده است نشان می‌دهد او چگونه بر نقص عضو (نداشتن پا) و هم بر فقر خود غلبه کرده و تبدیل به هنرپیشه، نویسنده و شاعری توانا شده است. هرچند باید گفت در میان هنرپیشه‌هایی که برای بازی در چنین فیلم‌هایی برنده جایزه شده‌اند، تنها یک نفر دارای ناتوانی بوده است (Rieser & Mason, 1992: 29-32).

در میان مجموعه‌های تلویزیونی هم مواردی از این دست وجود دارد از جمله «آیرون ساید» که در ایران هم به نمایش درآمده و داستان کارآگاهی است که بر صندلی چرخدار می‌نشیند و بسیار قوی عمل می‌کند یا مجموعه «لانگ استریت» که داستان کارآگاه نابینایی را روایت می‌کند که قدرت شنوایی فوق انسانی دارد. در مطبوعات هم نمونه‌های چنین داستان‌هایی را می‌توان یافت.

۶. افراد دارای ناتوانی؛ موضوعی برای ریشخند، تمسخر و استهزا

خندیدن به ناتوانی چیز تازه‌ای نیست، طی قرن‌ها افراد دارای ناتوانی، موضوعی برای سرگرمی و تفریح افراد غیرناتوان بوده‌اند. کتاب‌های فکاهی بسیاری را در جوامع مختلف می‌توان یافت که تمرکز مطالب آنها بر نقص و ناتوانی افراد است. افراد کم‌توان ذهنی و برخوردارهای آنان نیز بارها در داستان‌های کمدی مورد استفاده قرار گرفته است. حتی امروزه استهزای افراد دارای ناتوانی، بزرگ‌ترین ویژگی برنامه‌های تلویزیونی و فیلم‌های کمدی به شمار می‌رود.

اثرات منفی این نوع سوءرفتار با افراد دارای ناتوانی قابل ارزیابی و بررسی است. این نوع برخورد با افراد دارای ناتوانی، از یک سو فرصت‌هایی را که آنان برای حضور در کنار افراد غیرناتوان جامعه دارند، از بین می‌برد و از سوی دیگر، اعتماد و عزت نفس آنان را کاهش می‌دهد. این امر، بخصوص در مورد کودکان دارای ناتوانی باید به دقت مورد توجه قرار گیرد.

۷. افراد دارای ناتوانی؛ کسانی که با خود دشمنی دارند

رسانه‌ها گاه افراد معلولی را نمایش می‌دهند که به شدت متأثر هستند. هنگامی که آنان بر مشکلاتشان فائق می‌آیند، زمانی است که تأسف خوردن برای خویش را کنار می‌گذارند، مثبت می‌اندیشند و روحیه مبارزه را در خود قوی می‌کنند. این تغییر در بسیاری از فیلم‌هایی که اخیراً ساخته شده‌اند قابل مشاهده است؛ از جمله در فیلم‌های «برگشت به خانه» و «متولد چهارم جولای». گاه نیز مطالبی که افراد دارای ناتوانی را دشمن خویش نشان می‌دهند، در مطبوعات و رسانه‌ها دیده می‌شود. این امر بویژه در مورد افراد مبتلا به ایدز، دیده می‌شود بویژه کسانی که به تنهایی مسئولیت نقص خود را بر عهده دارند. این دیدگاه به طور عمده از مدل پزشکی نشئت می‌گیرد که رفتارهای فرد ناتوان را با آسیب‌شناسی نقص موجود در وی مرتبط می‌داند. این نگاه به افراد غیرناتوان جامعه اجازه می‌دهد اعتراض‌های قانونی افراد دارای ناتوانی را نسبت به محدودیت‌های محیطی و اجتماعی، به ناسازگاری آنان با محدودیت‌های ایجادشده به واسطه «نقص و ناتوانی» مرتبط سازند. به این ترتیب ناخودآگاه، افراد دارای ناتوانی به واسطه ناتوانی خود را مقصر خواهند دید (Rioux & Zubrow, 2003: 123).

۸. افراد دارای ناتوانی؛ بار و تحمیل به جامعه

این کلیشه با دیدگاهی مرتبط است که افراد دارای ناتوانی را نیازمند کمک و مراقبت افراد غیرناتوان می‌داند. این تصور از آنجا ناشی می‌شود که نیازهای افراد دارای ناتوانی را بسیار متفاوت از افراد غیرناتوان و به صورتی فرض کرده‌اند که جامعه امکان تأمین آنها را ندارد. در سال ۱۹۳۰، رایش سوم در آلمان، این تصویر را در سلسله برنامه‌هایی، به نام اُتانازی (Euthanasia)* به طور جدی مطرح کرد. در این فیلم‌ها که با تبلیغات گسترده‌ای ارائه می‌شد، افراد دارای ناتوانی به صورت موجوداتی نباتی نشان داده می‌شدند که تنها قادر به زیست هستند نه زندگی و از این رو باید از صحنه اجتماع حذف شوند. همین موضوع در سال ۱۹۹۰ در یک برنامه تلویزیونی با عنوان «تام را

* شیوه‌ای برای پایان دادن به زندگی بیماران لاعلاج است که برای رهایی آنان از رنج کشیدن، بدون درد یا همراه با دردی کم اعمال می‌شود.

خوب نگه دارید» در انگلستان به نمایش درآمد. تام فرزند خانواده‌ای است که ۲۴ سال از او مراقبت کرده‌اند. او مبتلا به صرع و به شدت بی‌تحرک، فلج و فاقد کنترل است. مشکلات پدر و مادر و خواهر وی نیز آن‌چنان نمایش داده می‌شود که تنها حس همدردی بیننده را با خانواده او برمی‌انگیزد نه با فرد دارای ناتوانی. بهره‌برداری از این کلیشه از سوی مؤسسات مراقبت از معلولان، تنها پیامد این موقعیت نامطلوب است. علاوه بر این تا زمانی که این تصویر وجود داشته باشد، این باور که جامعه بدون افراد دارای ناتوانی بهتر خواهد بود، هرگز از بین نخواهد رفت.

۹. افراد دارای ناتوانی؛ اشخاصی از نظر جنسی غیرعادی

سابقه این موضوع را که در ادبیات و هنر بسیار به آن اشاره شده است، در دوران باستان هم می‌توان یافت. این موضوع بیشتر در مورد مردان گفته شده و زنان سهم عمده‌ای در این خصوص ندارند. در کتاب «ادیسه» هومر که ۵۰۰ سال پیش از میلاد نگاشته شده است، از نگرانی نسبت به همسری مبتلا به «فلج» سخن به میان آمده است. به هر حال اینکه افراد دارای ناتوانی به گونه‌ای در فعالیت جنسی ناتوان نامیده شده‌اند، بسیار مطرح شده است. مواردی از این کلیشه را می‌توان در موسیقی پاپ، فیلم‌ها و برنامه‌های تلویزیونی نیز مشاهده کرد.

۱۰. افراد دارای ناتوانی؛ کسانی که قادر به مشارکت کامل در زندگی اجتماعی نیستند

این کلیشه ناشی از نوعی غفلت است. افراد دارای ناتوانی به ندرت به عنوان عناصر فعال و مولد اجتماع (مانند دانش‌آموزان، معلمان، کارگران، کارمندان یا والدین) نشان داده می‌شوند. فقدان چنین تصویری این ذهنیت را ایجاد می‌کند که افراد دارای ناتوانی باید جدا از دیگران زندگی کنند. فارغ از این مسئله، آنان در حوزه فرهنگ عمومی جامعه نیز حضور اندکی دارند. برای مثال در فیلم‌ها و مجموعه‌های تلویزیونی کمتر از ۱/۵ درصد شخصیت‌ها از افراد دارای ناتوانی هستند در حالی که این گروه در جوامع مختلف بین ۵ تا ۲۰ درصد از جمعیت کل را تشکیل می‌دهند. میزان حضور در اخبار رسانه‌ها نیز آماری شبیه به موارد بالا دارد. تنها چند موضوع خاص مانند تبعیض‌های

مؤسسه‌ای، رعایت نشدن حقوق معلولان و تلاش برای تصویب قوانین، مورد توجه رسانه‌های خبری قرار می‌گیرد (2: 2003, ... European Declaration).

۱۱. افراد دارای ناتوانی؛ اشخاص «عادی»

تحول تازه در نمایش شخصیت افراد دارای ناتوانی، حضور آنان در رسانه به عنوان افراد عادی و طبیعی است که تنها نقص یا اختلالی دارند. این تحول را بویژه در تلویزیون، تبلیغات شرکت‌ها و فیلم‌ها می‌توان دید. متأسفانه اکثر این تصاویر تک‌بعدی هستند و کمتر به انعکاس تجربه ناتوانی می‌پردازند اما به هر حال گامی در مسیر عادی‌سازی زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی تلقی می‌شوند.

اخیراً حتی در تبلیغات مؤسسات خیریه نیز تصویرسازی مثبت و تلقی «عادی» از افراد دارای ناتوانی را می‌توان مشاهده کرد که تأکید بر توانایی‌های افراد را جایگزین تأکید بر ناتوانی آنها کرده‌اند. این امر بیش از آنکه حاصل کار رسانه‌ها باشد، از مبارزه جدی افراد دارای ناتوانی با این کلیشه‌های منفی حاصل شده است. آنچه باید مورد توجه جدی رسانه‌ها قرار گیرد این است که نقص بخشی از شخصیت فردی معلول به شمار می‌رود و چیزی نیست که بتوان آن را نادیده گرفت اما این نگاه باید بدون دلالت‌های منفی باشد.

پیشنهادها

بی‌تردید، رسانه‌ها در قرن حاضر نقش عمده‌ای در ساختار جامعه ایفا می‌کنند. رسانه‌ها برای کسب اطلاعات، ارائه آموزش و فراهم آمدن فرصت‌های تفریح و سرگرمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین آنها را می‌توان برای بالا بردن آگاهی و درک موضوع ناتوانی به نحوی گسترده به کار برد اما واقعیت این است که رسانه‌ها در این زمینه بسیار ضعیف عمل می‌کنند. از سوی دیگر، دسترسی به رسانه‌ها برای افراد دارای ناتوانی با محدودیت‌هایی همراه است چنان که میلیون‌ها نفر از مردم از جرگه مخاطبان حذف و به نحوی ناخوشایند از جامعه کنار گذاشته می‌شوند. به نظر می‌رسد معلولان، سازمان‌های مربوط به آنان و سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای، اینک به

درستی به ابعاد گسترده این مشکل واقف شده‌اند و قصد دارند با تمهیداتی رسانه‌ها را تشویق به تمرکز بر توانایی افراد معلول کنند تا زمینه حضور بیشتر و بهتر آنان در صحنه‌های اجتماع فراهم آید.

دربارهٔ فعالیت رسانه‌ها در حوزهٔ ناتوانی پرسش‌های بسیاری مطرح شده است از جمله اینکه وقتی بیش از ۱۰ درصد افراد هر جامعه را معلولان تشکیل می‌دهند، چرا پرداختن به موضوع ناتوانی و حضور این افراد در برنامه رسانه‌ها این‌گونه محدود است؟ به نظر می‌رسد افراد دارای ناتوانی در حال حاضر جمعیت هدف رسانه‌ها نیستند، چگونه می‌توان این گروه را هدف منظور کرد؟ اخبار، تعامل‌ها، داستان‌ها، شرح زندگی و ... افراد دارای ناتوانی در رسانه‌ها با چه ویژگی‌ها و خصوصیات ارائه شوند؟ مبنای این ارائه، رویکرد مدل پزشکی به ناتوانی باشد یا رویکرد مدل اجتماعی؟ رسانه‌ها برای افزایش حضور افراد دارای ناتوانی در برنامه‌هایشان چه مشکلاتی دارند؟ تجربیات کشورها برای افزایش آگاهی و تغییر نگرش مردم نسبت به ناتوانی چیست؟ رسانه‌ها در زدودن افکار واپس‌گرا و غلبه بر نگرش‌های تبعیض‌آمیز نسبت به ناتوانی چه نقشی می‌توانند ایفا کنند؟ آیا رسانه‌ها نیازمند دستورالعمل‌های ویژه و خاص برای انجام این مأموریت هستند؟ و ...

این‌گونه پرسش‌ها را همچنان می‌توان ادامه داد هرچند اهمیت بحث را همین تعداد محدود نیز نشان می‌دهد. خوشبختانه در طول سال‌های دهه ۱۹۹۰ و اوایل قرن بیست و یکم، گام‌های مثبت و مناسبی در این زمینه برداشته شده است و از جانب سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های معلولان و نیز خود رسانه‌ها، پاسخ‌هایی به این پرسش‌ها ارائه شده است که گاه همچون بنگاه سخن‌پراکنی بی‌بی‌سی در قالب یک دستورالعمل مشخص، راهنمای برنامه‌سازان و دست‌اندرکاران قرار می‌گیرد (بلیخ، ۱۳۸۰: ۸۸-۹۰). در بخش پایانی این مقاله، تلاش شده است با بیان برخی از دیدگاه‌ها و پیشنهادها، نشانه‌های راهنمایی برای دوستان و دست‌اندرکاران این دو حوزه فراهم آید تا به این ترتیب حضور بیشتر و مؤثرتر معلولان را در رسانه‌ها شاهد باشیم.

- نخستین پیشنهاد خطاب به افراد دارای ناتوانی است. به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عناصر در افزایش طرح موضوع ناتوانی در رسانه‌ها، خود این افراد هستند. بدون تلاش بی‌گیر و مؤثر و بدون آماده‌سازی خود برای حضور در این مبارزه، موفقیتی

حاصل نخواهد شد. نوشتن، سرودن، تهیه مقالات، اخبار و گزارش فعالیت‌ها، شرکت در جلسات بحث و بررسی موضوعات مرتبط با ناتوانی و ... از جمله فعالیت‌هایی است که باید با جدیت دنبال شود. بدیهی است کار در این حوزه باید از طریق تشکیلات منظمی همچون سازمان‌های غیردولتی معلولان پی‌گیری شود. تجربه این سازمان‌ها در نقاط مختلف دنیا برای کار با رسانه‌ها باید جمع‌آوری و به دقت بررسی شود تا نقاط قوت مورد استفاده قرار گیرد و نقاط ضعف شناسایی شود. افراد دارای ناتوانی با داوطلب شدن برای شرکت در برنامه‌ها و بیان تأثیرات ناتوانی بر زندگی خود و نحوه تطابق با مشکلات و غلبه بر آنها می‌توانند فضای مناسبی برای افزایش حضور در رسانه‌ها فراهم کنند.

- سازمان‌های غیردولتی معلولان باید با تدوین برنامه‌های مناسب، کار نظارت و پی‌گیری فعالیت‌های رسانه‌ای را در این زمینه آغاز و دنبال کنند. پی‌گیری و حتی شکایت از مؤسسات و شرکت‌هایی که هنوز هم از کلیشه‌های منفی استفاده می‌کنند، باید از جمله فعالیت‌های این سازمان‌ها باشد. حتی باید از طریق منابع قضایی و حقوقی جامعه، این مهم را پی‌گیری کرد. از سوی دیگر می‌توان با قدردانی از برنامه‌هایی که مبلغ کلیشه‌های مثبت در این حیطه هستند، و نیز با برخی فعالیت‌های رسانه‌ای، زمینه را برای رقابت در این زمینه فراهم نمود.

- در بسیاری از فیلم‌ها و مجموعه‌های تلویزیونی، شخصیت‌های غیرناتوان (غیرمعلول) نقش افراد دارای ناتوانی را بازی کرده‌اند و جالب اینکه بیشترین جوایز (حتی جایزه اسکار) را برای ایفای چنین نقش‌هایی دریافت کرده‌اند. به نظر می‌رسد لازم است استفاده از افراد دارای ناتوانی برای ایفای نقش‌ها رواج بیشتری پیدا کند. مانند فیلم «پای چپ من» که بازیگر آن، «کریستی براون» خود، نویسنده‌ای دارای ناتوانی بود که داستان زندگی شخصی‌اش را بیان کرده بود. همچنین باید به بازی درخشان «محمد رضانی» کودک نابینا در فیلم ارزشمند «رنگ خدا» اشاره کرد.

- تجربه بی‌بی‌سی نیز در به‌کارگیری افراد متخصص دارای ناتوانی در مشاغل مختلف بسیار ارزنده بوده است. این امر به گسترش حضور موضوع ناتوانی در رسانه کمک زیادی کرده است. برنامه‌سازان دارای ناتوانی، سهم عمده‌ای در افزایش ساعات پخش برنامه‌ها با موضوع ناتوانی داشته‌اند.

- اصحاب رسانه باید در مورد ناتوانی و زمینه‌های گسترده آن آموزش ببینند. این امر باید از سوی متخصصان توانبخشی و با همکاری سازمان‌های غیردولتی معلولان انجام پذیرد. بدیهی است که آنان باید این مفهوم را بپذیرند که تولیداتشان باید تمام افراد جامعه را شامل شود و موجبات حضور بیشتر افراد دارای ناتوانی را در برنامه‌ها فراهم آورند (How to report and ..., 2005: 4).

- کارکنان رسانه باید اطمینان حاصل کنند که تمام محتوای رسانه، برای افراد دارای ناتوانی قابل دسترسی است. در همه برنامه‌های تلویزیونی باید از طریق زیرنویس یا رابط زبان اشاره ناشنوایان، با این افراد ارتباط برقرار کرد. برای این کار استفاده از فناوری‌های جدید امری ضروری است. همچنین لازم است مطالب با قالب‌های دیگر، از جمله خط بریل یا نوارها و لوح‌های فشرده صوتی برای نابینایان دسترس‌پذیر شود. این کار به افراد دارای ناتوانی این حس را القا می‌کند که عضوی از جامعه هستند و جامعه تداخل اجتماعی آنان را پذیرفته است.

- رسانه‌ها باید اطمینان یابند زمانی که افراد دارای ناتوانی را نشان می‌دهند، وجود تنوع گسترده در جمعیت آنان را در نظر بگیرند. نوباوگان، نوجوانان، بزرگسالان، والدین، افراد مجرد و سالمندان، همه نمایندگانی مناسب برای حضور در برنامه‌ها هستند. از سوی دیگر، تنوع این افراد بر حسب نوع ناتوانی نیز گسترده و قابل مشاهده است؛ نابینایان و کم‌بینایان، ناشنوایان و سخت‌شنوایان، کم‌توانان ذهنی، افراد مبتلا به ناتوانی یادگیری، افراد دارای ناتوانی جسمی، حرکتی و ...

- با هر شیوه ممکن باید از نگاه نیکوکارانه به موضوع ناتوانی اجتناب کرد. به جای نمایش پریشانی، اندوه، رنج و ماتم باید افراد دارای ناتوانی را سرشار از عاطفه و توانمند نشان داد. همین‌طور معلولان باید در نقش‌های مختلفی که در جامعه ایفا می‌کنند، همچون والدین، دانش‌آموزان، برادر و خواهر، کارمند و کارگر، عاشق، دوست، ورزشکار و ... نمایش داده شوند.

- معلولان عاملی برای خنده و استهزا نیستند. کوچک‌ترین انحراف در به تصویر کشیدن افراد دارای ناتوانی باید با برخورد جدی معلولان و سازمان‌هایشان مواجه شود. به یاد داشته باشیم که ناشنوایان؛ خنگ، احمق و عقب‌مانده نیستند، نابینایان در مسیر خود به هر چیزی ضربه نمی‌زنند و با آگاهی مسیر خود را طی می‌کنند، معلولان

جسمی در هنگام راه رفتن خنده‌دار نیستند و ... نویسنده‌های غیرخلاق، کم‌دین‌های کم‌مایه و ضعیف و تبلیغاتچی‌های بی‌تعهد، باید از ارائه تصویر منفی و بد جلوه دادن عمدی افراد دارای ناتوانی اجتناب کنند.

- دست‌اندرکاران رسانه نباید هنگام سخن گفتن از معلولان احساساتی شوند. این حقیقتی است که آنان یا قربانی یک خشونت هستند یا خود در حادثه‌ای مقصرند. نقص در معلولان واقعی است اما این پایان راه نیست. باید در هنگام تولید برنامه از خود پرسید آیا آنچه ساخته شده حاوی کلیشه‌ها و مطالب منفی در حیطه ناتوانی هست یا خیر؟ آیا این تولید، معلول را فردی قابل ترحم توصیف کرده است؟ در این زمینه می‌توان با معلولان و سازمان‌های آنان مشورت کرد.

- نوشتن درباره معلولان به دقت بسیار نیاز دارد. تذکرات زیر می‌تواند در تصحیح نگرش منفی مؤثر باشد:

- بر روی ناتوانی متمرکز نشوید، مگر اینکه دقیقاً به قصه مربوط باشد. بر موضوعی تأکید کنید که کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده است مثل دسترسی به حمل و نقل، مسکن، مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، آموزش، فرصت‌های شغلی و ...

- افراد دارای ناتوانی را اشخاص فوق‌انسانی معرفی نکنید. آنان بیشتر از آنکه بخواهند، قهرمان معرفی شوند، نیازمند آن هستند که در زندگی روزمره و محیط شهری با کمترین مشکل حضور یابند.

- بهتر است به جای واژه «معلولان»، «معلول»، «قربانی»، «فلج» و ... واژه فرد، شخص و به تناسب «مردم دارای ناتوانی» به کار رود. «افراد دارای کم‌توانی ذهنی» یا «افراد ناشنوا» مناسب‌تر است.

- لازم است ابتدا واژه فرد، شخص، افراد و مردم ذکر شود و سپس محدودیت. باید به بیان توانایی‌ها پرداخت. بهتر است به جای آنکه بگوییم «محدود به استفاده از صندلی چرخدار» یا «افلج» بگوییم «استفاده‌کننده از صندلی چرخدار یا بریس».

- افراد دارای ناتوانی را نباید «بیمار» نامید. فردی که زمانی پولیو را تجربه کرده است اینک مبتلا به بیماری فلج اطفال نیست بلکه فردی دارای ناتوانی جسمی است. تنها زمانی که از بیماری مزمنی مانند آرتریت روماتوئید سخن به میان می‌آید - چون بیماری هنوز وجود دارد - می‌توان به بیماری اشاره کرد (Ibid).

جمع‌بندی

ناتوانی از سال‌های دور در رسانه‌ها مطرح بوده است. اما مطالعات حاکی از آن است که کلیشه‌های منفی، عنصر اساسی پرداختن به ناتوانی و معلولیت در رسانه بوده و هست. ناتوانی با گستره بسیار وسیع خود؛ پیچیدگی‌های فراوانی را به همراه دارد که در فرهنگ‌های مختلف به صورت‌های گوناگون خود را نشان می‌دهد. افراد دارای ناتوانی در رسانه‌ها اغلب با کلیشه‌هایی چون افراد قابل‌ترحم، قربانی‌خسونت، شریر و شیطانی، مرموز و بیگانه، غلبه‌کننده، فوق‌انسانی، سرگرم‌کننده و خنده‌دار، دشمن‌خویش، باری‌بر جامعه، غیرعادی به لحاظ جنسی، ناتوان از مشارکت در زندگی اجتماعی و ... تصویر شده‌اند. تلاش برای غلبه بر این کلیشه‌ها از مدت‌ها قبل آغاز شده است و رسانه‌ها، معلولان و سازمان‌های آنان، با تدوین برنامه‌ها و دستورالعمل‌های خاص به این مبارزه وارد شده‌اند.

منابع فارسی:

۱. کمالی، محمد (۱۳۸۲) مروری بر حقوق کودکان دارای ناتوانی و معلولیت، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره هفتم، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۲. کنوانسیون جهانی حقوق افراد دارای ناتوانی (۱۳۸۶) فصلنامه حمایت سبز، شماره هفتم، تهران.
۳. کمالی، محمد (۱۳۸۳) ناتوانی و حقوق بشر، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره سیزدهم، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۴. بلیغ، ناصر (۱۳۸۰) دستورالعمل برنامه‌سازی در رادیو و تلویزیون انگلستان، تهران: تحقیق و توسعه رادیو.
۵. کمالی، محمد، پارادوکس کودک سالم و معلول، ضمیمه روزنامه اطلاعات، شماره ۲۳۸۵۸، اسفند ۱۳۸۵، تهران.
۶. میرخانی، مجید (۱۳۷۸) مبانی توانبخشی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

منابع انگلیسی:

1. Morris, J. (1991) **Pride against prejudice: Transforming attitude to disability**. The wares's press LTD.
2. Oliver, M. (1996) **Understanding disability: from theory to practice**. London: Macmillan press LTD.
3. Longmore, p.k. (1987) **Screening stereotyps: images of disabled people**. Social policy, 16(1).
4. Zola, I.K. (1985) **Depictions of disability – metaphor, message and medium in the media: a research and political agenda**. Social science Journal. 22 (4).
5. Keller, C.E. et al. (1990) **The coverage of person with disabilities in american newspaper**. Journal of special Education, 24 (3).
6. **Disability and Rehabilitation WHO Action plan 2006-2011** (2005) Disability and Rehabilitation (DAR) Team. World Health organization: Geneva.
7. **European declaration art, culture, media and disability** (2003) EUCREA International: paris.
8. Rioux, E.; Zubrow, M.S.; Bundi, W. (2003) **Atlas of literacy and disability**. Canadian Abilities Foundation.
9. **Screen Idols Viewpoint** (2005) London.
10. **How to Report and write about people with disabilities** (2005) The Arc of Tennessee: USA.
11. Rieser, C.N.; Mason, M. (1992) **Disability equality in the classroom**. London. Disability Equality in Education.

شهر نشینی، رسانه و سلامت اجتماعی

(رسانه‌های جوامع در حال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان)

مهدی فدایی مهربانی*

چکیده

سلامت شهرنشینی، بیش از هر چیز سلامت اجتماعی را در نظر دارد زیرا شهرنشینی پدیده‌ای اجتماعی است. از سویی، فلسفه وجودی رسانه‌های گروهی نیز در قالب زیست جمعی و زندگی اجتماعی قابل تعریف است. بنابراین می‌توان گفت سلامت اجتماعی، رسانه و زندگی شهری، از اساس دارای پیوندی درونی هستند و به این ترتیب در مهندسی سلامت اجتماعی و زندگی شهری، توجه به رسانه‌ها بسیار حایز اهمیت است. مقاله حاضر نشان می‌دهد که چگونه بی‌توجهی مدرنیسم به زندگی شهری در غرب، موجب بروز مشکلات بسیاری در زمینه سلامت اجتماعی شده است. بدیهی است که رسانه‌ها نیز می‌توانند در این میان شمشیری دو لبه باشند؛ یعنی هم در جهت تخریب سلامت اجتماعی حرکت کنند و هم در جهت بازتولید آن زیرا مهم‌ترین نهاد الگوساز در هر جامعه، رسانه‌های عمومی هستند.

کلید واژه‌ها: شهرنشینی، رسانه، تلویزیون، سلامت اجتماعی، تصویر، وانمودگی واقعیت، شیوه زیست.

مقدمه

گذار جوامع از سنتی به مدرن، همواره با گسترش روزافزون پدیده شهرنشینی همراه بوده است. زندگی مدرن و شهرنشینی نیز شرایط و پدیده‌هایی را در پی دارد که می‌تواند بر مفهوم سلامت اجتماعی مؤثر واقع شود. گسترش شهرنشینی و استفاده از رسانه‌های مدرن، فرد را در یک محیط اجتماعی جدید قرار می‌دهد. امروزه تجربه زندگی در دوجهان سنتی و مدرن، ویژگی محرز بسیاری از شهروندان ایرانی است که هم زمان سنت‌های گذشته خود را به خاطر دارند و با این خاطرات در جهانی زندگی می‌کنند که به سوی مدرنیسم می‌رود. از این منظر شهروند ایرانی دو جهان متفاوت را تجربه کرده است و گذار از جهان قبلی (به مثابه جهان سنتی) به جهان مدرن، مستلزم فراهم آوردن شرایطی است که او بتواند خود را برای پذیرش دنیای جدید آماده کند و به معضلی که جامعه شناسان از آن با عنوان شرایط آنومیک (Anomic) یاد می‌کنند گرفتار نشود. در اینجا است که نقش مؤثر رسانه‌ها در مقوله سلامت اجتماعی مشخص می‌شود. در واقع رسانه‌ها به عنوان مؤثرترین ابزار آگاهی بخشی جمعی عمل می‌کنند.

شهرنشینی

به جمعیت شهرهای بزرگ و کوچک کشورهای جهان سوم هر ساله ۴۵ میلیون ساکن جدید افزوده می‌شود (پاتر و ایونز، ۱۳۸۴: ۱۱۶). بالاترین آهنگ شهرنشینی در کشورهای جهان سوم به چشم می‌خورد که از آهنگ صنعتی شدن آنها سریع‌تر است. طی ۴۰ سال گذشته، نسبت شهرنشینی در ایران از ۳۱ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۶۱ درصد (یعنی دو برابر) در سال ۱۳۷۵ رسید و این روند همچنان ادامه دارد. براساس گزارش توسعه انسانی سازمان ملل متحد، نسبت شهرنشینی در ایران در سال ۱۹۶۰ معادل ۳۴ درصد بوده که در سال ۱۹۹۲، به ۵۸ درصد افزایش یافته است (دانشنامه اینترنتی رشد، ۸۶/۳/۲۵). این ناهمخوانی را اغلب تورم شهری یا شهرنشینی لگام گسیخته می‌گویند (پاتر و ایونز، ۱۳۸۴: ۱۹). بنابراین شهرنشینی در جوامع در حال توسعه خودبه خود با معضلات و بحران‌های بالقوه‌ای همراه است که جزء جدایی‌ناپذیر آن است. مسئله وقتی حادث می‌شود که کشورهای در حال توسعه اساساً زندگی مدرن

شهری به شیوه غرب را درمان عقب ماندگی خود می‌دانند. فریدمن و ویور در این باره معتقدند: «... کشورهای در حال توسعه، با نگاه به کشورهای صنعتی شده غربی که پیش از این توسعه یافته‌اند، معتقدند چاره توسعه نیافتگی در شبیه شدن هر چه بیشتر به آنهاست. ظاهراً این ایده بر این اساس است که شاهراه دستیابی به توسعه از مسیر فرایند شتابان شهرنشینی می‌گذرد» (friedman and weaver , 1979:91).

با این حال در کشورهای در حال توسعه، شهرنشینی و زندگی شهری امری گریزناپذیر است (McGee, 1994: 34). جوامع در حال توسعه به همان میزان که به سوی مدرنیسم حرکت می‌کنند، درگیر زندگی شهری نیز می‌شوند و هرروزه شیوه‌های جدیدی از الگوهای زیستی به آنها وارد می‌شود. نکته حایز اهمیت در همین جا نهفته است. الگوهای زندگی شهری اغلب غربی هستند و شیوه‌های جدید زندگی را با خود به همراه می‌آورند. به این ترتیب در جوامع در حال توسعه، هم الگوهای سنتی سلامت اجتماعی رواج دارند و هم الگوهای جدید غربی. اساساً خصلت جوامع در حال گذار همین دوگانگی است. جامعه نه هنوز الگوهای سنتی خود را رها کرده و نه به طور کامل درگیر زندگی مدرن شده است. امیل دورکیم معتقد است در چنین شرایطی، شهروندان با ناهنجاریهای رفتاری و روان‌شناختی مواجه خواهند شد که یا به خودکشی منجر می‌شود یا آسیب‌های فراوانی به سلامت اجتماعی وارد می‌کند (مالکوم واترز، ۱۳۸۱: ۱۹۰).

باید پذیرفت که ناهنجاری اجتماعی، از ویژگی‌های جوامع در حال گذار است. مشکلی که در فرایند توسعه غرب وجود داشت این بود که به تبعیت از الگوهای لیبرال تفکر، جامعه را نیز همچون عرصه اقتصادی تصور می‌کردند که رها کردن آن موجب می‌شود دست پنهانی که آدام اسمیت (Adam smith) وعده آن را داده است، وضعیت مطلوبی برای سلامت اجتماعی شهروندان ایجاد کند.

رابرت نوزیک (Robert nozick) در این زمینه معتقد بود تنها نظامی خودجوش می‌تواند روندی رو به جلو در جامعه ایجاد کند. او شکل‌گیری نظم خودجوش در جامعه را به شکل‌گیری راه‌هایی تشبیه می‌کرد که خود به خود و بر اثر تکرار رفت و آمد در یک زمین خاکی ایجاد می‌شود. وی معتقد بود این راه نزدیک‌ترین راه و همان راهی است که مردم به آن علاقه دارند (Nosick, 1988: 32) اما نوزیک دیدی یکسویه

و تک بعدی ارائه کرد و به این پرسش پاسخ نداد که آیا راه خودجوش وی متضمن سلامت اجتماعی شهروندان نیز هست یا نه؟

جوامع در حال گذار یا به تعبیر شوبری، پیشا صنعتی (Dickenson et al, 1996:219) می‌توانند با برنامه ریزی دقیق در عرصه رسانه، مانع از آسیب‌های اجتماعی شوند و سلامت اجتماعی شهروندان خود را تضمین کنند. در حقیقت تنها راهی که طی توسعه فرهنگ زندگی شهری، جوامع می‌توانند از طریق آن از سلامت اجتماعی شهروندان محافظت کنند، آموزش و آگاهی بخشی است. بدیهی است گسترده‌ترین ابزار در اختیار این کشورها برای این منظور، رسانه‌ها هستند.

اهمیت رسانه‌ها

رسانه‌ها یکی از اجزای مهم زندگی مدرن به شمار می‌روند. بازار بزرگ رسانه که حجم آن بالغ بر ۲۵۰ میلیارد دلار در سال است، مؤید این سخن است. امروزه که در موج سوم اطلاعاتی به سر می‌بریم، وسایل ارتباط جمعی و رسانه‌ها چنان جایگاهی در زندگی شهروندان یافته‌اند که ناگزیر باید آنها را در هر معادله‌ای در نظر گرفت زیرا هم اکنون جامعه اطلاعاتی که مانوئل کاستلز در دهه ۱۹۸۰ به آن اشاره کرده بود، شکل گرفته است. بنابر نظر بسیاری از اندیشمندان و فلاسفه، رسانه‌ها حتی به بازتعریف مفاهیم اساسی زندگی می‌پردازند و از این منظر، خود به معیاری برای تعریف واقعیت تبدیل می‌شوند. بنابراین بررسی نقش هستی‌شناختی رسانه‌ها در زندگی امروزی، بسیار حایز اهمیت است چنان که بسیاری از فلاسفه معاصر به بررسی فلسفی جایگاه رسانه، بویژه تلویزیون می‌پردازند.

تلویزیون به مثابه رسانه دوران مدرن، می‌تواند برداشت‌های افراد را از جهان شکل دهد زیرا در این دوران واقعیت از شیشه تلویزیون به مردم نمایش داده می‌شود. از آنجا که رویکرد غالب شبکه‌های خبری، رویکردی جهت‌دار است، وجوهی از واقعیت به نمایش در می‌آیند و وجوهی از آن کنار گذاشته می‌شوند و به این ترتیب، برداشت افراد از واقعیت، برداشتی است که تلویزیون ارائه می‌دهد.

زیگمونت باومن جامعه‌شناسی که وی را «پیامبر پست مدرنیته» خوانده‌اند، در کتاب معروف خود «اخلاق پست مدرن» (Bauman, 1993) به طرح مفهوم «تله‌سیتی» یا «شهر

تلویزیونی» می‌پردازد و وضعیت رسانه‌ها را در کلان شهرهای غربی به نقد می‌کشد. وی معتقد است تلویزیون واقعیت‌ها را تحریف می‌کند. افراد در تله سیتی «تله مدییت» می‌شوند و زندگی آنها به صفحه تلویزیون محدود می‌شود. زندگی آنها خصلتی مجازی دارد (Bauman, 1993: 162). تصاویر تلویزیونی سطحی‌نگری را به انسان‌های غریبه تحمیل کرده‌اند. این تصاویر فاقد بعد و دور از واقعیت‌اند، از جسم و بدن و ماده تهی شده‌اند و در عوض، ویژگی‌های زیبایی‌شناختی به دست آورده‌اند «در تله‌سیتی، دیگران تنها موضوعاتی برای سرگرمی هستند [...] ایجاد فرصتی برای تفریح تنها دلیل وجود آنهاست» (Bauman, 1993: 177).

ژان بودریار (Jean Baudriar) از صاحب‌نظران رسانه و تلویزیون معتقد است آنچه ما واقعیت می‌پنداریم، درحقیقت نگرش رسانه به آن موضوع است. در این حال ابژه تبدیل به سوژه می‌شود و می‌توان گفت که به تعداد شبکه‌ها و تصویرها، واقعیت به اشکال مختلف در می‌آید. شبکه‌های پسامدرنی، بیش از انتقال پیام، به چگونگی این انتقال می‌اندیشند و تعیین‌کننده نوع و نحوه ارائه هستند.

ژان بودریار در تشریح مفهوم «همانند سازی» معتقد است در این فرایند، نشانه‌هایی از واقعیت به جای خود واقعیت می‌نشینند. به عبارت روشن‌تر، ما با نشانه‌ها یا نمادهایی از واقعیت سروکار داریم و به جای واقعیت، نشانه‌ها و نمادها را می‌بینیم. بودریار همانند سازی را یکی از فرایندهای فرهنگی مدرنیته می‌داند و معتقد است پس از دوران صنعتی شدن به جای واقعیت، مدل‌ها و کدهایی از واقعیت را دریافت می‌کنیم که مانع از رخ دادن واقعیت می‌شوند و خود آن را تولید می‌کنند. او عقیده دارد رابطه میان واقعیت و نماد در دوره باروک نیز قابل مشاهده بوده است اما این وضعیت به آن سبب به دوران مدرنیته مربوط است که نمی‌توان میان واقعیت و مجاز یا به عبارت دیگر، واقعیت و نماد تفاوتی قایل شد (اخگری، ۱۳۸۶: ۲۵).

ژان بودریار عقیده دارد که رسانه‌ها چیزی جز ابزاری شگفت‌آور برای بی‌ثبات کردن حقایق و واقعیات مربوط به تاریخ و سیاست و ... نیستند.

اعتیاد ما به رسانه‌ها و نا ممکن بودن زندگی بدون رسانه‌ها، به دلیل شوق ما به فرهنگ و اطلاعات نیست، بلکه نتیجه معکوس سازی معانی حقیقت و بیهودگی و انهدام این اصول از سوی رسانه هاست. بودریار تنها به این نکته اشاره نمی‌کند که تمیز

میان تصور و واقعیت برای ما ممکن نیست بلکه او معتقد است آنچه امروزه مصرف می‌کنیم، مجازی برگرفته از به دنبال هم قرار گرفتن نمایش‌ها یا نمادهای ممکن است. همانندسازی در حقیقت از بین بردن توان فهم و تشخیص تمایز میان واقعیت و نماد است (همان: ۲۵).

آنچه بودریار به آن اشاره می‌کند، مفهوم واقعیت مجازی است. او مدعی است ما در عصر وانمودگی (Simulations) زندگی می‌کنیم و جهان یک فراواقعیت (Hyper Reality) است. بودریار جهان واقعی را جهان مجازی شده می‌داند و معتقد است جامعه امروزی، دنیای نمادهایی است که از طریق رسانه‌ها به مردم تزریق می‌شوند. در این دنیا تفاوت آشکار واقعیت و نشانه از میان می‌رود. از دید بودریار، رسانه‌ها مرز واقعیت و سرگرمی را در هم ریخته و تصویر واقعیت را هویتی مجازی بخشیده‌اند تا آنجا که اخبار سیاسی نیز به مثابه تفریح و سرگرمی جلوه می‌کند و ماجراهای واقعی جنگ و کشتار به نمایشنامه‌های ملودرام یا تراژیک تبدیل می‌شود و این به هم پیوستگی فرهنگ، سیاست و تفریح تا جایی پیش می‌رود که مرز بین تمام واقعیات به هم می‌ریزد و نمی‌توان حدودی آشکار برای آنها در نظر گرفت. بنابراین رسانه‌ها تبدیل به دستگاه‌های نمادسازی شده‌اند (گیبیز، ۱۳۸۱: ۵۷).

واقعیت‌ها در جهان شبیه سازی شده (Simulated) بودریار تبدیل به فراواقعیت می‌شوند و در این فرایند، سوژه به جای ابژه می‌نشیند. بنابراین کار رسانه‌ها در جهت وانمود سازی واقعیت است. این وانمودسازی، بیش از هر چیز از طریق نشانه‌هایی صورت می‌گیرد که رسانه‌ها آن را در جامعه تسری می‌دهند (Baudriuar, 1983).

چارلز پیرس (C.Pires) زبان‌شناس و فیلسوف امریکایی، نوعی نشانه‌شناسی را ارائه کرده است که بر مبنای آن، تفکر بر اساس نشانه‌های متعدد موجود در جامعه شکل می‌گیرد. بنابر اصول معناشناختی پیرس، نشانه‌ها در جامعه، فضایی مجازی ایجاد می‌کنند که به هرگونه تفکر و ذهنیت شکل می‌دهد. رسانه‌ها مهم‌ترین سازنده این نشانه‌ها هستند و به همین دلیل نقش آنها در فرآیند تولید نشانه، بیش از سایر نهادهاست (کلنر، ۱۳۸۶: ۲۶).

هارتمن نیز با تمایز قایل شدن میان تصاویر رسانه‌ای و تصاویر معمولی که ما در نظر می‌آوریم، معتقد است تصاویر رسانه‌ای، تصاویری فنی هستند، یعنی بخشی از

واقعیت رسانه‌ای که نه واقعی هستند نه تخیلی. این خود منجر به ایجاد دوگانگی در میان بود و نمود (هستی و تظاهر آن) خواهد شد (هارتمن، ۱۳۸۶: ۱۴). در گذر تصویر عادی به تصویر تلویزیونی و سپس تصویری که از رایانه دریافت می‌شود، واقعیت‌های رسانه‌ای تازه‌ای پدید می‌آیند. عوالم رسانه‌ای کاملاً مصنوعی هستند و موضوع‌های مجازی در آنها بسیار به چشم می‌خورد. گویی در نظر هارتمن و بودریار، عالم رسانه‌ها همچون دنیای والت دیسنی، تخیلی است. فرهنگ امروزی به گونه‌ای فزاینده از این صور خیالی شکل گرفته است؛ صوری که در مجموع واقعیت جدیدی را شکل می‌دهند.

نگاه هایدی ماری شوماخر (Heidemarie Schumacher) به تلویزیون از منظری دیگر است. او تلویزیون را به عنوان پدیده‌ای هیستریک می‌نگرد که اشکال فراواقعیت را شکل می‌دهد. این موضوع در افکت‌ها و مجموعه‌هایی که احساسات بازیگر نمایش را به نحوی بارز نشان می‌دهند، بیشتر نمود دارد؛ زیرا تماشاگر احساسات، اشک‌ها و لبخندهای بازیگر را واقعی می‌پندارد و با احساساتش با آن برخورد می‌کند در حالی که در واقع چنین نیست (اخگری، ۱۳۸۶: ۲۵).

بر اساس دیدگاه‌های بودریار، هارتمن، پیرس و شوماخر باید گفت در جوامعی که هنوز شیوه زیست غربی در آنها متداول نشده است، از طریق رسانه‌ها می‌توان به تولید سنخی از نشانه‌ها در جامعه پرداخت که در خدمت سلامت اجتماعی باشند. وظیفه سنگینی بر دوش رسانه‌های گروهی است که اجازه ندهند نیهلیسم پدید آمده در جوامع غربی، تجربه مجدد کشورهای در حال توسعه‌ای همچون ایران باشد؛ آنچه بودریار نیز به آن اشاره می‌کرد (Baudriar, 1984: 38).

رسانه و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی مفهومی است که از ارتباط میان دو مفهوم سلامت و اجتماع پدید می‌آید. با توجه به اینکه اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند، در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد بررسی و مطالعه قرار داد. سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد، از سلامت نسبی برخوردار باشند.

اگر فضای فرهنگی یک جامعه منطبق بر هنجارهای اخلاقی آن باشد و انحرافی از هنجارهای اخلاقی صورت نگیرد، سلامت اجتماعی در آن جامعه وجود خواهد داشت. در حقیقت سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که هریک از شهروندان نسبت به اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند. از این منظر، سلامت اجتماعی در جامعه‌ای وجود دارد که شهروندان آن در جهت هنجارهای اخلاقی پذیرفته شده حرکت کنند؛ به همین دلیل می‌توان گفت سلامت اجتماعی بیش از هر چیز مفهومی اخلاقی است.

بنابراین در تعریف سلامت اجتماعی ابتدا باید تعریفی از اخلاق در جامعه ارائه داد. اخلاق را می‌توان شامل دو دسته عناصر کلی دانست:

الف) عناصر جهانشمول (Universal) که در تمامی جوامع و کشورها مشترکند همانند اعتقاد به آزادی عقیده، اعتقاد به اینکه دزدی یا اعتیاد به مواد مخدر امری ناپسند است و...

ب) عناصر بومی (Local) که در هر جامعه متفاوت است. برای مثال همجنس‌بازی (Homosexuality) در ایران یکی از اساسی‌ترین نموده‌های انزوای اخلاقی و معیاری برای نابودی سلامت اجتماعی است، در صورتی که همین امر در جامعه امریکا یکی از عناصر مهم آزادی و حقوق بشر تلقی می‌شود و غالب گروه‌های دموکرات به شدت از آن دفاع می‌کنند.

مهم‌ترین عناصر سلامت اجتماعی در ایران را می‌توان به قرار زیر دانست:

الف) اخلاق اجتماعی

ب) عرف اجتماعی

ج) آموزه‌های مذهبی

د) اخلاق جهانشمول بشری

به این ترتیب می‌توان با مفهوم سلامت اجتماعی در هر جامعه آشنایی پیدا کرد، اما نمی‌توان آن را به مثابه امری غایی که دارای تعریفی واحد و همگانی است در نظر گرفت. در نتیجه باید گفت ارائه تعریفی ثابت از سلامت اجتماعی به هیچ وجه علمی نخواهد بود. به عبارت دیگر هنگامی که از مفهوم سلامت اجتماعی سخن می‌گوییم باید روشن کنیم سلامت اجتماعی در کدام جامعه را مد نظر داریم.

همان گونه که گفته شد مفهوم سلامت اجتماعی در جامعه ایران متغیری چند بعدی است که دست کم از چهار عنصر قدرتمند تشکیل شده است. عناصری که از شریعت متسلب گرفته تا عرف اجتماعی متغیر استمرار دارد. از این رو پژوهشگری که در حوزه اجتماعی مطالعه می‌کند باید تمامی جنبه‌های این پدیده را در نظر داشته باشد.

در این میان آنچه برای ما حایز اهمیت است، نقش رسانه‌های جمعی در فرآیند بازآفرینی و مهندسی سلامت اجتماعی است. رسانه‌های جمعی از عوامل مهمی هستند که بر مفهوم سلامت اجتماعی موثرند. حقیقت این است که غیر از عنصر مذهب نمی‌توان نقش موثر رسانه را بر سه عنصر دیگر انکار کرد. اینکه چگونه رسانه‌های جمعی در فرآیند هنجارسازی یا محو هنجارهای نامطلوب نقش کلیدی ایفا می‌کنند، خود نشان دهنده محوریت رسانه در فرآیند بازتولید سلامت اجتماعی است.

مطالعه اثرات رسانه بر سلامت اجتماعی جوامع، سال‌هاست که در میان محافل دانشگاهی و اندیشمندان و فلاسفه غربی رواج دارد. حتی در برخی کشورها، پیرامون سلامت اجتماعی آموزش‌هایی به شهروندان ارائه می‌شود و تلاش‌هایی برای مهندسی سلامت اجتماعی صورت می‌پذیرد. برای مثال در غرب مراکزی برای آموزش سلامت اجتماعی (Social Health Education) ایجاد شده‌اند که با عنوان مخفف SHE شناخته می‌شوند. عمده‌ترین وظیفه این مراکز آموزش‌هایی در جهت سلامت اجتماعی به شهروندان امریکایی است.

یکی از فعالیت‌های مهم این مراکز ارائه آموزش‌هایی در زمینه رفتار جنسی (Sexual Behaviour Education) است. این آموزش‌ها به شهروندان جوان کمک خواهد کرد با رفتار جنسی طبیعی آشنا شوند و ناهنجاری‌های جنسی و غیر اخلاقی را از ارتباط جنسی سالم بازشناسی کنند. همچنین آموزش‌هایی در مورد رفتارهای پرخطر ارائه می‌شود که می‌تواند در آشنایی جوانان با اعتیاد، ایدز و بسیاری از رفتارهایی که سلامت فردی و اجتماعی را به مخاطره می‌اندازند، مؤثر باشد.

هرچند نمی‌توان وضعیت سلامت اجتماعی را در غرب تأیید کرد، ولی تلاش‌های مراکز متعدد این کشورها را در حوزه سلامت اجتماعی، می‌توان الگوی مناسبی برای ایران دانست. البته ذکر این نکته حائز اهمیت است که هرگونه اقتباس از الگوهای مهندسی اجتماعی غربی باید ابتدا بومی‌سازی شده و سپس مورد استفاده قرار گیرد.

اما متأسفانه در حالی که مطالعه‌ای جدی در این مقوله بسیار مهم صورت پذیرفته است، برخی اندیشمندان حوزه اجتماعی ایران، وقت خود را صرف تحلیل جامعه شناختی ایران از منظری غربی می‌کنند و تاسف‌بارتر اینکه نه تنها جامعه معاصر غربی را به عنوان نمونه‌ای برای عبرت آموزی در نظر نمی‌گیرند، بلکه آن را مدلی برای تقلید محسوب می‌کنند.

برخی اندیشمندان غربی توانسته‌اند با گذر از وجوه جذاب زندگی مدرن شهری، نقدهای جدی و اساسی به این شیوه زندگی وارد کنند. نکته جالب توجه برای ما این است که تقریباً تمامی این اندیشمندان، رسانه‌ها را رکن محوری اشاعه شیوه زندگی غربی می‌دانند.

جامعه آمریکا یکی از جوامع مورد مطالعه اکثر اندیشمندانی است که پیرامون سلامت اجتماعی به نظریه پردازی مشغولند. بودریار نیز از جمله کسانی است که با نگارش کتاب «امریکا»، به نقد سلامت اجتماعی ناهنجار در این کشور پرداخته است. سلامت اجتماعی ناهنجار در نظر وی، نتیجه سلطه رسانه‌های عمومی است که همواره در حال انتقال آگاهی کاذب به شهروندان هستند.

طبق نظر بودریار، جامعه آمریکا نمودی از دنیای والت دیسنی است که همه چیز آن در عین زیبایی، مجازی است؛ در آمریکا هنگامی که سوار خودرو می‌شوید، خود را به جای یک بازیگر تصور می‌کنید و همه چیز را مجازی می‌بینید. گویی یک بازی رایانه‌ای پیش روی شماست. سخن بودریار کاملاً قابل درک است. بررسی سلامت اجتماعی در آمریکا و وقوع حوادث خشن در این کشور، همچون حادثه تلخ کلمباین نشان می‌دهد که چگونه نوجوانان یک مدرسه دبیرستانی، خود را در جایگاه مجازی یک بازیگر اکشن تلویزیون تصور می‌کنند و همان‌گونه که در فیلم مشاهده کرده‌اند، ده‌ها نوجوان را به رگبار گلوله می‌بندند. برای این افراد انسان‌های دیگر چندان واقعی نیستند از این رو کشتن آنان نیز به راحتی عملی است که بازیگر تلویزیون انجام می‌دهد.

مجازی بودن تلویزیون موجب شده است، شهروندان رخدادهای حقیقی پیرامون خود را هم که در تلویزیون به نمایش درمی‌آید، مجازی بپندارند و به این ترتیب هیچ احساس مسئولیتی نسبت به جامعه خود نداشته باشند. این سرنوشتی است که رسانه‌های مدرن برای انسان‌ها به ارمغان می‌آورند. رسانه‌هایی که خود را تابع قانون

سود و زیان بازار می‌دانند تعهدی در قبال سلامت اجتماعی ندارند اما باید دانست آنچه ادغام حقیقت و مجاز از سوی رسانه‌ها برای هر جامعه به ارمغان می‌آورد، نابودی سلامت اجتماعی است. واقعیت هولناکی که برای «کاترین جنوویز» - شهروند نیویورکی - در سال ۱۹۶۴ رخ داد، نمونه‌ای بی‌رحمانه، شدید و افراطی از بی‌اعتنایی و بی‌توجهی انسان متمدن مدرن شهری است. وی یکی از ساکنان بخش مرفه‌نشین نیویورک بود که در اواخر شب هنگامی که به خانه خود برمی‌گشت، سه بار مورد حمله و تجاوز قرار گرفت. حمله سوم - در راهروی خانه‌اش - منجر به مرگ وی شد. این حادثه‌ها در حالی رخ می‌داد که دست کم سی و هشت نفر از شهروندان آبرومند نیویورک، شاهد حملات بودند اما حتی یک نفر واکنشی نشان نداد و دست کم پلیس را مطلع نکرد. کل ماجرای قتل، نیم ساعت طول کشید و در تمام این مدت زن مقتول، نعره می‌کشید و با صدای بلند فریاد می‌زد. اما حتی یک نفر زحمت برداشتن گوشی تلفن و آگاه کردن پلیس را به خود نداد. جامعه‌شناسان برای چنین پدیده‌هایی - که «بی‌اعتنایی تماشایی» (رابرتسون، ۱۳۷۷: ۱۴۹) خوانده می‌شود - دلایل اجتماعی مختلفی ذکر کرده‌اند و آن‌را از گفتمان اخلاقی خارج ساخته‌اند. آنان می‌گویند انسان شهری بی‌رحم و بی‌اخلاق نیست؛ بی‌اعتنایی او از نوع «بی‌توجهی مدنی» است (گیدنز، ۱۳۷۹: ۱۱۸).

آلن فینکلکرات، فیلسوف معاصر فرانسوی، در بخشی از کتاب «آینده یک انکار: اندیشه‌هایی در باب مسئله کشتار جمعی» (Finkeilkraut, 1998: 22) می‌گوید نسل کنونی ما دیگر نمی‌تواند از «بهانه یا دفاعیه‌ی نادانی» استفاده کند. به عبارتی «ما می‌دانیم و می‌دانیم که می‌دانیم و دیگران هم می‌دانند که ما می‌دانیم» (Tester, 2001: 5) بنابراین بی‌اعتنایی شهروندان غربی، محصول زندگی شهری است. نوعی زندگی که در آن رسانه‌ها همه چیز را تبدیل به مجاز کرده‌اند. شهروند غربی می‌داند که پیرامونش چه می‌گذرد اما باید بر اساس عقلانیت لیبرال بیندیشد، یعنی عقلانیت بازار؛ بنابراین اگر در جایی می‌تواند خود را از مهلکه برهاند و دردسری برای خودش ایجاد نکند، بهتر است خود را درگیر نکند. در زندگی فناورانه شهری، عقلانیت ابزاری حاکم است. عقل ابزاری (Instrumental reason) یا محاسبه‌گر، عقلی است که تنها منفعت و سود را می‌بیند نه کارهای انسان‌دوستانه را. سلامت اجتماعی در چنین محیطی رنگ می‌بازد و

دیگر کسی به امثال جنووین کمک نمی‌کند زیرا بهتر می‌داند برای خودش در دسر ایجاد نکند. فینکلکرات معتقد است بی‌تفاوتی عمومی، بیش از این نمی‌تواند - آن‌گونه که در گذشته معمول بود - به غفلت و نادانی نسبت داده شود (Finkeilkraut, 1998: 141). این آگاهی خشک و منجمد مبتنی بر منطق سود و زیان زندگی شهری است. سه نفر به شیوه فیلم‌های سینمایی کاری غیر اخلاقی انجام می‌دهند و سی‌وهشت نفر بر مبنای منطق سود و زیان زندگی شهری به قربانی کمک نمی‌کنند. کاملاً روشن است که رسانه، زندگی شهری و سلامت اجتماعی چه ارتباطی با یکدیگر دارند.

در چنین جامعه‌ای هیچ کس به دیگری اهمیت نمی‌دهد و همه با هم غریبه‌اند. جورج زیمل در توصیف شهرنشینی غربی اصطلاح «غریبگی» را به کار می‌برد. زندگی شهری با تمام زرق و برق‌های خود، رکودی مرداب وار ایجاد کرده است و در این میان رسانه‌ها نقش اساسی دارند. رسانه‌ها فضایی مجازی ایجاد کرده‌اند که به بازتولید غریبگی منجر می‌شود. زیمل این وضعیت را «یورش سریع تصاویر متغیر» می‌نامد. شهر، تصویری است که مدام تغییر می‌کند. شهرنشینی که در این حالت، با بی‌اعتنایی به سایر شهروندان می‌نگرد (کرایپ، ۱۳۸۲: ۲۸۶) چندان پایبند اخلاق اجتماعی نیست زیرا احساس پیوستگی با دیگر شهروندان نمی‌کند. گویی در شهر همه غریبه هستند. این واقعیت زندگی مدرن است که همسایگان هم با یکدیگر احساس غریبگی می‌کنند. با این حال جوامع توسعه نیافته با این اقبال مواجهند که می‌توانند با عبرت از الگوی غربی، به مهندسی سلامت اجتماعی جامعه خود پردازند. جوامع در حال گذار بیش از جوامع توسعه یافته به رسانه‌های قدرتمند و پویا نیاز دارند زیرا در مرحله‌ای به سر می‌برند که به شدت نیازمند الگوهای جایگزین است. رسانه‌ها از این قدرت برخوردارند که حتی مفاهیم و الگوهای ارزشی پیشین را به صورتی نوین به نمایش درآورند.

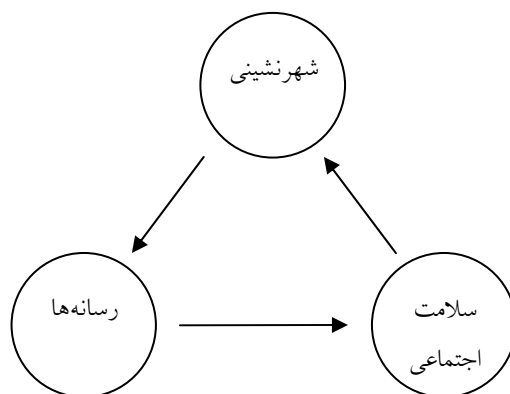
نتیجه

غالب دیدگاه‌های غربی مطرح شده پیرامون رسانه‌ها و تلویزیون، جنبه انتقادی دارند. به زعم این دیدگاه‌ها، در رابطه‌ای که میان فرد و رسانه ایجاد می‌شود، ارائه نمادهای تفکر در جریانی یکسویه قرار دارد و به این ترتیب رابطه‌ای بین‌الذهانی

(Intresubjective relation) میان رسانه و فرد ایجاد نمی‌شود. ارائه دهندگان این دیدگاه‌ها نتیجه می‌گیرند رابطه رسانه و شهروند غربی، رابطه‌ای یکسویه و مجازی است که میان رسانه به عنوان تولید کننده و افراد به عنوان مصرف کننده ایجاد شده است.

به نظر می‌رسد برنامه‌ریزان رسانه باید به این نکته توجه داشته باشند که ضروری است از تبدیل شدن رسانه و بویژه تلویزیون به نهادی متسلب و غیر پویا جلوگیری کنند. پویایی رسانه در این است که رابطه‌ای دوسویه و متقابل با شهروندان برقرار کند. در اغلب نظریه‌های توسعه و نوسازی، به نیازهای اولیه بیش از نیازهای معنوی توجه می‌شود (پاتر و ایونز، ۱۳۸۴: ۱۴۴). در عرصه رسانه‌ها نیز همین گونه است، از این رو توجه چندانی به سلامت اجتماعی شهروندان نمی‌شود و این نتیجه‌ای جز افول روز افزون سلامت اجتماعی به همراه ندارد.

جهانی شدن فرهنگ موجب شده است به تدریج فرهنگ‌های غربی بر سبک زندگی شهری تسلط یابند (king and sklair, 1991) چنین زندگی‌ای را استعمار کواکولا (Coca-Colanisation) نامیده‌اند که استعاره‌ای از مسلط شدن فرهنگ امریکایی است. یکی از ویژگی‌های جوامع در حال توسعه و در حال گذار، افزایش انحرافات جنسی و روسپیگری است که به نحوی غیر قانونی رواج می‌یابد (Lee, 1991; Hall, 1992). در اغلب موارد بی‌هویتی دوران گذار باعث می‌شود جوانانی که ارزش‌های پیشین را رها کرده، ارزش‌های مدرن را نیز به درستی کسب نکرده‌اند، نوعی آزادی بی‌حد و مرز برای خود قایل شوند و تصور کنند که آنها هم می‌توانند به شیوه ستاره‌های هالیوودی زندگی کنند. در شهر رسانه‌ای که ولف، فریدمن و ساسن، آن را شهر جهانی نامیده‌اند (Simon, 1992:33) جوانان الگوهای خود را بیش از هر چیز، از رسانه می‌گیرند. بنابراین در زندگی شهری، تعریفی که رسانه از مفهوم سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد، حائز بیشترین اهمیت است. باز هم مثلث زندگی شهری، رسانه و سلامت اجتماعی تشکیل می‌شود:



شهرنشینی، به گسترش رسانه‌ها و گسترش رسانه‌ها، به تعریف مجدد مفهوم سلامت اجتماعی منجر می‌شود. تعریفی که رسانه از سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد، در سطح اجتماع بسیار مؤثر است. رسانه‌هایی چون رادیو و تلویزیون حتی می‌توانند از راه‌های غیر مستقیم، تعاریفی مناسب و هدفمند از سلامت اجتماعی ارائه دهند. برای مثال شخصیت اصلی یک مجموعه تلویزیونی می‌تواند بیش از ده‌ها مقاله و کتاب در القای مفهوم سلامت اجتماعی به شهروندان کارایی داشته باشد. همچنین ایجاد سلامت اجتماعی، به نوبه خود موجب شکل‌گیری نوعی شهروندی پویا و اخلاقی خواهد شد. در حقیقت، رابطه میان شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی، همانند یک نظام اجتماعی قابل بررسی است، نظامی که درون‌ادهای آن به خودی خود معرف برونداد خواهند بود. برای اینکه بروندهای نظام اجتماعی در جهت سلامت اجتماعی باشد، رسانه‌ها باید برنامه‌هایی همانند آموزش‌های سلامت اجتماعی (SHE) را به صورت بومی برگزار کنند.

باید پذیرفت که در دنیای امروز، رسانه به عنوان یک گروه مرجع عمل می‌کند و به این ترتیب، به جایگزینی برای گروه‌های مرجع در جوامع سنتی - همچون پدران، مادران، بزرگان و... - تبدیل شده است. در عصر حاضر، تعریف سلامت آن چیزی است که رسانه ارائه می‌دهد نه چیزی که پیر خانواده در نهادهای سنتی می‌گفت. به عبارت دیگر، در دنیایی که خواه نا خواه، رابطه دال و مدلولی میان لفظ و معنای مفاهیم متلاشی خواهد شد، رسانه می‌تواند مهم‌ترین وسیله برای جایگزین کردن معنایی

مناسب برای مفهوم سلامت اجتماعی باشد که در جوامع در حال گذار منسوخ شده است.

از این رو رسانه باید با بررسی وجوه اتمولوژیک مفاهیم (فدایی، ۱۳۸۶: ۲۵) معنایی جدید از سلامت اجتماعی ارائه دهد که هم بر اصول اخلاقی جامعه منطبق باشد و هم چندان دور از واقعیت دیرین آن به نظر نرسد.

در فضای مجازی، تلویزیون تبدیل به یک زبان شده است. در حقیقت، تلویزیون پدیده‌ای است که انسان امروزی نوعی رابطه فکری و زبانی با آن برقرار می‌کند. به بیان بهتر، تلویزیون مهم‌ترین ابزار سازنده نمادهایی است که انسان معاصر با آنها می‌اندیشد. نمادهایی که می‌توانند حتی واقعی نباشند و در جهانی تخیلی و مجازی به سر ببرند. از این منظر است که گفته می‌شود تلویزیون وسیله‌ای برای تفکر است.

بررسی وجوه هستی‌شناسانه تلویزیون موجب می‌شود ما آن را نه فقط یکی از وسایل مورد نیاز شهروندان بلکه مهم‌ترین نهاد تولید فکر و الگوهای زیستی به شمار آوریم. زندگی شهری با رسانه‌های گروهی گره خورده است.

پیش از این نیز گفته شد شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه گریز ناپذیر است (McGee, 1994). بنابراین باید بتوان در عین انطباق با آن، برنامه‌های هدفمندی را برای تأمین سلامت اجتماعی دنبال کرد. کاری که تنها با کمک رسانه‌ها امکان‌پذیر است.

در این میان نقش تلویزیون پررنگ‌تر است زیرا قابلیت بیشتری برای برقراری رابطه پویا با شهروندان دارد و تقریباً همگی به آن دسترسی دارند. بر اساس نتایج یک پژوهش، بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی و استفاده از تلویزیون رابطه معنی داری وجود ندارد (فردرو و صداقت زادگان، ۱۳۷۸: ۱۷۱). برقراری ارتباط با شهروندان هنگامی محقق می‌شود که مخاطب، رسانه را تنها به عنوان یک وسیله ارائه دهنده تصور نکند. یعنی مانند یک فیلم ویدئویی که اگرچه بسیار جذاب است، تنها یک صحنه مجازی از واقعیت را به تصویر می‌کشد. پخش برنامه‌های زنده تلویزیونی و رادیویی، بویژه برای مشاوره دادن به شهروندان، رسانه را به نهادی پویا تبدیل می‌کند. حقیقت این است که تنها یک رسانه پویا می‌تواند به بازتولید سلامت اجتماعی در جامعه بپردازد نه رسانه‌ای که گرفتار مناسبات تولیدی و فناورانه زندگی مدرن شهری است. رسانه‌ها باید خود را از انجماد و ساخت برنامه‌های کلیشه‌ای رها کنند و به نقش خود در فرآیند الگو سازی

توجه بیشتری مبذول دارند.

برای مثال برنامه‌های تلویزیونی می‌توانند به جای نمایش خشونت و کشتارهای جمعی به ترویج مفاهیم اخلاقی بپردازند. اگر فیلمی که هنرپیشه نقش اول آن به عنوان فردی محبوب جزء گروه مرجع جوانان است نمایشگر یک جریان انتقام‌گیری شخصی توسط قهرمان داستان باشد چون رفتار قهرمان در میان طیف وسیعی از جوانان به عنوان یک الگوی رفتاری مطلوب پذیرفته می‌شود سلامت اخلاقی جامعه را به خطر می‌اندازد. فیلم قیصر به کارگردانی مسعود کیمیایی که در سال ۱۳۴۸ به روی پرده سینماها رفت، مصداق بارز این سخن است. درونمایه آنارشیستی این فیلم برای بسیاری از جوانان ماجراجو بسیار جذاب بود اما در واقع نشان از یک حقیقت تلخ در آن زمان داشت: کیمیایی در قیصر همان راهی را می‌رود که بسیاری از سینماگران وسترن و خالقان آثار گانگستری رفته بودند. «نوادا اسمیت» ساخته هنری هاتاوی، «آخرین قطار گان هیل» ساخته جان استورجس، «سامورایی» ساخته ژان پیر ملویل، «روز برمی‌آید» ساخته مارسل کارنه و «مرد سوم» ساخته کارول رید، همه دارای قهرمانانی عصیانگر و ضد قانون هستند. چگونه می‌توان همفری بوگارت، جیمز کاگنی، ژان گابن، استیو مک کوین، کرگ داگلاس، اورسون ولز یا آلن دلون را که همگی گانگسترهایی تنها و خونسرد یا کابوهای ضد قانون و نظم جامعه هستند دوست داشت و بر سرنوشت تلخشان گریست اما قیصر را به دلیل اینکه دست به مجازات قاتلان برادر و تجاوزگران خواهرش می‌زند، دوست نداشت. در این فیلم، قیصر به وحشیانه‌ترین شکل ممکن چند نفر را به قتل می‌رساند با این حال همه این صحنه‌ها، برای مخاطب وجهی زیبا شناختی می‌یابند. در واقع بیننده با هر قتل احساس آرامش می‌کند و این رفتار را به عنوان رفتاری مناسب و الگویی رفتاری می‌پذیرد.

بنابراین زندگی شهری را می‌توان زندگی‌ای دانست که در آن الگوها و مدل‌های جدیدی از هویت، هر روز به شهروندان عرضه می‌شود. در واقع گروه‌های مرجع در زندگی شهری از ارکان مهم فرهنگ سازی و بازتولید مفهوم اخلاق و هنجار اجتماعی هستند. بدیهی است که مفهوم سلامت اجتماعی نیز در چنین فرآیندی در حال شکل‌گیری است. این فرآیند در جوامع در حال گذار شتاب بیشتری می‌یابد زیرا الگوهای جدید می‌توانند نقش عامل جایگزین را در فرآیند باز تعریف مفهوم سلامت

اجتماعی ایفا کنند.

غناى آموزشى رسانه‌ها و پرمحتوا شدن برنامه‌هاى تلویزیونى مى‌تواند مهم‌ترین راه پیوند رسانه‌ها با سلامت اجتماعى در قالب شهرنشینی باشد. به هر حال زندگى شهری حاوی موج عظیمى از الگوهاى هنجار و ناهنجار است که همه روزه همچون سیلى عظیم بر سر جوانان مى‌ریزد، بویژه که شهروندان جوامع در حال گذار نیاز بیشتری به الگوهاى جایگزین دارند؛ به نظر مى‌رسد رسانه‌هاى جمعی و بویژه تلویزیون مى‌توانند عاملی برای الگوسازى از مفهوم سلامت اجتماعى مطابق با هنجارهاى پذیرفته شده جامعه باشند.

خوشبختانه در جمهوری اسلامی ایران تلویزیون نشان داده است که این نقش را مى‌تواند به خوبی ایفا کند. بسیاری از برنامه‌هاى نود شبى تلویزیون، اگر چه در برخی موارد عکس جهت مورد انتظار را پیموده‌اند، توانسته‌اند در فرآیند الگوسازى بسیار مؤثر باشند. در میان جوانان ایرانی گرایش به الگو بردارى از این برنامه‌ها در برخی موارد تا حدی بوده است که حتى شیوه سخن گفتن آنان در حدی وسیع به بازیگران برنامه‌ها نزدیک شده است. بنابراین تلویزیون در ایفای نقش به عنوان یک نهاد مرجع در فرآیند الگوسازى مؤثر عمل کرده است، اما همچنان باید تلاش بیشتری در راه اشاعه الگوهاى اجتماعى مناسب و اخلاقى به کار گیرد.

منابع فارسی:

- ۱- اخگری، محمد (۱۳۸۶) *نگاهی به فلسفه تلویزیون؛ جایگزینی واقعیت، ماهنامه پژوهشی اطلاعات، حکمت و معرفت، سال ۲، شماره ۴.*
- ۲- پاتر، رابرت و لوید، ایونز (۱۳۸۴) *شهر در جهان در حال توسعه، ترجمه کیومرث ایران دوست، مهدی دهقان و میترا احمدی، تهران: سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور.*
- ۳- رابرتسون، یان (۱۳۷۷) *درآمدی بر جامعه (با تأکید بر نظریه‌های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل نمادی)*، ترجمه حسین بهروان، تهران: آستان قدس رضوی.
- ۴- سوکال، آلن و ژان برک مونت (۱۳۸۴) *یاوه‌های مد روز (کاربرد نادرست علم در گفتار روشنفکران پسامدرن)*، ترجمه جلال حسینی، تهران: بازتاب نگار.
- ۵- فدایی، مهدی (۱۳۸۶) *در جستجوی زبان: نقدی بر اتیمولوژی احمد فردید، ماهنامه خردنامه همشهری، سال ۲، شماره ۱۶.*
- ۶- فردرو، محسن و صداقت زادگان، شهناز (۱۳۷۸) *پایگاه اقتصادی اجتماعی و مصرف کالاها، فرهنگی، تهران: زهد.*
- ۷- کرایب، یان (۱۳۸۶) *نظریه اجتماعی کلاسیک: مقدمه‌ای بر اندیشه مارکس، وبر، دورکیم، زیمل*، ترجمه شهناز مسمی‌پرست، تهران: آگه.
- ۸- کلنر، داگلاس (۱۳۸۶) *بودریار: مک لوهانی جدید؟*، ترجمه محمد میرزا خانی، ماهنامه پژوهشی اطلاعات، حکمت و معرفت، سال ۲، شماره ۴.
- ۹- گبینز، جان (۱۳۸۱) *سیاست پست مدرنیته*، ترجمه منصور انصاری، تهران: گام نو.
- ۱۰- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۹) *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- ۱۱- گیرو، پی یر (۱۳۸۰) *نشانه‌شناسی*، ترجمه محمد نبوی، تهران: آگه.
- ۱۲- واترز، مالکوم (۱۳۸۱) *جامعه سنتی و جامعه مدرن: مدرنیته، مفاهیم انتقادی*، ترجمه منصور انصاری، تهران: نقش جهان.
- ۱۳- هارتمن، فرانک (۱۳۸۶) *فلسفه رسانه چیست؟*، ترجمه محمد اخگری، ماهنامه

پژوهشی اطلاعات، حکمت و معرفت، سال ۲، شماره ۴.

<http://www.daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php> -۱۴

منابع انگلیسی:

- 1- Baudriuard , Jean (1983) **Simulation**. New york: Semiotext(e).
- 2-Baudriuard , Jean (1984) **On Nihilism**. New york: On the beach.
- 3- Bauman , Z. (2001) **Postmodern ethics**. Oxford: Blackwell.
- 4-Tester, Keith (2001) **Compassion, morality and the media**.
Bukingham and Philadelphia: Open University Press.
- 5-Dickenson, J.P. et al (1996) **A geography of the third world**. 2nd
edition , London: Routledge.
- 6-Finkelkraut, A . (1998) **The Future of a Negation: Reflections on
the Question of Genocide**. M. Byrd Kelly (trans) Lincoln, NB: University
of Nebraska Press.
- 7-Friedmann , J. and Weaver , c. (1979) **Territory and function: the
evolution of regional planning**. London: Arnold.
- 8-King , A. D. (1991) **Culture globalization and the world system**.
Basing stoka: Macmillan.
- 9-Lee , W. (1991) **Proposition and tourism in south -east asia**. in
Reddift , N. and Sinclair , T. M (eds) , Working women: International
perspectives on labour and gender ideology , London: Routledge.
- 10-McGee , T. (1994) **The future of urbanisation in developing
countries: The case of indonesia , Third world planning review**. No 16,
iii-Xii.
- 11-Nosick , Robert (1988) **Anarchy , State and utopia**. Oxford:
Blackwel.
- 12-Simmel, Georg (1950) **The metropolis and mental life**. Kurt Wolf

(trans.); In: Wolf, Kurt; The Sociology of Georg Simmel, New York: Free Press.

13-Simon,D.(1992) **Cities , capital and development: african cities in the world economy**. London: Paul Chapman.

14-Sklair , L.(1991) **Sociology of the global system** . Hemel hempstead: Harvester wheatsheaf.

نقش رسانه‌ها در ترویج رفتارهای مخاطره‌آمیز

شهلا قنبری*
دکتر علی رمضانخانی**

چکیده

گسترده‌ی رسانه‌های جمعی، ایجاد و انتقال جریان نامحدودی از اطلاعات را در جامعه امروز موجب شده است. این اشباع رسانه‌ای، نگرانی‌های خاصی را در خصوص مسائل مربوط به سلامت پدید آورده است. رویارویی با رفتارهای پرخطر در رسانه‌های جمعی مانند تلویزیون، سینما، بازی‌های رایانه‌ای، اینترنت و ... خطری جدی برای سلامت کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود و تأثیر رسانه‌ها بر سلامت نوجوانان در زمینه تغذیه، اطلاعات جنسی، الکل، دخانیات، خشونت و فشارهای روانی همچنان مورد بحث است. رسانه‌ها بیشترین فرصت و زمان را برای شکل‌دهی به عقاید و رفتارهای جوانان در اختیار دارند و جایگزین والدین و مربیان به عنوان مربی و منبع اولیه اطلاعات درباره دنیا و چگونگی رفتار افراد در آن شده‌اند. با توجه به بالا بودن قدرت انتشار رسانه‌ها و خطرات احتمالی انتقال اطلاعات غیردقیق یا حذف اطلاعات حیاتی، همکاری بیشتر و مؤثرتر جوامع بهداشتی و رسانه‌های جمعی امری ضروری است.

کلید واژه‌ها: رسانه، رفتارهای پرخطر، سیگار، خشونت، رفتارهای جنسی.

* کارشناس ارشد مامایی.

** معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشیار آموزش بهداشت دانشکده بهداشت.

مقدمه

انتقال پیام رسانه‌ها از طریق نمایش‌های رادیو - تلویزیونی، سینما، تبلیغات خارج یا داخل فروشگاه‌ها، روزنامه‌ها و مجلات، اینترنت، کتاب‌ها، انواع بروشور و پوستر به پدیده‌ای بومی و فراگیر در جامعه ما تبدیل شده است. در ایالات متحده، اغلب خانواده‌ها حتی بیشتر از تلفن، تلویزیون در خانه دارند. با تخمین ۲/۵ ساعت تماشای تلویزیون در هر روز، می‌توان گفت به طور متوسط، هر آمریکایی تا سن ۷۰ سالگی، ۷ سال از ۴۷ سال دوران بیداری خود را صرف تماشای تلویزیون می‌کند. جوانان به طور متوسط، ۱۶ تا ۱۸ ساعت در هفته به تماشای تلویزیون می‌پردازند که این جریان، از ۲ سالگی آغاز می‌شود. نوجوانان نیز همین مقدار را صرف گوش دادن به رادیو می‌کنند. هرچند موسیقی «عموماً» در حال انجام سایر فعالیت‌ها شنیده می‌شود. نیمی از نوجوانان ۱۵-۱۶ ساله بخش عظیمی از فیلم‌های معروف روز حتی فیلم‌های R-rated (دارای محدودیت سنی تماشاگر) را تماشا کرده‌اند و تقریباً همه آنها یک نسخه از مجلات سکسی را تا سن ۱۵ سالگی دیده‌اند. ضمن اینکه اینترنت با افزایش دسترسی و محبوبیت بیشتر، کاربران را در معرض طیف وسیعی از اطلاعات قرار می‌دهد که پیش از این تا این حد قابل دستیابی نبوده‌اند (Wakefield, 2002: 5).

بیش از ۴ دهه است که مردم آمریکا به شدت تحت تأثیر قدرت تلویزیون و توانایی آن برای شکل‌دهی به جامعه قرار دارند. خوشبینی اولیه نظام سلامت به تأثیر مثبت رسانه‌ها بر جامعه، منجر به ناامیدی و تردید شده است. این تردید امروزه با درک دقیق نقشی که رسانه‌ها در صورت استفاده مناسب در حوزه سلامت می‌توانند بر عهده گیرند برطرف شده است. در حقیقت حامیان سلامت، همچنان که پیام‌های دقیق‌تر و ماهرانه‌تری تولید می‌کنند، باید مطالب بیشتری را از موفقیت بخش تجاری در استفاده از قدرت رسانه‌ها برای متقاعد کردن مردم به تغییر رفتار، بیاموزند (Dejong & Winsten, 1990: 30).

براساس کتاب مرجع «سواد رسانه‌ای»، ما جهان اطراف خود را از طریق رسانه‌ها می‌شناسیم و رسانه‌ها پیام‌های خود را به روشی خنثی و جدا از ارزش‌ها ارائه نمی‌کنند؛ آنها واقعیت‌ها را شکل می‌دهند یا تحریف می‌کنند. این امر مشکلاتی را برای جامعه ما در پی دارد زیرا افراد بویژه دانش‌آموزان، قادر به تشخیص پیام‌های واقعی و شبه‌واقعی

رسانه‌ها نیستند در حالی که باید یاد بگیرند مشتری مسئول و آگاه رسانه‌ها شوند (Yates, 1999: 184).

دانشمندان علوم اجتماعی و بهداشت، رفتارهای مخاطره‌آمیز را «هرگونه عملکرد، عادت یا فعالیتی که فرد را در معرض خطر بیماری یا مشکلات وابسته به سلامت قرار دهد» تعریف می‌کنند. این رفتارها به طور کلی عبارتند از: کشیدن سیگار، شروع روابط جنسی از سنین پایین، تعدد شرکای جنسی، خشونت خانگی، استفاده نکردن از کمربند ایمنی در هنگام رانندگی، استفاده نکردن از کلاه ایمنی در هنگام موتورسواری یا دوچرخه‌سواری و مصرف غذاهای پرچرب (Modeste & Tamayose, 2004) که با توجه به اهمیت و شدت هر یک در جامعه و میزان تأثیرپذیری از رسانه‌ها به برخی از آنها اشاره می‌کنیم.

دخانیات در رسانه‌ها

براساس گزارش شورای رشد و تکامل نوجوانان، یک چهارم از نوجوانان تا سن ۱۵ سالگی رفتارهای مضر یا پرخطر را تجربه کرده‌اند. براساس نظر این شورا ضروری است با بررسی زمینه فرهنگی که نحوه تصمیم‌گیری افراد جوان‌تر را مشخص می‌کند، به پاسخگویی مسائل مربوط به سلامت جوانان پرداخته شود. تا زمانی که محققان انگیزه‌های سیگار کشیدن را شناسایی نکنند، این عمل در میان نوجوانان دختر کاهش نخواهد یافت. به راستی آیا این تبلیغات است که مصرف سیگار را ترویج می‌کند یا این عقیده که سیگار جایگزینی برای غذاست؟ (Yates, 1999: 187).

برنامه‌های تلویزیونی که مصرف دخانیات را به تصویر می‌کشند، ممکن است موجب تشویق نوجوانان به سیگار کشیدن شوند. هرچند تحریم‌ها از تبلیغ مستقیم سیگار در تلویزیون ممانعت می‌کنند، بررسی‌ها مؤید نمایش گسترده کشیدن سیگار در برنامه‌ها، فیلم‌ها، موسیقی‌های ویدیویی و رویدادهای ورزشی است. در بررسی ۸۱ فیلم گروه G (بدون محدودیت تماشاگر) مشخص شد در ۳۵ فیلم (۴۳ درصد) مصرف دخانیات با میانگین زمان ۲/۱ دقیقه در هر فیلم نشان داده شده است. در موسیقی‌های ویدیویی (ویدئوکلیپ) افراد سیگاری به طور مشخص به عنوان افراد جذاب، موفق و تأثیرگذار، در زمینه اجتماعی مثبت و اغلب از نظر جنسی وسوسه‌گر، نمایش داده

می‌شوند. کشیدن سیگار به ندرت با رویه‌ای غیرجذاب یا نتایج منفی نمایش داده می‌شود. از این رو تلویزیون ممکن است با روش‌های غیرمستقیم در جهت تبلیغ مصرف سیگار عمل کند (Gidwani et al, 2002: 505).

هرچند در کشور ما به دلیل قوانین پیشرو و بازدارنده متری از توزیع و مصرف مواد دخانی جلوگیری می‌شود و مدیریت رسانه‌ها اقدامات قابل قبولی برای جذب نشدن جوانان به مصرف دخانیات انجام می‌دهند، هنوز تا اعمال و اجرای مطلوب رویه‌های پیشگیرانه و کنترل‌کننده دخانیات بویژه برای نوجوانان راه ناپیموده بسیار است ضمن اینکه در این میان برخی ترفندهای هنری و محدودیت‌های سازمانی نیز عوامل بازدارنده هستند.

به منظور بررسی تأثیر تماشای تلویزیون بر شروع سیگار کشیدن در جوانان، با استفاده از اطلاعات تحقیق «جوان، کودک» (طولی، کوهورت^۱) همراهی تماشای تلویزیون در جوانان ۱۵-۱۰ ساله در سال ۱۹۹۰ با شروع سیگار در سال‌های ۱۹۹۲-۱۹۹۰ مورد مطالعه قرار گرفت. مبنای تماشای تلویزیون، متوسط زمان گزارش شده از سوی والدین بود. مصرف سیگار در میان این جوانان، از ۴/۸ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۱۲/۳ درصد در سال ۱۹۹۲ افزایش یافته بود. پس از کنترل خصوصیات پایه، مشخص شد احتمال شروع مصرف سیگار در جوانانی که روزانه ۵ ساعت یا بیشتر تلویزیون تماشا می‌کردند، ۵/۹۹ مرتبه بیشتر از جوانانی بود که کمتر از ۲ ساعت در روز به تماشای تلویزیون می‌پرداختند (۲۵/۷۱ - ۱/۳۹: CI ۹۵ درصد). به همین ترتیب، احتمال شروع مصرف سیگار در جوانانی که بین ۴ تا ۵ ساعت تلویزیون تماشا می‌کردند، ۵/۲۴ برابر افرادی بود که کمتر از ۲ ساعت تلویزیون می‌دیدند (۲۳/۱۰ - ۱/۱۹: CI ۹۵ درصد). پژوهشگران نتیجه گرفتند که تماشای تلویزیون در جوانان، با شروع کشیدن سیگار ارتباط وابسته به مقدار دارد و باید در بررسی رفتارهای مخاطره‌آمیز در نظر گرفته شود. مداخله برای کاهش تماشای تلویزیون ممکن است به

۱. کوهورت (مطالعه هم‌گروهی) نوع دیگری از مطالعات مشاهده‌ای است که به طور معمول برای به دست آوردن شواهد بیشتر برای رد یا قبول وجود رابطه بین عامل سببی مظنون و بیماری اجرا می‌شود. مطالعات هم‌گروهی به نام‌های گوناگون نامیده می‌شود. مانند مطالعات آینده‌نگر، مطالعه طولی، مطالعه میزان بروز و مطالعه با توجه به آینده. (پارک و پارک، ۱۳۷۷: ۵۴)

کاهش شروع مصرف سیگار در جوانان منجر شود (Gidwani et al, 2002: 505).

ارتباط نمایش مصرف سیگار در فیلم‌ها با شروع این مصرف در نوجوانان، در مطالعات مقطعی به اثبات رسیده است. برای بررسی تأثیر نمایش سیگار در فیلم‌ها به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده برای اقدام به مصرف، مطالعه‌ای آینده‌نگر بر روی ۳۵۴۷ دانش‌آموز ۱۴-۱۰ ساله (که در مطالعه اولیه تجربه سیگار کشیدن نداشتند) طراحی شد و به اجرا درآمد. میزان تماشای مصرف سیگار در فیلم‌ها براساس تعداد صحنه‌های کشیدن سیگار در ۵۰ فیلم منتخب از فیلم‌های معروف معاصر، برای هریک از پاسخگویان محاسبه شد و پس از گذشت ۲۶-۱۳ ماه و مصاحبه مجدد با ۲۶۰۳ نفر از دانش‌آموزان (۷۳ درصد شرکت‌کنندگان)، یافته‌های زیر به دست آمد: در کل ۱۰ درصد دانش‌آموزان کشیدن سیگار را در دوره پی‌گیری آغاز کردند. در چارک بالایی مواجهه با کشیدن سیگار در فیلم‌ها، ۱۷ درصد دانش‌آموزان کشیدن سیگار را شروع کرده بودند که این رقم در چارک پایینی، تنها ۳ درصد بوده است. پس از کنترل ویژگی‌های پایه، نوجوانانی که در بالاترین چارک بودند، در مقایسه با نوجوانان پایین‌ترین چارک، ۲/۷۱ مرتبه ($4/25 - 1/73$: CI ۹۵ درصد) بیشتر احتمال شروع مصرف سیگار را داشتند. تأثیر تماشای کشیدن سیگار در فیلم‌ها، در نوجوانانی که والدینشان سیگاری نبودند، قوی‌تر از نوجوانان دارای والدین سیگاری بود. در این مطالعه کوهورت، ۵۲/۲ درصد از شروع مصرف سیگار ($67/3 - 30/0$) را می‌توان به تماشای کشیدن سیگار در فیلم‌ها منتسب کرد. این بررسی قویاً ثابت می‌کند که تماشای سیگار کشیدن در فیلم‌ها، موجب ترویج مصرف سیگار در میان نوجوانان می‌شود (Dalton et al, 2003: 281).

برخی از محققان، دلیل افزایش اقدام به سیگار کشیدن را در نوجوانان دهه ۱۹۹۰، نمایش صحنه‌های کشیدن سیگار در فیلم‌ها می‌دانند و عقیده دارند فیلم‌های معروف را باید همپایه والدین و معلمان در مدل‌سازی برای ارزش‌ها، عقاید و رفتار کودکان و نوجوانان در نظر گرفت. دی‌استفان و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که ستارگان سینما می‌توانند حتی نقش قوی‌تری نسبت به والدین و معلمان در این زمینه داشته باشند زیرا رفتار آنان بر روی صحنه و خارج از آن و بیش از همه در جریان زندگی، کاملاً در معرض دید عموم است (Wakefield et al, 2002: 31).

نمایش نوع خاصی از سیگار در یک فیلم سینمایی، به آن نوع سیگار امتیاز خاصی می‌بخشد که وابسته به شخصیت‌ها و آهنگ کلی فیلم است. توزیع جهانی فیلم، انواع مختلف سیگار را در سراسر جهان ترویج می‌کند. در یک بررسی، نمایش انواع تنباکو در فیلم‌های معاصر، طی ده سال ارزیابی شد. محتوای ۲۵ فیلم اول هر سال آمریکا، در سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۷ (در مجموع ۲۵۰ فیلم) مورد بازبینی قرار گرفت. میزان نمایش انواع تنباکو در فیلم‌هایی که پیش از تحریم داوطلبانه صنایع تنباکو برای تبلیغ، تولید شده بودند (۱۹۸۸-۱۹۹۰) با فیلم‌های پس از تحریم مقایسه شد (۱۹۹۷-۱۹۹۱). نمایش نوع تنباکو با ظاهر شدن نام تنباکو، نشان، یا نام تجاری قابل تشخیص یا بسته‌بندی آن، تابلوهای بزرگ تبلیغاتی، تبلیغات جلوی مغازه‌ها، یا موارد ترویج تنباکو، تعریف شده بود. محققان، تأیید نوعی تنباکوی خاص از سوی بازیگر را زمانی که آن را در دست گرفته یا از آن استفاده می‌کرد، تعریف کرده بودند. براساس یافته‌های این بررسی، ۸۵ درصد فیلم‌ها، حاوی استفاده از سیگار بودند و انواع تنباکو در ۷۰ فیلم (۲۸ درصد) نشان داده شده بود. انواع تنباکو، به همان اندازه که در فیلم‌های مناسب برای بالغان نمایش داده شده بود، در فیلم‌های مناسب برای نوجوانان نیز به نمایش درآمده بود (۳۲ درصد در مقابل ۳۵ درصد). همچنین در ۲۰ درصد فیلم‌های کودکان نیز مشاهده می‌شد. به طور کلی، میزان نمایش نوع تنباکو پس از تحریم، تغییر نکرده بود. با وجود این، افزایش قابل توجهی در انواع محصولات به نمایش درآمده مشاهده می‌شد، به صورتی که توافق بازیگران برای استفاده از سیگار از ۱ درصد فیلم‌ها پیش از تحریم به ۱۱ درصد پس از تحریم رسیده بود. در ۸۰ درصد موارد، استفاده از چهار نوع سیگار آمریکایی به نمایش درآمده بود. توجه به این نکته که ۴۹ درصد از درآمد این فیلم‌ها مربوط به فروش در خارج از آمریکا بوده است، نشان‌دهنده تعداد چشمگیر مخاطبان بین‌المللی است. براساس نتایج این تحقیق، نمایش انواع محصولات تنباکو در فیلم‌ها امری معمول و مورد تأیید فزاینده بازیگران برای استفاده از آن است. در فیلم‌ها به طور معمول سیگارهای آمریکایی که بیشترین تبلیغات را دارند، نمایش داده می‌شوند و این مؤید انگیزه تبلیغاتی برای عملکرد یادشده است (Sarjent et al, 2001: 29).

به منظور بررسی تأثیر تماشای کشیدن سیگار از سوی هنرپیشه‌های مورد علاقه در فیلم‌ها، بر افزایش احتمال مصرف سیگار در نوجوانان کالیفرنیا، از نوجوانانی که سابقه

کشیدن سیگار نداشتند خواسته شد هنرپیشه‌های مورد علاقه خود را نام ببرند. با مرور فیلم‌های معروف نمایش داده شده در سال‌های ۱۹۹۶-۱۹۹۴، فیلم‌هایی که در آن هنرپیشه‌های معروف دست کم در ۲ صحنه سیگار کشیده بودند، انتخاب شدند. نتایج بررسی نشان داد یک سوم نوجوانان، هنرپیشه‌ای را که بر روی صحنه سیگار کشیده است نام برده‌اند که به طور مستقل پیشگویی‌کننده خطر سیگار کشیدن در آینده به میزان $1/36$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد است ($1/82-1/02$). این تأثیر در دختران بیشتر بوده است ($OR = 1/86$). پس از کنترل تأثیر تبلیغات صنایع تنباکو، اثر مستقلاً در پسران مشاهده نشد. به این ترتیب به منظور کاهش مصرف سیگار در میان نوجوانان، لازم است از نمایش سیگار کشیدن در فیلم‌ها به عنوان یکی از راهبردهای بازاریابی دخانیات، ممانعت به عمل آید (Distefan et al, 2004: 1239).

تصویر خشونت در رسانه‌ها

کودکان امریکایی ۱۸-۲ ساله به طور متوسط روزانه ۶ ساعت و ۳۲ دقیقه از رسانه‌ها (تلویزیون، ویدیو، سینما، بازی‌های ویدیویی، مواد چاپی، رادیو، موسیقی‌های ضبط شده، رایانه و اینترنت) استفاده می‌کنند. این مدت، از صرف وقت برای هر فعالیت دیگری جز خوابیدن بیشتر است. با محاسبه میزان استفاده همزمان از چند رسانه، این مدت به ۸ ساعت در روز می‌رسد. افراد جوان در بخش بزرگی از رویارویی با رسانه‌ها، درگیر فعالیت‌های خشونت‌آمیزی می‌شوند که یا آنها را مشاهده می‌کنند یا خود اجراکننده آنها هستند (به صورت بازی‌های ویدیویی). تخمین زده می‌شود که فرد تا سن ۱۸ سالگی، به طور متوسط، تنها در تلویزیون، ۲۰۰,۰۰۰ صحنه خشونت‌آمیز را مشاهده می‌کند. یک مطالعه ملی در مورد خشونت در تلویزیون، با بررسی ۱۰,۰۰۰ ساعت برنامه‌های دارای پخش سراسری در سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۹۵ نشان داد ۶۱ درصد برنامه‌ها خشونت بین فردی را بیشتر در یک روند سرگرم‌کننده یا فریبنده نمایش می‌دادند. بیشترین نسبت خشونت، نیز در برنامه‌های کودکان مشاهده شد. در بین تمام اشکال فیلم‌های کارتونی تولید شده در امریکا بین سال‌های ۱۹۳۷ تا ۱۹۹۹، در صد درصد آنها، خشونت به نمایش درآمده بود و میزان آن با تمایل به صدمه و آزار در طول سال‌ها افزایش یافته بود. بیش از ۸۰ درصد صحنه‌های خشونت‌آمیز به نمایش

درآمده در موسیقی‌های ویدیویی (ویدئوکلیپ‌های) معاصر، از سوی شخصیت‌های اصلی و جذاب، علیه زنان و سیاه‌پوستان اعمال شده است. رسانه‌های امریکایی بویژه تمایل دارند با نمایش اعمال خشونت از سوی قهرمانان، آن را به عنوان یک ابزار منطقی برای حل تضادها و غلبه بر دیگران تبدیل کنند. در حقیقت این نمایش خشونت نیست که می‌تواند موجب تفاوت بین یادگیری در مورد خشونت و تبدیل شدن به یک فرد خشن شود بلکه زمینه‌ای که خشونت در آن به نمایش درآمده است، این تفاوت را به وجود می‌آورد. بیان قدرتمند خشونت در نمایش‌هایی مانند مکبث یا فیلم‌هایی مانند نجات سرباز رایان، به مسئله خشونت، چنان که هست می‌پردازد؛ رفتاری انسانی که موجب ناراحتی و نگرانی نسبت به فرد قربانی و عوامل اصلی می‌شود. در این زمینه، بیننده خطر و ضرر خشونت را از طریق پیامدهای تجارب جان‌شین فرا می‌گیرد. متأسفانه در اغلب سرگرمی‌ها، خشونت برای ایجاد هیجان فوری، بدون نمایش هیچ‌گونه پیامد انسانی به کار می‌رود. استفاده ماهرانه از جلوه‌های ویژه همراه با افزایش تصاویر گرافیکی ضرب و شتم، خشونت مجازی را قابل قبول‌تر و جذاب‌تر می‌سازد. پژوهش‌ها مؤید آن هستند که هرچه خشونت واقعی‌تر به نمایش درآید، با احتمال بیشتری تحمل و یاد گرفته می‌شود. اما تحریک به خشونت در زمینه ارتباط جنسی و طنز، خطری ویژه دارد زیرا این موارد با احساس مثبت از صدمه رساندن به دیگران همراه است.

علاوه بر الگوی رفتاری خشونت، رسانه‌های سرگرم‌کننده موجب گسترش خشونت در دنیا و ترویج این تصور می‌شوند که دنیای واقعی، دنیای خطرناکی است. ترس از قربانی خشونت شدن، محرکی قوی برای حمل سلاح و پرخاشگری بیشتر از سوی جوانانی است که از شعار «آنها را بکش، قبل از اینکه تو را بکشند» پیروی می‌کنند. برخی، از نمایش خشونت در رسانه‌ها دفاع می‌کنند و آن را دریچه‌ای برای تخلیه احساسات خصمانه به شکلی ایمن در واقعیت مجازی می‌دانند. با وجود این، تحقیقاتی که به آزمون فرضیه تصفیه و پاکسازی پرداخته نشان می‌دهد به دلیل محدودیت‌های اندک، کودکان پس از مشاهده خشونت در رسانه‌ها به شدت پرخاشگر شده‌اند. مطالعات متعدد نشان داده است بیشترین تأثیر موزیانه و احتمالی خشونت در رسانه‌ها، بی‌تفاوت شدن همه ما در برابر خشونت در زندگی واقعی است.

رویارویی طولانی مدت با نمایش خشونت در رسانه‌ها موجب پذیرش بیشتر خشونت به عنوان ابزار مناسبی برای حل مشکلات و نیل به اهداف فردی خواهد شد. تلویزیون، سینما، و موسیقی‌های ویدیویی، حمل و استفاده از اسلحه را طبیعی جلوه می‌دهند و به نحوی فریبنده آن را منبع قدرت فردی معرفی می‌کنند. دانش‌آموزان سال‌های چهارم تا هشتم به طور معمول بازی‌های ویدیویی را انتخاب می‌کنند که برای اعمال خشونت علیه دیگران، به کاربر جایزه می‌دهند. از ۳۳ بازی متداول ۲۱ درصد، خشونت علیه زنان را نشان می‌دهند. معروف‌ترین لوح فشرده موسیقی که فروش بالایی داشته و جایزه تلویزیون MTV را در سال ۲۰۰۰ دریافت کرده است، آهنگ‌هایی با مضمون تجاوز و قتل را با اشعار تجسمی و جلوه‌های صدا در هم آمیخته است. از آنجا که کودکان بیشترین میزان برخورد با رسانه‌ها را دارند، رسانه‌ها نیز بیشترین فرصت و امکان را برای شکل‌دهی به نگرش و اعمال آنان در اختیار دارند و جایگزین والدین و معلمان به عنوان مربی، الگوی نقش‌پذیری و منبع اولیه اطلاعات در مورد دنیا و چگونگی رفتار افراد در آن شده‌اند.

رویارویی با صحنه‌های خشونت‌آمیز در رسانه‌هایی مانند تلویزیون، سینما، موسیقی و بازی‌های ویدیویی تهدیدی جدی برای سلامت کودکان و نوجوانان شناخته شده است. پژوهش‌ها شواهد گسترده‌ای مبنی بر تأثیر خشونت‌های رسانه‌ای بر رفتارهای پرخاشگرانه، بی‌تفاوتی در برابر خشونت، افسردگی، اختلالات خواب، کابوس‌های شبانه و ترس از صدمه دیدن فراهم آورده‌اند. کارشناسان و سایر تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان می‌توانند با تشویق به فراگیری سواد رسانه‌ای و استفاده آموزشی‌تر و فعالانه‌تر از رسانه‌ها از یک سو و تشویق تهیه‌کنندگان نمایش‌های خشونت‌آمیز به برخورد مسئولانه‌تر و درجه‌بندی مفیدتر و مؤثرتر رسانه‌ها، از ایجاد محیط رسانه‌ای سالم‌تر برای کودکان حمایت کنند (American Academy of Pediatrics, 2001: 1222-1226).

تأثیر رسانه‌ها بر رفتارهای جنسی

با توجه به تأثیر رسانه‌ها بر نگرش و باورهای نوجوانان، رفتارهای جنسی نوجوانان نیز یکی از دغدغه‌های نظام سلامت است. هشداردهنده‌ترین جنبه این موضوع آن است

که آنچه نوجوانان در مورد ارتباط جنسی از رسانه‌ها می‌آموزند، جوابگوی پیامدهای احتمالی این رفتارها یا مسئولیت‌پذیری لازم در ارتباط جنسی نیست. در دنیای اشباع‌شده از رسانه، ضروری است با دید انتقادی، انبوه پیام‌هایی را که همه‌روزه از سوی رسانه‌ها ارسال می‌شوند، مورد ارزیابی قرار دهیم اما این تفکر انتقادی هنوز در بسیاری از نوجوانان رشد نیافته است (Yates, 1999: 187).

هرچند در طول دهه گذشته، نسبت دانش‌آموزان دبیرستانی که از نظر جنسی فعال بوده‌اند، کاهش یافته است، بسیاری از نوجوانان در امریکا، از سنین خیلی پایین و با شرکای متعدد، ارتباط جنسی را آغاز می‌کنند. تقریباً ۷۴ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی سابقه فعالیت جنسی داشته‌اند. از این تعداد، ۷/۴ درصد پیش از سن ۱۳ سالگی ارتباط جنسی را آغاز کرده بودند و ۱۴ درصد بیش از ۴ شریک جنسی داشته‌اند.

اطلاعات مؤید آن است که نوجوانان فعال از نظر جنسی در معرض خطر جدی افسردگی و خودکشی هستند. شروع زودهنگام فعالیت جنسی در نوجوانان با سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز مانند مصرف الکل، ماری‌جوانا، و دیگر مواد مخدر همراه است. عوامل بسیاری منجر به آغاز فعالیت جنسی نوجوانان در سنین پایین می‌شود که برخی از مهم‌ترین آنها عبارتند از: نژاد، فقر، مصرف مواد مخدر و الکل، تأثیر همسالان و والدین.

یکی از عوامل احتمالی که تاکنون بررسی نشده اما ممکن است در فعالیت جنسی نوجوانان نقش داشته باشد، محتوای سکسی رسانه‌های جمعی است. هر جوان امریکایی، روزانه به طور متوسط، در یک سوم از اوقات بیداری، در معرض مواجهه با رسانه‌ها قرار دارد و در بیشتر مواقع این برخورد خارج از محدوده نظارت والدین اتفاق می‌افتد. هرچند تأثیر رسانه‌های جمعی بر طیف وسیعی از رفتارها و عقاید مانند خشونت، اختلالات تغذیه‌ای، مصرف دخانیات و الکل نشان داده شده است، مایه شگفتی است که مطالعات معدودی به بررسی اثرات رسانه‌های جمعی بر عقاید و رفتار جنسی نوجوانان پرداخته‌اند.

درصد قابل توجهی از نوجوانان در معرض خطر بیماری‌های مقاربتی، ویروس نقص سیستم ایمنی انسانی (HIV) و بارداری ناخواسته هستند. هرچند اسناد بسیاری مبنی بر دخالت عوامل روانی و اجتماعی مختلف بر اتخاذ رفتارهای پرخطر جنسی و

استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری وجود دارد، مطالعات کمی به بررسی تأثیر یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی حاضر یعنی رسانه‌ها پرداخته‌اند.

به منظور بررسی اثرات رسانه‌های جمعی (ایترنت) بر رفتارها و عقاید نوجوانان (سنین ۱۹-۱۱ سال) در امریکا، مروری بر مقالات و سایر منابع به عمل آمد. برای هر رسانه، اطلاعات علمی مربوط به دو دهه (۲۰۰۴-۱۹۸۳) در مورد مواجهه نوجوانان با آن رسانه، محتوای جنسی، و اثرات این مواجهه مورد استفاده قرار گرفت. این مطالعه؛ مواجهه، محتوا و اثرات رسانه‌ها را بر روی عقاید و رفتارهای جنسی نوجوانان بررسی می‌کند. «مواجهه» به مقدار زمان صرف‌شده برای انواع گوناگون رسانه‌ها و زمینه اجتماعی که رسانه در آن مورد استفاده قرار گرفته، اطلاق می‌شود و «محتوا» دربردارنده هر گفتگو، موقعیت یا رفتار نشان‌دهنده تمایلات جنسی، احساسات جنسی، فعالیت‌ها یا روابط جنسی و ماهیت تصاویر جنسی نشان داده شده در رسانه‌هاست.

بنیاد خانوادگی کایزر، در سال ۲۰۰۴، مطالعه‌ای را در مورد میزان مواجهه کودکان زیر ۶ سال با رسانه‌های چاپی و الکترونیکی انجام داد. در بهار ۲۰۰۳، از طریق تلفن با بیش از هزار نفر از والدین تماس گرفته شد. محققان دریافتند ۹۹ درصد کودکان، یک دستگاه تلویزیون در خانه دارند (یک سوم آنان نیز یک تلویزیون در اتاق خواب دارند) ۷۳ درصد از رایانه و ۴۹ درصد از دستگاه‌های پخش بازی استفاده می‌کنند. براساس گزارش والدین، ۹۷ درصد کودکان به موسیقی گوش می‌دهند، ۹۷ درصد تلویزیون نگاه می‌کنند و تقریباً نیمی از آنان (۴۸ درصد) از رایانه استفاده می‌کنند. این افراد کودکان زیر ۶ سال هستند!

والدین گزارش کردند که کودکان ۲ ساعت از هر روز را صرف تماشای رسانه‌های تصویری و به طور عمده تلویزیون و ویدیو می‌کنند. در بین کودکان ۴ تا ۶ ساله ۲۷ درصد هر روز، به طور متوسط یک ساعت در پشت صفحه کلید، از اینترنت استفاده می‌کنند.

مطالعات بسیاری به روشنی نشان داده است که محتوای جنسی به صورت فراگیر در برنامه‌های تلویزیونی، فیلم‌ها، موسیقی‌های ویدیویی و مجلات وجود دارد؛ هرچند از محتوای جنسی برنامه‌های رادیویی، ویدیو و بازی‌های رایانه‌ای اطلاعات اندکی در دست است. جالب توجه است که تنها تعداد معدودی از بررسی‌ها به ارزیابی محتوای جنسی اینترنت و

تلویزیون‌های کابلی پرداخته‌اند و هیچ‌یک از مطالعات به طور اختصاصی این محتوا را در ارتباط با مواجهه نوجوانان با این مفهوم بررسی نکرده است. بویژه که متأسفانه همین شواهد اندک نیز مبتنی بر آن است که اینترنت و شبکه تلویزیون کابلی در بردارنده بیشترین محتوای جنسی، به صورت صریح و بی‌پرده هستند. پژوهش‌های معدودی نیز به بررسی محتوای جنسی موسیقی‌های رسانه‌ای که در حقیقت در دسترس همه نوجوانان قرار دارند، پرداخته‌اند. بیشتر مطالعات انجام‌شده در مورد تأثیر محتوای جنسی رسانه‌ها بر عقاید و رفتار نوجوانان، محدود به تماشای تلویزیون بوده است. تحقیقات نشان داده است نوجوانانی که بیشتر برنامه‌های با محتوای جنسی را تماشا می‌کنند، تمایل به رفتارهای جنسی غلوآمیز دارند و نگرش آنان نسبت به روابط جنسی قبل از ازدواج مثبت است. اما هرچند این مطالعات رابطه بین مواجهه با رسانه‌ها و رفتار جنسی نوجوانان را مطرح می‌کنند به دلیل مقطعی بودن طرح مطالعه، محدود بودن طرح نمونه‌گیری و کوچک بودن حجم نمونه دارای محدودیت‌هایی هستند. یک مطالعه طولی ارتباط معنی‌داری را بین تواتر محتوای جنسی در برنامه‌های تلویزیون و احتمال شروع مقاربت و نیز پیشرفت در ورود به رفتارهای جنسی غیرمقاربتی یافته است (Escobar-Chaves et al, 2005: 303-326).

در طول چند سال گذشته، مواجهه نوجوانان با فیلم‌های سکسی و تأثیر احتمالی این فیلم‌ها بر نگرش و رفتار آنان نگرانی‌هایی را ایجاد کرده است. پژوهش قبلی در مطالعات آزمایشی ثابت کرد در مقایسه با نوجوانانی که فیلم‌های X-rated را تماشا نمی‌کنند، بینندگان این گونه فیلم‌ها، روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج را بیشتر می‌پذیرند، ارتباطات جنسی بیشتری دارند، به روابط جنسی بدون تعهد عاطفی توجه بیشتری نشان می‌دهند و برای ازدواج و تک‌همسری ارزش کمتری قایل هستند.

در یکی از مطالعات صورت‌گرفته، تأثیر تماشای فیلم‌های X-rated بر نگرش و رفتار نوجوانان در خصوص استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه دختران ۱۸-۱۴ ساله سیاه‌پوستی که در ۶ ماه گذشته از نظر جنسی فعال بودند و به درمانگاه‌های پزشکی نوجوانان، واحدهای بهداشتی و درمانگاه‌های دانشکده بهداشت مراجعه کرده بودند، شرکت داشتند. ۲۹/۷ درصد نوجوانان، بیننده فیلم‌های X-rated بودند و رفتارهای پرخطر جنسی و پیشگیری از بارداری در بین آنان شایع بود. استفاده نکردن از روش‌های پیشگیری از بارداری در

آخرین تماس جنسی و در طول ۶ ماه گذشته، به ترتیب از سوی ۱۴/۲ درصد و ۴۴/۱ درصد نوجوانان شرکت‌کننده در بررسی گزارش شد. تقریباً ۱۰ درصد پاسخگویان در ۶ ماه گذشته شرکای جنسی متعدد داشتند ضمن اینکه بیماری‌های مقاربتی نیز در میان این گروه شایع بود. در مجموع ۲۸ درصد شرکت‌کنندگان در بررسی، مبتلا به یک یا چند بیماری مقاربتی بودند.

بر اساس یافته‌های این بررسی، نوجوانان بیننده این گونه فیلم‌ها با احتمال بیشتری دارای نگرش منفی‌تر نسبت به استفاده از وسایل پیشگیری خاص مردان بودند (۱/۴: odds ratio) همچنین شرکای جنسی متعدد (۲/۰: OR)، ارتباط جنسی مکرر (۱/۸: OR)، استفاده نکردن از روش پیشگیری از بارداری در آخرین تماس جنسی (۱/۵: OR)، استفاده نکردن از روش‌های پیشگیری از بارداری در ۶ ماه گذشته (۲/۲: OR)، تمایل شدید به بارداری (۲/۳: OR) و نسبت مثبت برای کلامیدیا (۱/۷: OR) از دیگر ویژگی‌های این گروه بود (wingood et al, 2001: 1116-1119).

بحث و نتیجه‌گیری

ثابت شده است که رسانه‌های جمعی اثرات غیرقابل پیش‌بینی و گاه زیان‌آوری بر رفتارهای وابسته به سلامت کودکان و نوجوانانی دارند که هنوز به بلوغ کامل نرسیده‌اند تا تفاوت میان خیال و واقعیت را بویژه هنگامی که به شکل «زندگی واقعی» به نمایش درمی‌آید درک کنند. علاوه بر این صرف زمان برای رسانه‌ها، فرصت پیگیری سایر فعالیت‌های سالم مانند ورزش، فعالیت‌های فیزیکی، خدمت به جامعه، شرکت در برنامه‌های فرهنگی و گذراندن وقت در کنار خانواده را کاهش می‌دهد. شواهد جمع‌آوری شده در زمینه رفتارهای پرخطر گوناگون مؤید آن است که بررسی اثرات رسانه‌ها بر جوانان، ارزش تحقیقات دقیق‌تری را دارد (Escobar-chaves et al, 2005: 306).

لازم است عموم مخاطبان اطلاعات لازم را درباره برنامه‌های سرگرم‌کننده به دست آورند. بویژه مهم است که کودکان، یعنی تماشاگران اولیه برنامه‌های سرگرمی و تبلیغات در روزهای تعطیل و مواقع خاص دیگر، آموزش داده شوند که در مقابل آنچه می‌بینند چه واکنشی نشان دهند و چگونه اطلاعات را استخراج و درباره پیام‌ها قضاوت

کنند (Office of Disease Prevention and Health Promotion and Office for)
(Substance Abuse Prevention, 1991: xiii).

مضمون تکراری مطالعه حاضر این است که رسانه‌های جمعی الزامی به آموزش اصول مربوط به حوزه سلامت به مخاطبان خود ندارند. رسانه‌های جمعی از طریق گروهی از عوامل اقتصادی، سیاسی و ... تحت تأثیر قرار می‌گیرند اما بر نظام سلامت واجب است به عنوان یکی از گروه‌های علاقه‌مند به همکاری با رسانه‌ها، احساسات و انگیزه‌های مسئولان رسانه‌ها را درک کند، اهمیت پوشش موضوعات مربوط به ارتقای سلامت و سایر موضوعات مرتبط را یادآور شود و در تلاش برای همکاری مشترک با رسانه‌ها باشد (Office of Disease Prevention and Health Promotion and Office)
(for for Substance Abuse Prevention, 1991: xi).

منابع فارسی:

۱- جی پارک و کی پارک (۱۳۷۷) درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی، مترجم دکتر حسین شجاعی تهرانی، جلد اول، چاپ دوم.

منابع انگلیسی:

1. American academy of pediatrics Committee on public Education (2001) **Media Violence**. PEDIATRICS, 108 (5).

2. Dalton, MA.; Sargent, JD.; Beach, ML.; Titus-Ernstoff, L; Gibson, JJ. Ahrens MB.; Tickle JJ.; Heatherton, TF. (2003) **Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study**. Lancet. 26 (362).

3. Dejong, William Winsten, Jay A. (1990) **The use of mass media in substance abuse prevention**. by Health affairs.

4. Distefan, Janet M.; Pierce, John P.; Gilpin, Elizabeth A. (2004) **Do favorite movie stars influence adolescent smoking initiation?** American Journal of Public Health. 94 (7).

5. Escobar-Chaves, S.; Liliana. Tortolero, Susan R.; Markham, Christine M.; Low, Barbara J. Eitel. Patricia and Thickstun Patricia (2005) **Impact of the media on adolescent sexual /attitudes and behaviors**. pediatrics, 116 (1).

6. Gidwani, Pradeep P. Sobol, Arthur; Dejong, William; Perrin, James and Gortmaker, Steven (2002) **Television viewing and initiation of smoking among youth**. PEDIATRICS, 11 (3).

7. Modeste, Naomi; Tamayose, Teri (2004) **Dictionary of Public Health promotion and education terms and concepts**. 2nd Edition, Jossey-Bass.

8. Office of Disease Prevention and Health Promotion and Office for Substance Abuse Prevention (1991) **Mass media and health opportunities for improving the nation's health.** Monograph Series.

9. Sarjent, JD.; Tickle, JJ.; Beach, ML.; Dalton, MA.; Ahrenc, MB. (2001) **Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes.**

10. Wakefield, Melanie; Flay, Brian; Nichter, Mark; Giovino, Gary (2002) **Role of media in influencing trajectories of youth smoking.**

11. Wingood, Gina DiClemente, Ralph; Harrington, Kathy; Harrington, Suzy; Dr. PH. Davies; Hook, Edward,w. and Kim, M.; **Exposure to x-rated movies and adolescents' sexual and contraceptive-related attitudes and behaviors.** PEDIATRICS, 107 (5).

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

رسانه‌ها و برجسته‌سازی اخبار ایدز در ایالات متحده

مهدی رشکیانی*

چکیده

مقاله حاضر جستاری است دربارهٔ چگونگی طرح و اولویت یافتن اخبار مربوط به بیماری ایدز در رسانه‌های امریکا.

نویسنده، ابتدا به زمینه‌های بروز این بیماری در سانفرانسیسکو و طرح توأم با تاخیر اخبار آن در رسانه‌های این ایالت اشاره می‌کند و سپس مراحل عبور این اخبار را از دو قطب اساسی تعیین اولویت خبر در امریکا؛ یعنی روزنامهٔ ملی نیویورک تایمز و کاخ سفید شرح می‌دهد.

اخبار مربوط به ایدز در سال ۱۹۸۱ برای اولین بار، در رسانه‌های سانفرانسیسکو طرح شد اما تا سال ۱۹۸۵ که رسانه‌های سراسر امریکا، به تبعیت از روزنامهٔ نیویورک تایمز به برجسته‌سازی اخبار این بیماری مبادرت کردند، توفیق طرح و برجسته‌سازی در رسانه‌های ملی امریکا را نیافت!!

کلید واژه‌ها: رسانه‌های امریکا، ایدز، برجسته‌سازی، کاخ سفید، نیویورک تایمز.

مقدمه

موضوع ایدز، چندین سال پیش از طرح در اولویت ملی ایالات متحده امریکا، در اولویت محلی شهر سانفرانسیسکو مطرح شد.

در دهه اول شیوع بیماری ایدز (در ماه می ۱۹۸۱)، رسانه‌های سانفرانسیسکو نسبت به رسانه‌های سایر شهرهای ایالات متحده، مطالب بیشتری در این باره منتشر کردند (Dearing, 1981:1).

اما چرا این موضوع ابتدا در اولویت رسانه‌های سانفرانسیسکو مطرح شد؟ آیا میان فرآیند برجسته‌سازی محلی و فرایند برجسته‌سازی ملی، تفاوت وجود دارد؟ نگارنده می‌کوشد ضمن پاسخگویی به این پرسش‌ها، چگونگی و روند مطرح شدن موضوع ایدز را در رسانه‌های جمعی ایالات متحده بررسی کند.

ایدز در اولویت رسانه‌های سانفرانسیسکو

در مقایسه با دیگر شهرهای امریکا، جمعیت سانفرانسیسکو، جمعیتی آزادبخواه، در حال رشد و با ظرفیت بالای پذیرش سبک‌های متنوع زندگی به شمار می‌رود. این خصوصیات، سانفرانسیسکو را در اواسط دهه ۱۹۷۰ به مکانی پر جاذبه برای همجنس‌بازان تبدیل کرد. در سال ۱۹۷۴، فعالیت‌های پلیس، برای مقابله با همجنس‌بازی، از سوی شورای شهر سانفرانسیسکو، متوقف شد (Gerald, 1985: 15) و برای چنین افرادی حقوق قانونی در نظر گرفته شد.

پیدایش این حقوق، برای جمعیت به نسبت گسترده همجنس‌بازان زن و مرد، بسیار حائز اهمیت بود. سانفرانسیسکو به مکانی تبدیل شد که همجنس‌بازان در آن می‌توانستند علنی و بدون هرگونه ترس و واهمه از اقدامات تلافی‌جویانه، به اظهار تمایلات جنسی خود بپردازند (Rogers and Chang, 1991:39).

این پیام که سانفرانسیسکو مکانی امن برای زندگی همجنس‌بازان است، در تمام روزنامه‌های همجنس‌گرایانه ایالات متحده، انتشار یافت. بین سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۸۲، سالانه، حدود پنج هزار همجنس‌باز، روانه این شهر شدند و گروه‌های تازه وارد، به

صورت یک به یک، در «کاسترو» (castro: منطقه‌ای در نیم مایلی شهر سانفرانسیسکو که اصلی‌ترین مرکز زندگی همجنس‌بازان امریکا بود) استقرار یافتند. جمعیت همجنس‌بازان سانفرانسیسکو در سال ۱۹۸۲، ۱۰۰ هزار نفر تخمین زده شد. ضمن اینکه ۴۰ درصد از مردان سانفرانسیسکو نیز همجنس‌باز بودند.

در ابتدای سال ۱۹۸۱، جامعه پزشکی سانفرانسیسکو، از مشکلی غیر عادی در سیستم ایمنی مردان همجنس‌باز، آگاه شد و پزشکان متخصص، به سرعت با ملحق شدن به سازمان بهداشت عمومی سانفرانسیسکو، نسبت به بروز علائم ابتدایی شیوع ایدز، عکس‌العمل نشان دادند.

اجرای طرح سازمان بهداشت سانفرانسیسکو، در تعطیل کردن حمام‌های عمومی (به منظور محدود کردن گسترش ویروس ایدز) مخالفت‌های جدی در پی داشت. بسیاری از همجنس‌بازان سانفرانسیسکو، اقدامات و تلاش‌های سازمان بهداشت را در جهت متوقف کردن گسترش ویروس ایدز (ویروس ضعف سیستم ایمنی بشر = The human immuno deficiency) تجاوز به حقوق و آزادی‌های شهروندی خود تلقی کردند.

اعتراضات شدیدی در مقابل تعطیلی این حمام‌ها از طریق روزنامه‌های همجنس‌گرای محلی ابراز شد و در این میان، صاحبان حمام‌ها از جدی‌ترین مخالفان بودند.

در ابتدای دهه ۱۹۸۰، مجموعه این مجادلات، ایدز را به موضوع شماره یک سیاسی در سانفرانسیسکو تبدیل کرد اما چرا این موضوع، ابتدا در اولویت رسانه‌ای سانفرانسیسکو مطرح شد؟

عوامل عمده مطرح شدن این موضوع عبارت بودند از:

۱- مشاهده بالاترین نرخ سرایت ایدز در سانفرانسیسکو در مقایسه با سایر شهرهای ایالات متحده.

۲- تعهد بسیار بالای برخی از روزنامه‌نگاران محلی نسبت به موضوع ایدز.

۳- پیدایش شبکه‌ای از همجنس‌بازان مرد و پزشکان متخصص که برای خودیاری، سازمان‌یافته بودند (مانند سازمان‌های عام‌المنفعه‌ای که به منظور پیشگیری از ویروس HIV شکل گرفته بودند).

۴- اهمیت سیاسی و انباشت اقتصادی ناشی از وجود همجنس‌بازان در شهر.

۵- تدارک سرمایه‌ای هنگفت برای پیشگیری، تحقیق، آزمایش و درمان ایدز از سوی شهرداری و شورای شهر سانفرانسیسکو (Shomaker, Wanta and Legget, 1981:5).
 مجادلات میان همجنس‌بازان آزادیخواه (که ایدز را تهدیدی برای حقوق فردی خود تفسیر می‌کردند) و همجنس‌بازان محافظه‌کار (که ایدز را بحرانی در سلامت عمومی جامعه می‌دانستند)، «تضاد سیاسی» را به این معمای پزشکی (که از دید روزنامه‌نگاران شهر، غیر قابل کنترل تصور می‌شد) اضافه کرد (Yin, 1989:2).
 در نتیجه، سانفرانسیسکو اولین شهر جهان بود که مشکل انتقال ویروس AIDS و HIV در اولویت‌های رسانه‌ای آن مطرح شد و جنبه عمومی یافت (Rogers and Dearing, 1993:195).

ایدز در رسانه‌های جمعی ایالات متحده

پس از گذشت چهار سال از ۱۹۸۱ (که اولین نمونه‌های «ایدز» در رسانه‌های سانفرانسیسکو گزارش شد) رسانه‌های جمعی سایر شهرهای ایالات متحده نیز، اخبار به نسبت گسترده‌ای را درباره بیماری‌های متداول و همه‌گیر منتشر کردند. اخبار مربوط به ایدز تا کنون در اولویت رسانه‌ها، قرار نگرفته بود و عموم مردم آمریکا نیز آگاهی کاملی از این موضوع نداشتند تا اینکه در اواسط سال ۱۹۸۵، دو رویداد خبری عمده [مرگ بازیگر مطرح سینما راک هودسون (Rock Hudson) به دلیل ابتلا به ایدز و امتناع مدارس کوکومو (Kokomo) و اندیانا (Indiana) از پذیرفتن یک پسر جوان مبتلا به ایدز به نام رایان وایت در مدرسه] به طور ناگهانی به افزایش پوشش رسانه‌ای این موضوع کمک شایانی کرد به گونه‌ای که شش رسانه عمده ایالات متحده (روزنامه‌های نیویورک تایمز، واشنگتن پست، لوس‌آنجلس تایمز و شبکه‌های خبری CBS, NBC, ABC) به نحوی شگفت‌آور، پوشش رسانه‌ای خود را در مورد بیماری ایدز، از حدود ۴ مطلب خبری در ماه به ۱۵ مطلب خبری در ماه افزایش دادند. اخبار ایدز در اوایل پاییز ۱۹۸۵، در نقطه اوج اولویت رسانه‌ها قرار گرفت. آگاهی عموم نیز از این بیماری مسری، چنان افزایش یافت که طی چند ماه، ۹۵ درصد از مردم ایالات متحده و بسیاری از جوانان آمریکایی از بیماری ایدز و روش‌های انتقال آن آگاهی یافتند (Rogers and Chang, 1991:44).

برجسته‌سازی موضوع ایدز تا حدودی پیچیده بود زیرا اگرچه اولین موارد این بیماری در سال ۱۹۸۱ در ایالات متحده تشخیص داده شده بود، اخبار مربوط به آن تا ۴ سال بعد (اواسط سال ۱۹۸۵) توجه رسانه‌ای چندانی را جلب نکرد.

در آن زمان، بیش از ده هزار نفر، ناقل بیماری ایدز شناسایی شده بود که نیمی از این تعداد، جان خود را از دست داده بودند. دلیل کندی رسانه‌ها در پوشش و برجسته‌سازی کشف بیماری ایدز چه بود؟ و چه عاملی منجر به مطرح شدن این موضوع در اولویت رسانه‌ها شد؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها، در مطالعه‌ای با عنوان «فرایند برجسته‌سازی موضوع ایدز» که در سال ۱۹۹۱ از سوی دیرینگ و راجرز انجام شد، کلیه مطالب خبری مربوط به ایدز در سه روزنامه ملی و سه شبکه تلویزیونی، طی ۹۱ ماه از دهه ۸۰ بررسی شد. در این مطالعه از طریق روش تحلیل محتوا اولویت‌های خبری رسانه‌ها با در نظر گرفتن اولویت‌های عموم مردم به طور ماهانه، مقایسه شد (Dearing and Rogers, 1991:3).

در این بررسی اولویت رسانه‌ای ایدز با در نظر گرفتن تعداد اخبار منتشر شده در این باره، در روزنامه‌های نیویورک تایمز، واشنگتن پست، لوس آنجلس تایمز و شبکه‌های خبری ABC، NBC و CBS مورد ارزیابی قرار گرفت. از ژوئن ۱۹۸۱ تا دسامبر ۱۹۸۸ (۹۱ ماه) این شش رسانه، در مجموع ۶۶۹۴ خبر درباره ایدز منتشر کرده بودند. از آنجا که پوشش رسانه‌ای ایدز در هر یک از این شش رسانه، از همبستگی بالایی با زمان برخوردار بود، دیرینگ و راجرز، به ارزیابی اولویت رسانه‌ای این موضوع با توجه به متغیر زمان پرداختند. در چهار سال اول شیوع این بیماری (که ۹۹۴۴ نفر مبتلا به ویروس ایدز بودند) این موضوع در سطح بسیار پایینی از پوشش خبری رسانه‌ها قرار داشت (Ibid:4).

رسانه‌های جمعی ایالات متحده، به دلیل درگیر نشدن دو عامل مهم و تاثیرگذار برجسته‌سازی این کشور یعنی کاخ سفید و روزنامه نیویورک تایمز در پاسخگویی به موضوع ایدز، کند عمل می‌کردند. کاخ سفید و روزنامه نیویورک تایمز، نقش بسیار مهمی در قرار دادن یک موضوع، در اولویت رسانه‌های ایالات متحده، ایفا می‌کنند (Dearing and Rogers, 1992: 27).

نیویورک تایمز، گذرگاهی برای رسیدن یک موضوع به اولویت رسانه‌های ملی است.

به طور کلی، نیویورک تایمز، معتبرترین رسانه خبری امریکا شناخته می‌شود. هنگامی که این روزنامه موضوعی را دارای ارزش خبری می‌داند، دیگر سازمان‌های خبری امریکا نیز آن را سرمشق قرار می‌دهند. وقتی تولیدکنندگان و سردبیران، در ایستگاه‌های رادیویی و تلویزیونی، روزنامه‌ها و در سطحی پایین‌تر، مجله‌های خبری، به تصمیم‌گیری در این باره می‌پردازند که کدام مطلب، زمان بیشتر، جایگاه بهتر و تیر خبری بزرگ‌تری را در آن روز به دست می‌آورد، اغلب، در ابتدا تصمیمات سردبیران روزنامه نیویورک تایمز را (که پیرامون موضوعات مشابه، اتخاذ می‌شود) مد نظر قرار می‌دهند. نیویورک تایمز، در پایان هر روز، مطالب صفحه روز بعد خود را به هزاران روزنامه دیگر، ایستگاه‌های پخش رادیویی و تلویزیونی و نهادهای رسانه‌ای دیگر منتقل می‌کند. بنابراین، سرتیترها و اولویت‌های خبری صبح روز بعد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (Ibid:3).

بی‌توجهی روزنامه نیویورک تایمز به برجسته‌سازی موضوع ایدز سبب شد سایر روزنامه‌ها نیز، این موضوع را چندان پوشش ندهند. به عبارت دیگر، بی‌توجهی روزنامه نیویورک تایمز، موجب شد اخبار مربوط به ایدز، از مطرح شدن در اولویت رسانه‌های امریکا باز ماند.

کاخ سفید نیز گذرگاه مهم دیگری در فرایند برجسته‌سازی موضوعات در ایالات متحده به شمار می‌رود. رئیس‌جمهور امریکا، می‌تواند با توجه به سیاستی که در قبال هر موضوع دنبال می‌کند، به قرار دادن آن در اولویت ملی رسانه‌ها کمک کند. در مورد مسئله ایدز نیز، در دهه ۱۹۸۰، ریگان رئیس‌جمهور وقت، اولویت رسانه‌ای این موضوع را به تاخیر انداخت و به سادگی از آن چشم‌پوشی کرد زیرا هزینه‌های دولت برای تحقیقات مربوط به ایدز، پیشگیری و درمان آن، تهدیدی برای بودجه دولت محسوب می‌شد. بنابراین، کاخ سفید تا جایی که می‌توانست از پرداختن به این بیماری مسری چشم‌پوشی کرد و به این ترتیب در عمل، موجب از دست رفتن زندگی افراد زیادی شد (Ibid:7).

در ایالات متحده، رئیس‌جمهور قادر است رسانه‌ها را به سوی هر موضوعی سوق دهد. ریگان تصمیم گرفته بود تا ماه می ۱۹۸۷ (۷۲ ماه بعد از شیوع این بیماری) هیچ صحبتی در این باره به میان نیاورد (Rogers, Dearing and Brigman, 1993:19).

اما، روزنامه نیویورک تایمز، سرانجام در بیست و پنجم ماه می ۱۹۸۳، اولین خبر خود را درباره ایدز، در صفحه اول منتشر کرد که ۱۲ ماه پس از انتشار اخبار ایدز در روزنامه لوس آنجلس تایمز و ۱۰ ماه پس از انتشار این اخبار در روزنامه واشنگتن پست بود.

مدیریت روزنامه نیویورک تایمز، از سال ۱۹۸۱ تا اواسط سال ۱۹۸۵، موضوع ایدز را فاقد ارزش خبری تلقی می‌کرد اما از اواخر سال ۱۹۸۵، پوشش خبری ایدز در این روزنامه، به نحوی گسترده افزایش پیدا کرد.

زیرا با اعلام ابتلای راک هودسون، بازیگر مطرح سینما به بیماری ایدز در ماه جولای، این رشد شدت گرفت و تعداد اخبار مربوط به ایدز از جولای ۱۹۸۵، از ۱۴ مورد در ماه، به ۱۴۳ مورد در ماه افزایش یافت.

«تحلیل‌های ما نشان می‌دهد توجه رسانه‌ها به بحران ایدز، بیشتر به دلیل ابتلای پسر جوانی به نام رایان وایت بود تا راک هودسون زیرا هنگامی که هودسون، موضوع ۷۴ خبر بود، وایت موضوع ۱۱۷ خبر را تشکیل می‌داد اما خبرهای مربوط به وایت و هودسون در مجموع، تنها ۳ درصد از ۶۶۹۴ خبر مورد مطالعه ما را تشکیل می‌داد. تشخیص بیماری ایدز از طریق وایت و هودسون، معنای این موضوع را برای کارکنان خبری (گروهی که تنها با توجه بیشتر به موضوع ایدز واکتس نشان دادند) تغییر داد» (Rogers and Dearing, 1991:6).

چند خبر مهم که پیش از این فاش شده بود اما هنوز موضوع ایدز را در اولویت رسانه‌ها قرار نداده بود، در زیر آمده است:

- ویروس عامل ایدز در محصولات خونی کشف شد (دسامبر ۱۹۸۲).
- روابط جنسی، به عنوان یکی از راه‌های انتقال ویروس ایدز شناخته شد (ژوئن ۱۹۸۳، شبکه CDC).
- اعلام شناسایی ویروس اچ. آی. وی در مارس ۱۹۸۴.
- اولین گزارش درباره تست خون برای کشف پادزهر ویروس ایدز، در ژوئن ۱۹۸۵ منتشر شد.

همان پوشش محدود نیز آگاهی عمومی را از این بیماری در طول سال‌های ۸۴-۱۹۸۳، به شدت افزایش داد و به تصحیح تصورات اشتباه درباره راه‌های انتقال ویروس

ایدز از جمله سندلی‌های توالی و نیش حشرات انجامید. مسیری که در آن، رسانه‌ها به یک موضوع توجه نشان می‌دهند، روشن‌کننده این است که آیا موضوع موردنظر در اولویت رسانه‌ها قرار می‌گیرد یا از اولویت آنها سقوط می‌کند؟

رسانه‌ها در ابتدا ایدز را به عنوان «موضوعی مرتبط با همجنس‌بازی» مطرح کردند. زیرا بسیاری از نخستین افرادی که به ایدز آلوده شدند، همجنس‌باز بودند. به همین دلیل، ایدز در ابتدا، سندرم نقص ایمنی به دلیل همجنس‌بازی یا به اختصار (GRID*) نامیده شد اما اندکی بعد، معلوم شد که این ویروس می‌تواند از راه‌های مختلفی مانند انتقال خون (تزریق خون)، تماس با جنس مخالف، سوزن‌های تزریق مواد مخدر و همچنین تماس با جنس موافق منتقل شود. پس از این، رسانه‌ها مسئله را این‌گونه ترسیم کردند که ویروس ایدز بیشتر بخش‌های خاصی از جمعیت ایالات متحده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و تهدیدی برای همه تلقی نمی‌شود. دادن چنین قالبی به موضوع ایدز، ارزش خبری این بیماری مسری را در اوایل دهه ۸۰، تحت تاثیر قرار داد (Dearing, 1992:17).

چهار دوره در فرایند برجسته‌سازی ایدز

ایدز چگونه در رسانه‌های جمعی مطرح شد؟ برای پاسخ به این پرسش چهار دوره مختلف را در پوشش خبری ایدز می‌توان در نظر گرفت: دوره ابتدایی، دوره علمی، دوره بشری و دوره سیاسی.

- در دوره ابتدایی پوشش رسانه‌ای ایدز، تنها ۵۹ خبر در این باره منتشر شد.

- در دوره دوم که از ژوئن ۱۹۸۵ آغاز شد و ۲۶ ماه به طول انجامید، پوشش رسانه‌ای ایدز براساس منابع علمی بود. ۴۰ درصد از ۶۰۶ خبر موجود در این دوره، بر پایه منابع علمی منتشر شد.

- دوره ۱۹ ماهه سوم یا دوره بشری از ژوئن ۱۹۸۷ آغاز و از طریق شخصیت‌سازی موضوع ایدز، مشخص شد. اخبار مربوط به راک هودسون و رایان وایت، مردم ایالات

*. Gay – related immuno deficiency syndrome.

متحده را متقاعد کرد که بیماری ایدز، مختص به گروه خاصی از مردم نیست و برای عموم مردم یک تهدید به شمار می‌رود. این دو واقعه، منجر به نقطه عطفی در اولویت یافتن اخبار مربوط به ایدز در رسانه‌های ایالات متحده شدند.

- دوره چهارم که ۲۳ ماه به طول انجامید (از فوریه ۱۹۸۷ تا دسامبر ۱۹۸۸) دوره‌ای سیاسی برای موضوع ایدز بود. کشمکش‌های بسیاری درباره جنبه‌های خاصی از این بیماری (بخصوص تصویب سیاست‌هایی مبنی بر آزمایش‌های اجباری از مردم و دخالت در زندگی شخصی افراد) ظهور کرد؛ دولت در این قضیه به شدت درگیر شد و ایدز به عنوان یک موضوع سیاسی، مطرح گردید.

اما، اولویت عمومی موضوع ایدز، از طریق ۱۱۰ رای گیری ملی مورد ارزیابی قرار گرفت که طی آن، از ۱۵۰ هزار پاسخگو، ۱۰۸۴ پرسش مرتبط با موضوع ایدز، پرسیده شد. دو سوم این آرا از طریق نهادهای مرتبط با رسانه‌های جمعی، گردآوری شد. در این زمینه، اولویت رسانه، به ایجاد اولییتی با عنوان اولویت رای (Polling agenda) در رسانه‌ها انجامید (Dearing, 1989:10).

تحلیل‌های دیرینگ و راجرز نشان می‌دهد در طول دوره ابتدایی پوشش رسانه‌ای ایدز، اولویت علم، اولویت رسانه را تحت تاثیر قرار داد چنان که بسیاری از موضوعات خبری مطرح شده در رسانه‌ها، برگرفته از مقالات منتشر شده در مجلات علمی و طبّی بود و در طول دوره علمی (هنگامی که اطلاعات علمی مربوط به انتقال بیماری ایدز، بر محتوای اخبار احاطه پیدا کرد) این اطلاعات علمی، «اولویت رسانه» و «اولویت رای» را تحت تاثیر خود قرار داد.

در مرحله سوم (مرحله بشری)، اولویت رسانه و اولویت رای از یکدیگر تاثیر پذیرفتند. این رابطه به این دلیل بوقوع پیوست که سازمان‌های رسانه‌ای با حمایت از آرای به دست آمده، به ایجاد موضوعات خبری بر پایه نتایج این آرا پرداختند.

طی دوره چهارم یا دوره سیاسی، اولویت علم و اولویت رسانه، اولویت سیاست را تحت تاثیر قرار دادند به گونه‌ای که در سال ۱۹۹۳، دولت مرکزی، ۱۰۳ میلیارد دلار برای تحقیق درباره این بیماری هزینه کرد. در حالی که برای تحقیق در زمینه سرطان، ۲ میلیارد دلار و برای تحقیق بر روی بیماری‌های قلبی ۷۷۰ میلیون دلار هزینه شد. آن هم در شرایطی که در مقایسه با مرگ پانصد هزار نفر بر اثر سرطان و هفتصد هزار نفر بر

اثر بیماری‌های قلبی، تنها سی و چهار هزار نفر در اثر ایدز جان خود را از دست داده بودند.

منابع:

- 1-Dearig,Tj.W.(1981)**Psychological accounts of media agenda-setting**.Beverly Hills,CA: Sage.
- 2-Dearing,Tj.W.(1989) **setting the polling agenda for the issue of AIDS**.public opinion Quartely,53(3).
- 3-Dearing, Tj.W.(1992) **Foreign blood and domestic politics, AIDS :the making of a chronic disease (P.17)**. Berkeley: university of California press .
- 4-Dearing,Tj.W.&Rogers,E.M.(1992) **AIDS and the media agenda**. Hillsdale, Nj :Lawrence Erlbaum.
- 5-Gerald,A.(1985) **Agenda-setting politics : a case study of the press-public- policy connection**. Communication Quartely.
- 6- Hertog, j.k.; Finegan, j.R. & Kahn,E.(1994) **Media coverage of AIDS,cancer,and sexuality**.71(2).
- 7- Rogers,E.M,&changes,S.(1991) **Media coverage of AIDS challenger and Chernobyl**.New york: Greenwood.
- 8- Rogers,E.M.; Dearing,Tj.W&chang,S. (1991) **AIDS in 1980s: The agenda –setting process for a public issue**. Journalism Monographs.
- 9-Rogers,E.M.;Dearing,Tj.W.&Bregman,D.(1993) **The anatomy of agenda-setting research**. Journal of communicaton.
- 10-Shomaker,p.j.;Wanta,w.&Leggett,d.(1989) **Drog coverage and public opinion,1972-1986**.Hillsdale,Nj: Lawrence Elbaum.
- 11-Yin,R.K(1989)**case study research** .Newbury park,CA: sage.

رسانه و آموزش سلامت خانواده

محمد مهدی لیبی*
*

چکیده:

مقاله حاضر کنکاشی است پیرامون نقش رسانه در ارتقا یا تضعیف سلامت جسمی و روانی خانواده. نویسنده برای تبیین موضوع، با برجسته کردن کارکرد آموزشی رسانه، روش‌های مستقیم و غیرمستقیم القای مفاهیم مربوط به حوزه بهداشت و سلامت را از طریق رسانه‌های دیداری و شنیداری برمی‌شمرد. همچنین در بخشی از مقاله به تحولات خانواده در دوران معاصر اشاره شده که رسانه‌ها جهت تاثیرگذاری بیشتر و انطباق برنامه‌ها با واقعیات اجتماعی باید به آنها توجه کنند.

کلید واژه‌ها: سواد سلامتی، رویکرد سلامت محور، نظریه بازتاب رسانه‌ای، سلامت اخلاقی، نظریه کنترل اجتماعی، جدایی عاطفی، خانواده زیستی، خشونت خانگی.

مقدمه

رسانه‌ها نقش مؤثری در سلامت خانواده دارند. اثربخشی رسانه‌ها به نوع و ماهیت آنها، محتوای پیام و قالب ارائه آن و چگونگی دریافت پیام از سوی مخاطبان بستگی دارد. سلامت خانواده در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی از جمله مواردی است که

* کارشناس ارشد علوم اجتماعی و مدیر رادیو سلامت.

رسانه‌ها می‌توانند با شیوه‌های مستقیم و غیرمستقیم بر آن تأثیر گذارند. تأثیر رسانه‌ها می‌تواند مثبت یا منفی باشد. در ابعاد زیستی، نقش رسانه‌ها اغلب اطلاع‌رسانی بوده و اثرات مثبتی بر جای گذاشته است اما در بعد سلامت روحی، نقش رسانه‌ها با نوعی دوگانگی رو به رو بوده و نتایج ناخواسته آن در بعضی موارد با اهداف تعریف شده مغایرت داشته است. افراد به عنوان اعضای خانواده، هر یک به نوعی تحت تأثیر پیام رسانه قرار دارند. در دنیای امروز، علاوه بر اینکه ساختار و ماهیت خانواده دچار دگرگونی شده است، افراد نیز این توانمندی را یافته‌اند که از سوژه‌ای منفعل به عاملی فعال تبدیل شوند، پیام‌های رسانه را تفسیر کنند و برداشتی مطابق زمینه‌های ذهنی و اجتماعی خود داشته باشند. نقش رسانه‌ها در سلامت خانواده، نقشی حساس و تعیین‌کننده است و همین موضوع، اهمیت برنامه‌سازی مناسب را در این زمینه دو چندان می‌کند.

رسانه‌ها و سلامت

امروزه رسانه‌های جمعی، از جمله ابزارهای قدرتمند در برنامه‌های ارتقای سلامت به شمار می‌روند و بحث بر سر کارایی و اثربخشی آنها در این زمینه، به گفتگو درباره نوع و میزان تأثیر در گروه‌های مختلف مخاطب تبدیل شده است. رسانه‌های جمعی در حقیقت، میانجی پیام‌های سلامت برای افراد جامعه هستند و تأثیر آنها علاوه بر اینکه به ماهیت و عملکرد خود آنها بستگی دارد، به دو سوی این ارتباط وابسته است (صاحب‌نظران حوزه سلامت و مردم). صاحب‌نظران معتقدند فعالیت‌های رسانه در بعد سلامت را می‌توان در سه بخش آموزش سلامت (Health Education)، تسهیل خدمات سلامت (Health Facilitation) و حمایت از سلامت (Health Advocacy) جای داد. در تعریف سواد سلامتی نیز گفته می‌شود سواد سلامتی (Health Literacy) محدوده وسیعی از مهارت‌ها و قابلیت‌هایی را در برمی‌گیرد که مردم برای جستجو، درک، ارزشیابی و استفاده از مفاهیم سلامت کسب می‌کنند تا دست به انتخاب‌های آگاهانه بزنند، خطرات سلامتی را کاهش دهند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند.

آموزش به معنی به کار بردن نظامی برای درک و به خاطر سپردن اطلاعات است تا مخاطبان از این طریق دست به انتخابی آگاهانه بزنند. آموزش باید بتواند باورها، رفتارها

و عادت‌های ناسالم را به رفتارها، عادت‌ها و باورهای سالم تبدیل کند. رسانه‌های گروهی بهترین ابزار برای انتشار سریع اطلاعات و حقایق علمی در میان جمعیتی گسترده هستند و کارآیی اصلی آنها هوشیارسازی، افزایش دانش و آگاهی، موج‌آفرینی و ایجاد انگیزه برای اقدام است. حمایت از سلامت در راه حذف موانع ساختاری ارتقای سلامت، ابعاد مختلفی را از جمله تحول در سیاست‌ها، قوانین و رفتارهای سازمانی دربرمی‌گیرد. حمایت رسانه‌ای از سلامت می‌تواند در سطوح مختلف سیاستگذاری، تهیه گزارش‌های خبری و تولید برنامه‌هایی که افکار عمومی را با موضوعات سلامت مرتبط می‌سازد، مؤثر باشد.

نگرش انتقادی به برنامه‌های رسانه در بخش سلامت

رسانه در بخش برنامه‌های مربوط به سلامت و بهداشت با چالش‌های بزرگی روبه‌روست. مخاطب‌محور بودن برنامه‌ها می‌تواند یک نقص بزرگ محسوب شود، یعنی نگرشی که در آن عامل تعیین‌کننده مخاطب است و رسانه نیز جلب رضایت او را از طریق توجه به خواسته‌هایش دنبال می‌کند اما اگر این نگرش به نگرش نهادی تبدیل شود و نهادهای اصلی اجتماع همچون خانواده را کانون توجه قرار دهد به طور قطع موفقیت بیشتری خواهد داشت.

انتقاد دیگری که به برنامه‌های رسانه در حوزه سلامت می‌شود، درمان‌مدار بودن آنهاست. توجه به درمان به مراتب بیش از توجه به پیشگیری است. ممکن است این رویکرد تحت تأثیر شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه شکل گرفته باشد اما لازم است ضمن درک موضوع پیشگیری، همواره این اصل مقدم بر درمان تلقی شود و برنامه‌سازی با توجه به آن انجام پذیرد. در این میان، برخی دیدگاه‌ها نیز رسانه را عاملی می‌دانند که خود به صورت ناخواسته ایجادکننده نگرش‌های منفی در افراد است. این گروه استدلال می‌کنند که رسانه‌های دیداری و شنیداری با انعکاس اخبار و رویدادهای جنایی، قبح و زشتی رفتارهای مجرمانه را در جامعه از بین می‌برند و وقوع جرم را امری عادی و طبیعی نشان می‌دهند. در این شرایط، جامعه پس از مدتی به این زشتی‌ها عادت می‌کند و زمینه سقوط ارزش‌های اجتماعی و هنجارهای زندگی سالم فراهم می‌شود (رحمانیان، ۱۳۷۸: ۶۲).

اصل مهم در استدلال یاد شده این است که اخبار شنیداری و دیداری نقش مؤثری در ارائه تصویر جرم به مردم و توسعه سازمان‌های قضایی و امنیتی (مانند پلیس) ایفا می‌کنند. رسانه‌ها همچنین در شکل‌گیری افکار عمومی در مورد جرم و بزه‌کاری نقش مهمی بر عهده دارند (فرجیها، ۱۳۸۵: ۸۲).

این نگرش، گستره وسیعی دارد و در قالب نظریه‌های گوناگون مطرح شده است. یکی از این نظریه‌ها، نظریه بازتاب رسانه‌ای جرم و رفتار مجرمانه است که معتقد است رسانه‌ها با نمایش مستمر تصاویر فریبنده و خوشایند از ارتکاب جرم و اسطوره‌سازی از مجرمان، کنترل‌های درونی را تضعیف می‌کنند (Reiner, 2000: 12). به عبارت دیگر، این نظریه معتقد است سلامت روحی و روانی افراد، خانواده و جامعه، تحت تأثیر برنامه‌های گوناگون رسانه تخریب می‌شود. بدیهی‌سازی یا عادی‌سازی یکی از کارکردهای رسانه است که خواسته یا ناخواسته صورت می‌گیرد. از سوی دیگر، مخاطب ناآگاهانه و بدون قصد قبلی از رسانه تأثیر می‌پذیرد. به این ترتیب رسانه اگر چه می‌تواند در بعد جسمی و مادی اطلاعات ارزشمندی را منتقل کند و تأثیر مهمی در رفتار مخاطب بر جای گذارد، از جنبه روحی و معنوی ممکن است اثری معکوس داشته باشد و قالب‌های فرهنگی جدیدی را در ذهن مخاطب شکل دهد.

از آنجا که برخی از جامعه‌شناسان کجروی را رفتاری طبیعی می‌دانند که قالبی فرهنگی دارد (Wrightsmann, 1998: 119) می‌توان گفت نقش رسانه، نقشی دوگانه است. افراد تنها زمانی که آموزش مناسبی در حوزه سلامت دیده باشند، رفتار مناسبی خواهند داشت. این موضوع را می‌توان در قالب نظریه کنترل نیز بررسی کرد. این نظریه می‌گوید افراد جز در صورتی که آموخته باشند مرتکب خلاف نشوند، به‌گونه‌ای ضد اجتماعی رفتار خواهند کرد. روک معتقد است این آموزش نقش مهمی در رفتار فرد دارد و تعیین‌کننده رفتارهای آتی اوست (Rock, 1998: 182).

رسانه و سلامت اخلاقی جامعه

اهمیت نقش رسانه در سلامت اخلاقی جامعه انکارناپذیر است و خانواده به عنوان نخستین و مهم‌ترین نهاد اجتماعی، تأثیرپذیری بیشتری نسبت به این موضوع دارد. رسانه می‌تواند با ارائه برنامه‌هایی، در تقویت قیود اجتماعی و پیوندهای خانوادگی مؤثر واقع شود.

نظریه کنترل اجتماعی هیرشی می‌گوید: افراد زمانی بزهکار می‌شوند که نسبت به قیود اجتماعی کم اعتنا یا بی اعتنا شوند. این قیود عبارتند از: وابستگی (Attachment) مانند وابستگی فرزندان به والدین، تعهد (Commitment) مانند تعهد به پیروی از دستورات مذهبی یا حفظ شئون خانوادگی، درگیر بودن (Involvement) یعنی اشتغال فرد به فعالیت‌های گوناگون، به نحوی که فرصتی برای کارهای خلاف نداشته باشد، باورها (Beliefs) یعنی میزان اعتباری که فرد برای معیارهای قراردادی جامعه قایل است در حالی که می‌تواند طبق میل خود از هنجارهای اجتماعی عدول کند، پای‌بند به آنها باقی می‌ماند، مانند باور به نیکوکاری، باور به محرمات و مانند آن (مشکانی، ۱۳۸۱: ۴۳).

نقش دیگر رسانه در عرصه سلامت، ایجاد باورها و اعتقاداتی است که رفتار ما را شکل داده و درونی می‌شوند. آنچه در جامعه‌شناسی، جامعه‌پذیری می‌نامیم، در موضوع سلامت نیز کاربرد دارد. به عبارت دیگر، افراد رفتار سالم یا غیر سالم را می‌آموزند و در خود درونی می‌کنند. در این میان، نقش تلویزیون به دلیل تصویری بودن بیش از سایر رسانه‌ها است.

گربنر معتقد است درس‌هایی که ما در دوران کودکی از تلویزیون می‌آموزیم، گاه پایه‌هایی برای جهان‌بینی گسترده ما می‌شوند. تلویزیون منبع معناداری برای ارزش‌های عمومی، عقاید قالبی، ایدئولوژی‌ها و دیدگاه‌هاست (Gerebner, 1994: 31).

قابلیت‌های رسانه در حوزه سلامت

توجه به تفاوت نوع عملکرد و میزان اثربخشی رسانه‌ها (مکتوب، دیداری و شنیداری) از اهمیت زیادی برخوردار است.

تأثیر برنامه‌های رادیو بر مخاطبان در مقایسه با تأثیر برنامه‌های تلویزیون، همانند تأثیر جریان آرام یک جویبار در برابر جریان خروشنده سیلاب است که هر چند ضعیف است، پایداری بیشتری دارد چون مخاطب را به آرامی و در بلندمدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مقابل، تلویزیون اگرچه سیلابی توفنده و قدرتمند است، اثری سطحی و گذرا دارد (خجسته، ۱۳۸۴: ۱۵).

از این رو ضروری است با درک قابلیت‌های رسانه و محدودیت‌های آن، و برنامه‌های سلامت‌محور براساس توانمندی رسانه‌های گروهی طراحی شوند.

بی‌توجهی به این موضوع موجب می‌شود مخاطبان، تحت تأثیر پیام‌ها قرار نگیرند. برای مثال یکسانی لحن گویندگان در برنامه‌های مختلف و حتی یکسانی سیاق جملات باعث شده است که برنامه‌های خبری رادیو و تلویزیون متفاوت از یکدیگر نباشند و حتی آن قدر تمایز پیدا نکنند که بتوانند مخاطب خاص خود را بیابند. در این عرصه شاید مطبوعات از رادیو و تلویزیون پیشی گرفته‌اند به این معنا که افرادی که دیدگاه‌ها و نگرش‌های خاصی دارند به طور معمول روزنامه یا نشریه خاصی را مطالعه می‌کنند (شهبا، ۱۳۸۴: ۴۳۲).

خوشبختانه این مسئله در کشور ما مورد توجه قرار گرفته است. هم‌اکنون رادیو سلامت به عنوان رسانه‌ای شنیداری، به صورت جامع به موضوع سلامت می‌پردازد و از شبکه‌های سیما نیز برنامه‌های مختلفی با موضوع سلامت و بهداشت پخش می‌شود. برخی پیام‌های مربوط به سلامت، نیاز به استفاده از تصویر دارند و باید آنها را در حیطه رسانه‌های دیداری طبقه‌بندی کرد. برخی دیگر، قابلیت شنیداری دارند و برخی از موضوعات نیز به صورت مشترک از تمامی رسانه‌ها قابل طرح هستند. در رادیو می‌توان موضوعات مرتبط با سلامتی و خانواده را در قالب مباحث کارشناسی و پیام‌های کوتاه رادیویی مطرح و تکرار کرد. این در حالی است که وجود تصویر در تلویزیون، عمق اثربخشی پیام را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، مخاطبان تلویزیون اغلب اعضای خانواده هستند در حالی که رادیو مخاطبان خاصی دارد که به طور عمده در هنگام رانندگی یا حضور در محل کار از این رسانه استفاده می‌کنند.

سلامت و تحولات ساختاری در خانواده

خانواده در بین نهادها، سازمان‌ها و گروه‌های اجتماعی، نقش و اهمیتی خاص دارد. چنان که هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند بدون برخورداری از خانواده‌های سالم، ادعای سلامت داشته باشد (ساروخانی، ۱۳۷۵: ۱۱).

موضوع سلامت خانواده از آنجا اهمیت می‌یابد که سلامت خانواده‌ها در مجموع، سلامت جامعه را تضمین می‌کند. از سوی دیگر هر پدیده‌ای که سلامت خانواده را تهدید کند، هم سلامت و امنیت اجتماعی را به مخاطره می‌اندازد و هم بر روی افراد اثری نامطلوب می‌گذارد.

خانواده در دنیای امروز دچار دگرگونی‌های بزرگی شده است:

۱. خانواده دیگر یک واحد اقتصادی تلقی نمی‌شود بلکه مجموعه‌ای از پیوندهاست که بیشتر بر اساس ارتباط عاطفی شکل گرفته است در حالی که در گذشته، پیش از هر چیز یک واحد اقتصادی بوده است. همچنین در گذشته، داشتن فرزندان زیاد کمک بزرگی به اقتصاد خانواده می‌کرد اما امروزه حتی داشتن یک فرزند نیازمند هزینه‌های بسیار است. ما در عصری زندگی می‌کنیم که می‌توان آن را دوره کودک عزیز (Prized Child) نامید.

۲. پیوند زن و مرد در ازدواج‌های سنتی بر اساس نقش‌های ثابت بود. مرد، نان‌آور تلقی می‌شد و زن، مسئولیت مراقبت از بچه‌ها را بر عهده داشت اما امروزه در بسیاری از کشورها، جمعیت زنان شاغل از مردان پیشی گرفته و می‌توان گفت نقش زن و مرد در خانواده دیگر نقش سنتی گذشته نیست.

۳. موقعیت در حال تغییر زنان، آنان را به نوعی موازنه قدرت با مردان کشانده است. جوامع ما از نظر روابط بین دو جنس، هر روز بیشتر از روز پیش مساوات طلب می‌شوند و این امر به افزایش طلاق در بسیاری از کشورها منجر شده است. میزان بالای طلاق اگر چه تنها تحت تأثیر این عامل نیست، به شدت با فرآیند آزادی و رهایی یافتن زنان در ارتباط است (گیدنز، ۱۳۸۴: ۱۲۸).

این تحولات نشان می‌دهد که موضوع سلامت خانواده نیز باید از دیدگاهی نوین مورد بررسی قرار گیرد و موضوعاتی چون سلامت روانی خانواده بیش از پیش نیاز به توجه دارد.

زندگی مشترک افراد در خانواده تنها برای تأمین و رفع نیازهای مادی و اقتصادی و تداوم نسل نیست بلکه حس مشارکت و تفاهم برای تأمین وسعت نگرش و امکان دستیابی به فرصت‌های بیشتر نیز در این زمینه اهمیت بسیار دارد (ستوده، ۱۳۸۴: ۲۰۵). در سال‌های اخیر، خانواده در معرض تهدیدهای جدی قرار گرفته است. مسائل و مشکلات اقتصادی بر روابط درون خانواده اثر گذاشته و حتی در مواردی منجر به فروپاشی خانواده‌ها شده است. از سوی دیگر، مسایل و موضوعات فرهنگی نیز بر ساختار خانواده مؤثر است. نگاهی به مسئله طلاق در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که علل طلاق در هر جامعه، بسته به فرهنگ و ساختار اجتماعی آن متفاوت است اما

شواهد نشان می‌دهد که این پدیده روندی رو به رشد یافته چنان که در کشور آلمان، از هر ۳ ازدواج یک مورد به طلاق می‌انجامد. در ایران آمارهای جدید حکایت از آن دارد که از هر ۶ ازدواج، یک مورد به طلاق می‌انجامد.

در بحث طلاق، آنچه مهم است جدایی عاطفی افراد از یکدیگر است. طلاق پنهان یا طلاق عاطفی به معنای زندگی زیر یک سقف بدون همدلی و علاقه متقابل است که خود زمینه را برای طلاق واقعی مهیا می‌سازد.

هنگام سخن گفتن از سلامت خانواده، ابتدا باید ویژگی‌های یک خانواده سالم را در نظر گرفت و عوامل مؤثر بر رفتار زن و شوهر، والدین و فرزندان و سایر اعضای خانواده را شناخت. دانستن اینکه چه مسایل و موضوعاتی هر یک از اعضای خانواده را دچار تشویش می‌کند، از اهمیت زیادی برخوردار است.

باید تحولات خانواده‌های جدید را مورد کنکاش قرار داد. شکل خانواده‌های جدید علاوه بر آنکه روند تغییر پرشتاب خانواده گسترده به خانواده هسته‌ای را نشان می‌دهد، به شدت تحت تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی قرار دارد. این عوامل، تغییرات عمده‌ای را در نهاد خانواده موجب شده‌اند چنان که بالا رفتن آمار طلاق و جدایی، تأخیر در سن ازدواج دختران و تولد نخستین فرزند، محدود شدن تعداد فرزندان و افزایش تعداد و نسبت زنان دارای تحصیلات عالی، نشان دهنده تغییرات پدید آمده در نهاد خانواده است (رفعت‌جاه، ۱۳۸۳: ۱۳۵).

در گذشته وجود روابط عاطفی و صمیمیت بین اعضای خانواده، امری رایج و معمول بود. اعضای خانواده زمان بیشتری را در کنار یکدیگر می‌گذراندند و از آرامش نسبی بیشتری برخوردار بودند اما امروزه، پرخاشگری و روابط ناسالم در خانواده شیوع بیشتری یافته است.

پرخاشگری در محیط خانواده، طیفی از بدرفتاری با کودکان تا نگرش‌ها و گفتارهای پرخاشگرانه والدین را در بر می‌گیرد. باندورا (Bandora) معتقد است کودکان در خانواده، با شدت تمام در معرض نمونه‌هایی روشن و زنده از قهر، اجبار (Coercion) و پرخاشگری قرار می‌گیرند و والدین این اعمال را به عنوان شیوه‌های مطلوب حل اختلاف و اظهار تمایلات و خواسته‌ها به آنان معرفی می‌کنند (Bandora, 1973: 47).

نادیده گرفتن نیازهای فرزندان و جدا شدن منافع اعضای خانواده از یکدیگر، انسجام درونی خانواده را تهدید می‌کند.

آنچه امروزه با آن رو به رو هستیم، خانواده زیستی (Biological Family) نامیده می‌شود یعنی خانواده‌ای که از مشروعیت اجتماعی برخوردار است اما فاقد توان حضانت از فرزندان است. در این خانواده، پدر و مادر صرفاً به صورت والد و والدۀ ایفای نقش می‌کنند (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۱۳۶) و خود نیز با مسایل و مشکلاتی رو به رو هستند. از جمله مشکلات موجود بین همسران، خشونت است که اغلب در قالب خشونت شوهران علیه زنان بروز می‌کند. این مسئله به دلیل گستردگی و شیوع آن حائز اهمیت بسیار است چنان که خشونت علیه زنان در تمامی کشورها، حتی در کشورهای پیشرفته‌ای که قوانین محکمی برای جلوگیری از خشونت علیه خانواده دارند، نگران‌کننده است (Clein, 2004: 25).

امروزه نظام‌های سنتی خانواده دگرگون می‌شوند یا در بسیاری از بخش‌های جهان، تحت فشار قرار می‌گیرند بویژه که زنان در خواست برابری بیشتر را دارند. تا جایی که از اسناد تاریخی به دست می‌آید، در گذشته هرگز جامعه‌ای نبوده است که در آن زنان حتی تا حدودی، با مردان برابر باشند. این انقلابی واقعی در زندگی روزمره است و پیامدهای آن از فضاهای کاری تا سیاسی، در سراسر جهان احساس می‌شود (گیدنز، ۱۳۸۰: ۱۶۲).

این تحول اگر چه با پیامدهای مثبتی که در جامعه داشته است، زمینه را برای اشتغال و فعالیت زنان در سطح جامعه فراهم ساخته، در محیط خانواده اثرات مطلوبی به جا نگذاشته است. علاوه بر تنش‌هایی که در زندگی زناشویی روی داده، فرزندان نیز تحت تأثیر این تحولات قرار گرفته‌اند. آنان خود را در موقعیتی نامتعادل حس می‌کنند، موقعیتی که در آن رضایت از شرایط وجود ندارد. احساس نارضایتی، ناکامی و شکست در نوجوان که به طور عمده، زاییده شرایط خانوادگی و محیط آموزشی و تحصیلی است، علاوه بر اینکه به تشدید احساس پرخاشگری و تشویق به عضویت در گروه‌های بزهکار می‌انجامد، زمینه را برای انتقام‌جویی، رفتارهای معترضانۀ، فریادهای خشم‌آلود و احساس اجحاف فراهم می‌کند (Clark, 1991: 12 ; Hauber, 1992:45).

تأثیر رسانه بر سلامت خانواده

رسانه‌ها می‌توانند به عنوان ابزاری نیرومند و اثربخش، با شیوه‌های گوناگون بر سلامت خانواده اثر گذارند. رسانه‌ها با اطلاع‌رسانی مناسب، بر میزان اطلاع اعضای خانواده می‌افزایند و با تقویت باورهای مذهبی، انسجام درونی خانواده را تقویت می‌کنند، رسانه‌ها از طریق تحکیم هنجارهای اجتماعی و مطرح ساختن آنها، روابط خانوادگی را استحکام می‌بخشند. و با تغییر نگرش والدین و فرزندان بر روابط متقابل آنها تأثیر می‌گذارند.

در مورد رسانه و سلامت خانواده دو دیدگاه مطرح است. در دیدگاه نخست، رسانه ابزاری برای تقویت به شمار می‌رود و در دیدگاه دوم، ابزاری برای تضعیف. اما یک نگرش جامع به هر دو وجه عملکرد رسانه‌ها توجه دارد، نقاط ضعف و قوت آنها را شناسایی و نقش آنها را در جامعه تحلیل می‌کند.

برای مثال در کنار پدیده‌هایی چون شکل‌گیری مناطق جدید شهری و تحول در شبکه‌های خویشاوندی، عامل رسانه نیز می‌تواند در کاهش روابط دوستانه و صمیمی بین افراد نقش داشته باشد (Figueria, 2001: 34). همچنین رسانه می‌تواند در قالب نمایش فیلم و سریال، سطح نارضایتی مردم را از وضعیت موجود افزایش دهد. دیدن صحنه‌هایی که در آن خانواده‌ای در شرایط بسیار مطلوب و در مسکنی ایده‌آل زندگی می‌کند، برای مخاطبی که از کمترین امکانات در این زمینه برخوردار نیست، مشکلات روحی فراوانی به بار می‌آورد. برخی از اندیشمندان حوزه اجتماعی بر این اعتقادند که رسانه حتی می‌تواند مفاهیم زندگی را تغییر دهد. بنابراین نگرش فرد که تحت تأثیر خانواده شکل گرفته، تحت تأثیر رسانه در بلندمدت تحول می‌یابد و دگرگون می‌شود. بررسی‌های انتقادی در حوزه وسایل ارتباط جمعی به دنبال این مفهومند که رسانه‌ها چگونه معانی خاص فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی را به وجود می‌آورند به نحوی که معانی و ارزش‌های یاد شده، بر رفتار کلیه افراد جامعه مسلط می‌شود (خجسته، ۱۳۸۶: ۱۳۲).

دیدگاه دوم معتقد است که رسانه می‌تواند با تحریک احساسات و عواطف اعضای خانواده نقشی مثبت ایفا کند همچنان که می‌تواند با شیوه‌های گوناگون، تصور درستی از موقعیت‌های مناسب و رفتار متناسب با آن ایجاد نماید. این تأثیر، جدا از کنترل

اجتماعی رسمی است که در اجتماع یا مدرسه صورت می‌گیرد و در حقیقت مربوط به ابزارهای درونی است، رسانه می‌تواند بر نیازهایی مانند تعلق، احترام و عشق نیز تأکید کند و از طریق آنها، فرد را تحت تأثیر قرار دهد (سلیمی، ۱۳۸۵: ۵۰۷).

رسانه‌ها تأثیر معناداری بر تصویر کلی جرم در جامعه دارند. گستره این تأثیر تا آنجاست که می‌توان گفت انگاره‌هایی که بر آگاهی عموم درباره جرم سایه‌افکنده است، به طور عمده محصول رسانه‌هاست. این پدیده را می‌توان تصویر رسانه‌ای جرم (Popular Media Image Of Crime) نامید (وایت، ۱۳۸۳: ۵۳).

به این ترتیب، روابط درون خانواده تحت تأثیر این تصویر قرار می‌گیرد و خانواده نیز گاه آن را تشدید می‌کند. همان‌گونه که خشونت، تمایل به خشونت را کاهش نمی‌دهد بلکه موجب آن می‌شود، مشاهده خشونت در تلویزیون نیز موجب افزایش پرخاشگری در میان تماشاگران می‌شود (ارونسون، ۱۳۶۹: ۱۸۶) و این خشونت به محیط خانواده انتقال می‌یابد و در بلندمدت سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

برخی از اندیشمندان، رسانه را در این زمینه بی‌طرف می‌دانند و معتقدند نوع و ماهیت خانواده در چگونگی دریافت پیام‌های رسانه مؤثر است. آنان عقیده دارند تلویزیون در خانواده‌های متحد و سالم، هماهنگی و وفاق را افزایش می‌دهد، در صورتی که در خانواده‌های متزلزل، به پراکندگی دامن می‌زند (کازنو، ۱۳۸۴: ۱۵۳). با این همه، تردیدی نیست که رسانه‌ها نقش کلیدی در شکل‌گیری فشار ناشی از خلاء هنجاری (Anomic Strain) که محرکی برای ارتکاب جرم است، ایفا می‌کنند. رسانه‌ها ممکن است با ارائه تصاویری از چشم و همچشمی عمومی در مورد برخورداری از یک زندگی مرفه، احساس محرومیت نسبی را تشدید کنند و فشار اجتماعی را برای رسیدن به سطوح بالای موفقیت - صرف‌نظر از مشروعیت ابزارهای مورد استفاده - افزایش دهند (Siegle, 2003: 193).

هنگامی که از اثر رسانه‌ها بر سلامت خانواده سخن گفته می‌شود، باید به جابه‌جایی نقش‌ها یا مسئولیت‌ها بین خانواده و رسانه نیز اشاره شود.

اگر کارکردهای خانواده را: ۱. تولید مثل، ۲. حمایت، ۳. اجتماعی کردن، ۴. تنظیم روابط جنسی، ۵. عاطفه و همگرایی، ۶. ایجاد پایگاه اجتماعی بدانیم (اعزازی، ۱۳۷۶: ۱۶۹) می‌توانیم بگوییم با ورود رسانه به عرصه خانواده، میزان ارتباط اعضای آن با

یکدیگر کاهش یافته و در بسیاری از موارد نقش آموزشی والدین به رسانه‌ها سپرده شده است. این رسانه‌ها هستند که نقش مهمی در تفکر والدین و انجام مسئولیت‌های آنان ایفا می‌کنند. کوچک شدن ابعاد خانواده و گرایش به فرزند کمتر، علاوه بر عوامل اقتصادی، از باورهای فرهنگی نیز که رسانه‌ها در ایجاد آن دخالت دارند، متأثر بوده است. این باورها از ابتدای تأثیرگذاری رسانه‌ها بر ذهن کودک شکل می‌گیرد و به تدریج و همزمان با رشد او درونی می‌شود و در دوران جوانی، به صورت باورهای قطعی خودنمایی می‌کند.

بنابراین سلامت خانواده از سویی تحت تأثیر پیام‌های مثبت و از سوی دیگر تحت تأثیر پیام‌های منفی است که رسانه خواسته یا ناخواسته آنها را منتقل می‌کند و اعضای خانواده هر یک به نوعی از این پیام‌ها تأثیر می‌پذیرند. اما میزان تأثیرپذیری آنها علاوه بر توانایی تأثیرگذاری پیام و ماهیت آن، به ویژگی‌های شخصیتی و محیطی افراد نیز مربوط می‌شود.

اثرات آموزش مستقیم سلامت بر خانواده

تأثیر مستقیم آموزش سلامت بر خانواده با تغییرات رفتاری اعضا در برخورد با مسائل بهداشتی مشخص می‌شود:

الف) بهبود تغذیه و تغییر شیوه‌های مصرف مواد غذایی

این موضوع در نگاه نخست بدیهی به نظر می‌رسد اما ابعاد گوناگون و پنهان آن نیازمند توجه است. کافی است به مسایلی چون چاقی (over weight) یا تغذیه ناسالم در جوامع گوناگون و بیماری‌ها و ناتوانی‌های حاصل از آن توجه کنیم و تأثیر این‌گونه بیماری‌ها را در سلامت اعضا در نظر بگیریم. دیدگاه‌های نوین جامعه‌شناسی «ذائقه» (Taste) را نه تنها پدیده‌ای زیستی بلکه اجتماعی می‌دانند. این موضوع در تبیین‌های اجتماعی جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است چنان که بوردیو، جامعه‌شناس معاصر فرانسوی از همین عنوان، در طرح نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی سود برده است. رسانه، در بخش اطلاع‌رسانی و نمایش، تأثیر مهمی در اصلاح رفتارهای وابسته به تغذیه دارد.

تغذیه نادرست علاوه بر تهدید سلامتی بزرگسالان، روند رشد نوزادان را نیز مختل می‌کند. موضوعاتی مانند تغذیه با شیر مادر و نقش آن در رشد و تکامل کودکان، از پیام‌های مهم رسانه‌ها محسوب می‌شود (Bryan, 2004: 295)، کمبود روی نیز از عوامل مهمی است که بیش از یک‌سوم جمعیت جهان با آن رو به رو هستند و در کشورهای جهان سوم از جمله عوامل اصلی خطر محسوب می‌شود (Zegoro, 2004: 94)، همچنین کم‌خونی ناشی از فقر آهن که اثرات بلندمدتی بر کاهش ضریب هوشی و ایجاد حالت‌های اضطراب و افسردگی دارد (Lazoff, 2006: 1108).

همه این موارد به صورت مستقیم، سلامت کودکان و بزرگسالان را در محیط خانواده به خطر می‌اندازند. به این ترتیب نقش رسانه در اطلاع‌رسانی درست و تشویق خانواده‌ها به اعمال شیوه‌های صحیح تغذیه نقشی انکارپذیر است. نمونه‌های موفق این تلاش را در کشور امریکا می‌توان یافت که کارتون‌های بسیاری با هدف کنترل و مبارزه با این گونه نارسایی‌ها تولید شده است.

ب) بهبود سلامت روحی و روانی

آموزش علمی از طریق رسانه‌ها و موشکافی ریشه‌های اختلاف روانی در قالب مشاوره‌های گروهی، طرح مباحث کارشناسی برای تغییر باورها و سبک زندگی (life style) و شناخت ابزارهای مناسب برای برخورد با مشکلات و مصائب، از اهمیت بسیاری برخوردار است. ناکامی‌های مالی، شکست‌های عاطفی، مخاطرات شغلی و مواردی از این قبیل می‌تواند انسجام درونی خانواده را تهدید کند و نحوه عمل افراد در برابر چنین موقعیت‌هایی می‌تواند تعیین‌کننده بقا یا به خطر افتادن نظام خانواده باشد. برخی تحقیقات نشان می‌دهد آموزش‌هایی که در قالب برنامه‌های رادیویی در زمینه کنترل خشم، تسلط بر رفتار، تطابق با دگرگونی‌ها و تنظیم روابط با دیگران ارائه می‌شود، تأثیر فزاینده‌ای در ایجاد محیط آرام خانوادگی دارد زیرا رادیو، وسیله‌ای با دسترسی آسان است و افراد در هنگام رانندگی و حتی در محیط کار قادر به استفاده از آن هستند (Linda, 1998: 25).

ج) پیشگیری از وقوع بیماری‌ها

اطلاع‌رسانی عمومی، سطح آگاهی جامعه را از انواع بیماری‌ها و علل ایجاد آنها افزایش می‌دهد. در بسیاری از کشورها، رسانه‌ها قوی‌ترین عامل پیشگیری از وقوع بیماری‌هایی به‌شمار می‌روند که رفتارهای انسانی در آنها نقش دارند. کافی است به پدیده بیماری از این منظر نگاه کنیم که غیر فعال شدن یک عضو، نظام خانواده را با اختلال جدی رو به رو می‌کند. در اغلب کشورها، آموزش زنان برای پیشگیری از بیماری‌هایی همچون سرطان سینه و رحم و آموزش مردان برای پیشگیری از بیماری‌هایی همچون ایدز یا سرطان پروستات و آموزش هر دو جنس برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی، ریوی، کلیوی و مانند آن، مهم‌ترین بخش برنامه‌سازی در حوزه سلامت محسوب می‌شود.

د) کنترل و درمان بیماری‌ها

اگر چه رسالت رسانه، ایجاد مطب رادیویی یا تلویزیونی نیست و اصولاً توصیه‌های پزشکی در بخش درمان نمی‌تواند تعمیم‌پذیر باشد زیرا هر فرد سوژه‌ای خاص با مسایل منحصر به فرد است، آموزش شیوه‌های مهار بیماری‌ها و مقابله با عوارض آنها از اهمیت زیادی برخوردار است.

هـ) اطلاع‌رسانی سریع

این موضوع، پدیده‌ای نوین در عرصه سلامت و رسانه محسوب می‌شود و تنها در بعضی از کشورهای جهان از کارایی لازم برخوردار است. اطلاع‌رسانی در زمینه مراکز دارویی و مراکز امداد پزشکی به صورت آن‌لاین و در لحظه، مانند آنچه در عرصه ترافیک شاهد آن هستیم، این موضوع را به یکی دیگر از قابلیت‌های رادیو و تلویزیون - بویژه رادیو - تبدیل کرده است.

اثرات آموزش غیرمستقیم سلامت بر خانواده

آنچه با عنوان آموزش غیرمستقیم در رسانه مطرح می‌شود، ناظر به برنامه‌هایی است

که سعی در جلب و جذب مخاطبان و سپس طرح مسایل و موضوعاتی دارند که پس از جذب مخاطب، به آنها می‌پردازند. در دنیای امروز، رسانه‌ای را نمی‌توان یافت که این اهداف را نادیده بگیرد. حتی در برنامه‌های بسیار ساده رادیویی که تنها به پخش موسیقی می‌پردازند، هدف، ایجاد آرامش در مخاطب و رهاسازی او از فضای پر تنش شهرهای بزرگ است.

الف) اصلاح رفتار ترافیکی

با توجه به اینکه سوانح جاده‌ای در کشور ما از آمار بالایی برخوردار است و رقم تلفات در این بخش، بسیار قابل توجه است، برنامه‌سازی در این زمینه حائز اهمیت بسیار است. ارتباط این مسئله با سلامت خانواده از آنجا ناشی می‌شود که از دست دادن یک عضو خانواده، بویژه اگر سرپرست خانواده باشد، ضربه جبران‌ناپذیری بر سلامت خانواده وارد می‌کند و آثار کوتاه مدت و بلندمدت آن، بازماندگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حتی نقص عضو ناشی از سوانح نیز روند زندگی عادی خانواده را به وضعیتی کاملاً غیرعادی تبدیل می‌کند. تحول در شیوه رانندگی و آنچه «فرهنگ ترافیک» نامیده می‌شود، نشان‌دهنده این واقعیت است که تغییرات تنها با استمرار برنامه‌های مختلف و جذاب رسانه‌ای در افراد ایجاد می‌شود و اعمال قانون می‌تواند مکمل این بخش باشد. در این زمینه زوایای پنهان دیگری نیز وجود دارد که از جمله آنها می‌توان به اضطراب و تنش‌های عصبی ناشی از ترافیک و نقش آن در سلامت خانواده اشاره کرد.

ب) تلاش در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی

امروزه اعتیاد معضلی شخصی محسوب نمی‌شود بلکه آثار وسیع آن خانواده، جامعه و حتی نظام سیاسی - اجتماعی کشورها را تهدید می‌کند. اعتیاد یکی از عوامل مهم از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها محسوب می‌شود و رسانه می‌تواند در قالب برنامه‌های آموزشی، به صورت مستقیم و در قالب سریال‌ها و نمایش‌ها، به صورت غیر مستقیم به این موضوع بپردازد. در بسیاری از کشورهای غربی، تلاش گسترده‌ای در زمینه ترک سیگار یا ممنوعیت فروش آن به افراد خردسال یا تصویب قوانین منع استعمال دخانیات در

محیط‌های عمومی صورت گرفته که همه آنها از حمایت رسانه‌ها برخوردار بوده و زمینه اجرایی شدن آنها از طریق رسانه‌ها پایه‌ریزی شده است. برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی از این توان برخوردارند که معتادان را با شیوه‌های ترک اعتیاد آشنا سازند و خانواده‌ها را برای برخورد با این افراد راهنمایی کنند. آسیب‌های دیگری چون طلاق، بزهکاری، خشونت و ... در قالب برنامه‌های گوناگون قابلیت طرح دارند و استفاده از روش‌های تحقیق کیفی مانند مباحثات گروهی (group discussion) می‌تواند ابعاد پنهان این آسیب را وضوح بیشتری بخشد و تأثیر عمده‌ای بر سلامت خانواده بر جای گذارد.

ج) تقویت باورهای دینی

تقویت باورهای دینی را می‌توان یکی از مؤثرترین شیوه‌های استحکام پیوندهای درونی بین اعضا خانواده دانست همان گونه که پیتر برگر، دین را سایبان مقدسی می‌داند که انسان‌ها را از گزند حوادث و بلایایی که برای آنها توجیه منطقی نمی‌یابند، نجات می‌بخشد، می‌توان گفت باورهای دینی، تحمل افراد نسبت به یکدیگر و پایداری آنان در شرایط نامساعد را افزایش می‌دهد. از این ویژگی در بسیاری از سریال‌ها و فیلم‌ها استفاده می‌شود اما در مواردی نیز شیوه انتقال مفاهیم دینی مناسب نیست و واکنش شدیدی در مخاطب ایجاد می‌کند. رسالت رسانه در این زمینه، تقویت جنبه‌هایی از باورهای دینی است که مربوط به ارزش‌های عام و مشترک بین افراد است. امروزه حتی بیماری‌هایی مانند ایدز که به سرعت در حال گسترش هستند و بخش عمده‌ای از مبتلایان آن را دارندگان روابط جنسی خارج از خانواده تشکیل می‌دهند، با شدت و میزان باورهای دینی در افراد مرتبط دانسته می‌شوند. اگر چه برای کنترل قطعی این گونه معضلات به دیدگاهی چند بعدی (multi - dimention) نیاز است، با اطمینان می‌توان گفت دینداری موجب معنا بخشیدن به زندگی می‌شود، از افراد حمایت روانی به عمل می‌آورد، همبستگی اجتماعی را تقویت می‌کند و رفتار افراد را تحت کنترل درمی‌آورد (8: stark, 1996). مجموعه این عوامل در محیطی مانند خانواده، به ارتقای سطح سلامت روحی و روانی اعضا می‌انجامد.

د) منطقی ساختن سطح انتظارات

رسانه می‌تواند سطح توقعات زوجین و حتی فرزندان را به شدت افزایش دهد و موجب بی‌ثباتی بیشتری در محیط خانواده شود اما از سوی دیگر، نقش مهمی در ایجاد تعادل بین آنچه وجود دارد و آنچه باید وجود داشته باشد، ایفا می‌کند.

ه) توجه به مسایل پیرامونی

همان‌گونه که در ابتدای مقاله اشاره شد، اهمیت برخی از مسایل حاشیه‌ای، در مواردی موضوع اصلی را کمرنگ می‌سازد و موجب کاهش توجه به آن می‌شود اما در برخی موارد نیز مسایل و موضوعات پیرامونی مثبت می‌توانند عوارض ناشی از تمرکز بر موضوعی تنش‌زا را کاهش دهند. رسانه می‌تواند در این فرآیند، از پتانسیل برنامه‌سازی خود بهره‌برد. برای مثال تشویق و ترغیب آحاد مردم و اعضا خانواده به ورزش، از چنین نیروی بالقوه‌ای برخوردار است. همچنین می‌توان به مواردی مانند مشاوره‌های پیش از ازدواج و برنامه‌های آموزشی رسانه در این زمینه استناد کرد و نقش آن را در کاهش تنش‌های روحی و کمتر شدن میزان تولد نوزادانی با مشکلات جسمی در نظر گرفت.

نتیجه

رسانه‌های جمعی با توجه به ماهیت، ساختار و قالب‌های برنامه‌سازی خود به اشکال گوناگون بر سلامت خانواده اثر می‌گذارند. هدف کلی رسانه‌ها، ارتقای سطح دانش و آگاهی عمومی است و سلامت در همه ابعاد، در این چارچوب جا می‌گیرد. رویکردهای انتقادی بر این نکته تأکید دارند که رسانه‌ها تنها اهداف خاص دولت‌ها را در نظر می‌گیرند چنان‌که موضوع سلامت خانواده نیز تنها در چارچوب اهدافی که دولت‌ها مایل به دنبال کردن آن هستند مطرح نظر قرار می‌گیرد.

اما سایر رویکردها به نقش دوگانه رسانه در موضوع سلامت اشاره دارند و بر این اعتقادند که می‌توان با ارائه نقدی منطقی از برنامه‌های رسانه، نسبت به تحلیل عملکرد آن اقدام کرد. تأثیر رسانه بر سلامت خانواده به دو شیوه مستقیم و غیر مستقیم صورت

می‌گیرد. در شیوه مستقیم، رسانه‌ها از طریق آموزش و ارتقای سطح دانش اعضا خانواده، بر نوع و چگونگی روابط آنها اثر می‌گذارند. این شیوه هنگامی مؤثر و کارساز است که علاوه بر تکرار منطقی، پیام از کیفیتی جذاب و مفید برخوردار باشد. در شیوه غیرمستقیم، رسانه سعی دارد پیام خود را در قالب‌های متنوع برنامه‌سازی و به صورتی پنهان منتقل کند. بسیاری از سریال‌ها و فیلم‌ها این اهداف را برای خود تعریف می‌کنند. تغییر باورها و نگرش‌های رایج با تقویت باورهای دینی و میزان پایبندی افراد به اصول و اعتقادات دینی، از جمله راهکارهایی است که در این شیوه مورد توجه قرار می‌گیرد. نکته دیگر، توجه به قابلیت‌ها و محدودیت‌های رسانه‌ها است چنان که رسانه‌های دیداری، شنیداری و نوشتاری، هر یک دارای ویژگی‌های خاصی هستند و به تناسب موضوع و مخاطب، میزان اثربخشی آنها متفاوت است.

آنچه امروزه از رسانه‌ها مورد انتظار است، توجه به تحولات ساختاری عمیقی است که در خانواده روی داده است. خانواده، نه تنها از نظر بعد، اندازه و کارکردهای آن بلکه از نظر نقش اعضا متحول شده است. این تحولات اگر چه در مواردی زمینه لازم را برای شکوفایی و تحرک درونی خانواده فراهم ساخته، خود موجب پدید آمدن تهدیدهایی جدی شده که انسجام درونی خانواده را در معرض نابودی قرار داده است. رسانه‌ها باید با توجه به آسیب‌های مهم اجتماعی همچون: طلاق، خشونت‌های خانوادگی، اعتیاد و ... و نقش هر یک از آنها در سلامت روحی و جسمی خانواده موضوع سلامت را در چارچوب کلی‌تری مطرح کنند. شناخت ویژگی هر یک از آسیب‌های اجتماعی و تحولاتی که طی زمان پیدا می‌کنند از وظایف مهم رسانه است و آنچه اهمیت دارد، پذیرفتن این واقعیات اجتماعی به‌جای انکار آنهاست. از این رو برنامه‌سازان می‌توانند با در نظر گرفتن این واقعیت‌ها و ارائه راهکارهایی برای کاهش اثرات این آسیب‌ها، نقش مثبتی در سلامت خانواده ایفا کنند.

منابع فارسی:

۱. ارونسون، الیوت (۱۳۶۹) روان‌شناسی اجتماعی، ترجمه حسین شکرکن، تهران: رشد.
۲. اعزازی، شهلا (۱۳۷۶) جامعه‌شناسی خانواده، تهران: روشنگران.
۳. خجسته، حسن (۱۳۸۴) تاملاتی جامعه‌شناختی درباره رادیو، تهران: تحقیق و توسعه رادیو.
۴. خجسته، حسن (۱۳۸۶) جامعه‌شناسی رادیو و رسانه، تهران: تحقیق و توسعه رادیو.
۵. رحمانیان، منصور (۱۳۷۸) تأثیر رسانه‌های گروهی بر پیشگیری از جرم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نراق.
۶. رفعت‌جاه، مریم (۱۳۸۳) زنان و مردان با تعریف هویت اجتماعی، مجله جامعه‌شناسی ایران دوره پنجم، شماره ۲.
۷. ساروخانی، باقر (۱۳۷۵) مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده، تهران: سروش.
۸. ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۴) آسیب‌شناسی اجتماعی، تهران: آوای نور.
۹. سلیمی، علی و داوری، محمد (۱۳۸۵) جامعه‌شناسی کج‌روی، تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۰. شهباء، محمد (۱۳۸۴) ناهماهنگی بیان و محتوا در رادیو، مجموعه مقالات زبان و رسانه، تهران: تحقیق و توسعه رادیو.
۱۱. فرجیها، محمد (۱۳۸۵) بازتاب رسانه‌ای جرم، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اقتصادی، شماره ۲۲.
۱۲. کازنو، ژان (۱۳۸۴) جامعه‌شناسی وسایل ارتباط جمعی، ترجمه باقر ساروخانی، تهران: اطلاعات.
۱۳. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۴) چشم‌اندازهای جهانی، ترجمه محمدرضا جلایی‌پور، تهران: طرح نو.
۱۴. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۴) پیامدهای مدرنیت، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.

۱۵. مشکانی، محمدرضا (۱۳۸۱) **سنجش تاثیر عوامل درونی و بیرونی خانواده بر بزهکاری**، مجموع مقالات پرخاشگری و جنایت، تهران: آگه.
۱۶. وایت، رابرت (۱۳۸۳) **جرم و جرم‌شناسی**، ترجمه علی سلیمی، تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

منابع انگلیسی:

1. Bandura, A. (1973) **Agression: A social learning analysis**. Englewood Gliffs: N.J Prentice hall.
2. Bryan, J. (2004) **Nutrients for cognitive development in school – aged children**. Nutr Rev, 62.
3. Chan, Margeret (2007) **International health security invest in health, Build a safer world**. Health day. Who publications.
4. Clarke, R. (1991) **Talking vandalism**. A home office Research – unit Report. VolIII, London.
5. Clein, J. (2004) **Screening woman and eldry adults for family and intimate partner violence**. Journal of clinical guide lines, 140 (5).
6. Cloward, R.A. & ohin, L.E. (1960) **Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs**. New York: Free press.
7. Figueria, MC; Donough, Josefine (2001) **Community analysis and praxis**. Beunner: Routledge.
8. Gerenber, george (1994) **Growing up with television**. The cultivation perspective. Inj. Media effects in theory and research.
9. Hauber, J. MC, Garthy, B. (1992) **Street life and delinquency**. B.J.S vol 43 No 1.
10. Linda, s. (1998) **cost – effectiveness of television, radio, and print media programs for public mental health education**. American psychiatric Association.

11. Lazoff, B. (2006) **Behavior of infants with iron – deficiency anemia**. Child dev, 69.
12. Reiner, R. (2000) **The politics of the police**. Oxford university press.
13. Rock, Paul (1996) **Deviance**. In kupper, adam & Jessica kupper (eds). The social science encyclopedia (2nd, ed) New York: Routledge.
14. Siegle, L. J. (2003) **Criminology**. Belmont. C.A Wadsworth.
15. Stark, R. (1996) **Religion, seivance and social control**. New York: Routlege.
16. Wrightsman. L.S, Nietzel, M.T. & Fortune, W. H. (1998) **Psychology and the legal System** (4th ed) U.S.A. Broks cole publishing company.
17. Zegro, B. (2004) **international zinc nutrition consulative group**. Food nutr Bull, 25.

نمایه موضوعی «رسانه و سلامت»

تهیه و تنظیم: نسرين حداد

کتاب

- رفيع پور، فرامرز (۱۳۷۸) وسایل ارتباط جمعی و تغییر ارزش‌های اجتماعی، تهران: کتاب فردا.
- کارلسون، اولاف (۱۳۷۹) کودکان و خشونت در رسانه‌های جمعی، مهدی شفقتی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما.
- سلطانیفر، محمد؛ هاشمی، شهناز (۱۳۸۳) مبارزه ملی رسانه‌ای ضد مواد مخدر برای جوانان، سهراب سوری، زهره خطیبی، تهران: گل یخ.
- ساروخانی، باقر (۱۳۸۲) نقش وسایل ارتباط جمعی در پیشگیری از وقوع بزهکاری، تهران: وزارت کشور، معاونت امنیتی و انتظامی، اداره کل امنیتی.
- اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۸۴)، مجموعه مقالات همایش رسانه‌ها و پیشگیری از وقوع جرم، گرگان: اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان گلستان.
- پستمین، نیل (۱۳۷۸) نقش رسانه‌های تصویری در زوال دوران کودکی (نقش تلویزیون در ربودن گوهر طفولیت از زندگی انسان)، صدیق طباطبایی، تهران: اطلاعات.
- هوور، استوارت (۱۳۸۴) رسانه، خانه و خانواده، علی‌اکبر محمودزاده، مشهد: تابران: دانشگاه آزاد اسلامی (قوچان).
- شرام، ویلبر (۱۳۷۷) تلویزیون در زندگی کودکان ما، ترجمه محمود حقیقت‌کاشانی، تهران: صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات صداوسیما.
- ملوان مارتینر، انریک (۱۳۵۴) تلویزیون در خانواده و جامعه، ترجمه جمشید ارجمند،

تهران: سروش.

- گوهری‌راد، مهدی (۱۳۸۴) آموزش کودکان با تلویزیون، تهران: امید روز.
- اعزازی، شهلا (۱۳۷۳) خانواده و تلویزیون، گناباد: نشر مردیز.
- باستانی، قادر (۱۳۸۰) تأثیر تلویزیون بر کودکان بزهکار، تهران: زرقلم.
- وبر، پیتر در (۱۳۸۶) رسانه، جنگ، ترور، ترجمه علی‌رضا عبادتی، تهران: روایت فتح.
- فایلیتسن، سیسیلیافون (۱۳۸۴) کودک و رسانه‌ها، دیدگاه‌ها و چشم‌اندازها: حقوق کودک گرایش‌ها و روند رسانه‌ها ...، ترجمه معصومه عصام، تهران: سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات صداوسیما.
- متقی‌موفق، حمید (۱۳۷۸) نقش وسایل ارتباط جمعی در پیشگیری از جرم/ «مجموعه مقالات (۲) همایش نظم و دانش»، تهران: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، معاونت اجتماعی.

پایان‌نامه

- اسدی، کاظم (۱۳۷۹) بررسی تأثیر تبلیغات بازرگانی بر رفتار مصرف‌کنندگان در صنایع بهداشتی ایران (شرکت پاکسان)/ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه علوم اداری.
- فریور، یاسمین (۱۳۵۶) تضادهای فرهنگی ناشی از تلویزیون و تأثیر آن در نهادهای اجتماعی/ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، راهنما: غلامعباس توسلی.
- شادروان، فرخ (۱۳۵۰) تهیه محصول از وسایل ارتباط جمعی در آموزش بهداشت/ پایان‌نامه فوق‌لیسانس آموزش بهداشت، دانشگاه تهران، راهنما: توفیق غفوری.
- گلکاریه، محمدحسن (۱۳۵۱) نقش وسایل ارتباط جمعی در بهداشت مدارس/ پایان‌نامه فوق‌لیسانس، دانشگاه تهران، راهنما: مهین‌دخت نویدی.
- نجدسمعی، ویدا (۱۳۵۰) نقش وسایل ارتباط جمعی در بهداشت و تنظیم خانواده/ پایان‌نامه فوق‌لیسانس، دانشگاه تهران.
- فرهمندفر، جعفر (۱۳۸۰) جایگاه رسانه‌های گروهی در سیاست جنایی/ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی، راهنما: غلامحسین

الهام.

- نیکان، آزاده (۱۳۸۰) تأثیر رسانه‌های جمعی بر رفتار جوانان/ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی.
- طریقی، رضا (۱۳۸۰) نقش تبلیغات زیست‌محیطی در رسانه‌ها خصوصاً تلویزیون جهت ارتقاء فرهنگ اصلی محیط‌زیست، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده فنی و مهندسی.
- گل‌بابایی، مریم (۱۳۶۱) بررسی میزان موفقیت برنامه بهداشت خانواده صداوسیما جمهوری اسلامی ایران/ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.

طرح پژوهشی

- ساروخانی، باقر (۱۳۸۳) خشونت و ارتباط جمعی؛ تحقیقی در سینما و خشونت، تهران: دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۵) بررسی نقش وسایل ارتباط جمعی در پیشگیری از وقوع بزهکاری، وزارت کشور.
- سیاوشیان، رویا (۱۳۷۴) آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان از طرف رادیو و تلویزیون، صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات صداوسیما.

مقاله

- آموزش رسانه‌ای و خشونت رسانه‌ای، جوان: ۱۳۸۳/۷/۲۹.
- نقش رسانه‌های گروهی در انحرافات اجتماعی، جوان: ۱۳۸۳/۸/۲۵.
- بابایی، علی، آثار رسانه‌های گروهی بر انحرافات اجتماعی، اصلاح و تربیت ۱۱۴.
- بوشمن، برادجی؛ اندرسون، کیرنگ ای، خشونت در رسانه‌ها و جامعه آمریکا، رسالت: ۱۳۸۴/۱/۲۸.
- نقش رسانه‌های گروهی در پیشگیری از وقوع جرم، جوان (ویژه‌نامه): ۱۳۸۴/۳/۱۰.
- نوجوانان و تهدید سلامت روان، کاروکارگر: ۱۳۸۴/۳/۷.

- مسکنی، زهره، بررسی تاثیر رسانه‌ها در وقوع و پیشگیری از جرایم، اطلاعات: ۱۳۸۴/۵/۳۰.
- رسانه و جرم، بررسی نقش رسانه‌های گروهی در پیشگیری از وقوع جرم، قدس: ۱۳۸۴/۴/۱۲.
- رسانه و تهذیب جامعه، جمهوری اسلامی: ۱۳۸۵/۳/۲۵.
- پورحسین، رضا، رسانه‌های جمعی و مشکلات خانوادگی، جام‌جم: ۱۳۸۵/۴/۱۷.
- نقش ارتباطات در برنامه‌ریزی‌های جمعیت و تنظیم خانواده، اطلاعات (ضمیمه): ۱۳۷۵/۸/۱۶.
- فرهمندفر، جعفر، تاثیر رسانه‌های گروهی در وقوع و تعقیب بزهکاری، رسالت: ۱۳۷۹/۱۰/۳۰.
- نقش رسانه‌های گروهی در پیشگیری از وقوع جرم، رسالت: ۱۳۸۴/۲/۲.
- رحیمی، حسن، رسانه‌های گروهی و پیشگیری از وقوع جرم، دادگستر (۱۸)، تابستان ۱۳۸۴.
- رسانه‌های جمعی و مشکلات خانوادگی، شرق: ۱۳۸۵/۴/۲۸.
- صدر، بنیامین، خوراکی کم‌ارزش بخريد جايزه بگيريد، همشهری: ۱۳۸۴/۱۱/۱.
- آموزش سلامت برای ارتقا سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری، آفرینش: ۱۳۸۳/۱۰/۳.
- کودکان و خطرات دنیای رسانه‌ها، سیاست روز: ۱۳۸۲/۶/۱.
- دانه‌کار، خشونت رسانه‌ای، سروش (۸۵۶).
- عربشاهی، شاهرخ، نقش رسانه‌های جمعی در ایجاد احساس امنیت، همشهری: ۱۳۷۹/۱۰/۱۲.
- حسینی، مجتبی، رسانه‌ها و تسلط بر رفتارها، توسعه: ۱۳۸۱/۳/۵.
- کامران شرفشاهی، کاظم، نقش رسانه‌های گروهی در شناخت پدیده قاچاق، کاروکارگر: ۱۳۷۹/۱۱/۲۳.
- محمدی، مجید، رسانه‌ها و امنیت اجتماعی، جامعه سالم (۱۷)، مهر ۱۳۷۳.
- در حاشیه نمایش صحنه‌های خشونت‌آمیز از رسانه‌های تصویری، اطلاعات: ۱۳۷۴/۲/۶.

- رواقی، کیوان، بیماران روانی و گناه نابخشودنی رسانه‌ها، همشهری: ۱۳۷۴/۱۰/۲۷.
- مالکی، شیلا، نقش رسانه‌های جمعی در پیشگیری از وقوع جرم، کیهان: ۱۳۷۴/۱۱/۹.
- صفاوردی، سوسن، آلمان، نقش رسانه‌های عمومی و مشکل بی‌بندوباری و خشونت، پیام زن (۷).
- رستمی، زهرا، نقش رسانه‌ها در آموزش مداوم بزرگسالان، اطلاعات: ۱۳۷۷/۶/۱۸.
- باقی، عمادالدین، آن جا که خشونت تکثیر می‌شود، خرداد: ۱۳۷۷/۱۰/۲۲.
- کاهانی مقدم، هادی، آثار رسانه‌های جمعی بر رفتارهای اجتماعی، قدس: ۱۳۸۰/۳/۲۶.
- خوش‌فر، غلام‌رضا، بررسی نقش و تأثیر وسایل ارتباط جمعی بر اخلاق اجتماعی جوانان، فرهنگ‌دار الارشاد اردبیل ۹ و ۱۰: (زمستان ۱۳۸۰ و بهار ۱۳۸۱).
- عسکری، محمود و ملکی، بهنام و الگوهای بهتر زندگی کردن، جام‌جم: ۱۳۸۲/۵/۱۵.
- بامشاد، سمانه، ترویج خشونت در رسانه‌ها، همشهری: ۱۳۸۲/۸/۱۳.
- مراقب فرزندانمان باشیم، سروش (۶۷۵).
- رادنیاء، رامین، بی‌اعتمادی به اطلاع‌رسانی، شرق: ۱۳۸۴/۱۱/۲۶.
- شرافتی، سمیه، متخصص بیماری‌های عفونی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران هشدار می‌دهد: گسترش ایدز، تقصیر رسانه‌هاست، همشهری: ۱۳۸۵/۹/۱۱.
- سوری، مجتبی، نیاز رسانه و الگوی مردم، توسعه: ۱۳۸۳/۸/۲۷.
- پورنوروز، منیژه، انگاره‌سازی از اعتیاد و معتاد در مجموعه‌های تلویزیونی، فصلنامه پژوهش و سنجش (۳۷).
- صرامی، حمید، کارزار رسانه‌ای، اقدامی موثر در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، حمایت: ۱۳۸۵/۱۰/۴.
- غفاری، سعید، راهکارهای رسانه‌ای و کاهش تقاضا، جام‌جم: ۱۳۸۵/۴/۱۰.
- محبی، فاطمه، خرده فرهنگ جوانان غرب و رسانه‌ها، زن روز (۱۹۴۴).
- رضاقلی‌زاده، بهنام، استراتژی‌های رسانه‌ای برای بهبود تصویر نامطلوب شهری، اعتماد ملی: ۱۳۸۵/۲/۲۳.

- پل بهداشتی رسانه و مخاطبان. جام‌جم: ۱۳۸۳/۷/۲۱.
- پیران، پرویز، ضرورت پیدایش جامعه مدنی در سلامت جمعی و فردی: نقش رسانه‌ها، جامعه سالم: ۱۳۷۳/۱۲/۱.
- در حاشیه نهمین کنگره پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح مجرمین، همشهری: ۱۳۷۴/۲/۹.
- جابری، علی‌رضا، مشارکت آموزش و پرورش، رسانه‌های گروهی و نیروی انتظامی در پیشگیری از جرایم، کیهان: ۱۳۸۱/۷/۹.
- خانواده و صداوسیما تأثیرپذیری یک نهاد از دو رسانه، سروش (۷۵۹).
- خانواده هسته اصلی مبارزه با پیام‌های بد در رسانه‌ها، زن روز (۱۴۹۷).
- نقش رسانه‌ها در اشاعه خشونت در میزگرد گروه حوادث بررسی شد - پرده آخر، خشونت، ایران: ۱۳۸۲/۱۰/۲۹.
- رجایی، علی‌رضا، نقش خانواده، مدرسه، همسالان و رسانه‌های گروهی در رفتارهای انحرافی نوجوانان پسر، دانش و پژوهش (۱۲ و ۱۱).
- مودن، مرضیه، خشونت اسباب‌بازی قانون و رسانه: پرخاشگری در خانواده از کجا نشأت می‌گیرد، جام‌جم: ۱۳۸۵/۶/۱۲.
- پیوسته، بهرام، رسانه‌های گروهی و بهداشت روانی، حمایت: ۱۳۸۴/۱/۳۰.
- علی‌نقی، امیرحسین، رسانه و آموزش پنهان (امکان‌سنجی موردی آموزش پنهان در فعالیت‌های رسانه‌ای در ایران)، فصلنامه مطالعات راهبردی ۷ و ۸
- رسانه‌ها و نقش آن در آموزش، آفرینش (۲۶۲۷).
- امیری، محمد، به فکر کودکان هم باشید: در حاشیه پخش تبلیغات تلویزیونی و تنقلا، همشهری: ۸۲/۷/۲۴.
- تبدیل تهاجم خودی علیه خودی برضد بیگانه: آسیب‌شناسی تأثیرات اجتماعی طنزهای سیما در گفت‌وگو با کارشناسان، کیهان: ۸۴/۹/۲۷.
- بهشتی، آزاده، تلویزیون هویت‌زدایی نسل حاضر، اعتماد: ۷۲/۸/۷.
- محمدی فرود، حمید، تلویزیون و خشونت، اصلاح و تربیت (۱۱۷)
- تلویزیون، در ذهن کودکان خشونت می‌کارد! در حاشیه پخش برنامه‌های تلویزیونی خشن از صداوسیما، همشهری: ۷۹/۱۰/۳.

- تلویزیون و آموزش خشونت، لوح (۳).
- تلویزیون و غفلت از روابط اجتماعی؛ دل سپردن به جعبه جادویی فاصله‌ها را زیاد می‌کند، ابرار: ۷۸/۶/۶.
- بهرنگی، جلال، جادوی جعبه سیاه نگران کننده است، خانواده‌ها در تسخیر تلویزیون، ایران: ۸۲/۵/۱۰.
- جور دیگر باید گفت: نظرخواهی از نوجوانان درباره جنبه‌های خشونت در تلویزیون، جام‌جم: ۷۹/۷/۲۴.
- نجم عراقی، لعیا، خشونت، زمینه اجتماعی و رسانه‌ها، اعتماد: ۸۲/۳/۱۸.
- فدایی، فرید، خشونت در رسانه، افزایش جرم، فرهنگ پژوهش (۱۵۶)
- خشونت رسانه‌ای و رفتارهای پرخاشگرانه، صدای عدالت: ۸۱/۱۰/۲۳.
- شکوری‌راد، آزاده، خشونت‌های باورنکردنی تلویزیون، همشهری: ۸۱/۷/۵.
- ابراهیمی، شهرام، خشونت و تلویزیون، پزشکی قانونی (۲۵)
- خشونت و رسانه‌های تصویری، کیهان: ۷۷/۱۲/۴.
- خشونت در رسانه‌های تصویری آمریکا، سروش (۶۶۹)
- جشنواره هنر و رسانه‌های آموزش سلامت، آفرینش: ۸۳/۹/۲۶.
- عربی‌نژاد، غلام‌رضا، صداوسیما، حافظ ارزش‌های انسانی در مقابل تهاجم فیلم‌های خشونت‌بار، اطلاعات: ۱۳۷۳/۱۱/۲.
- فرامرزی، حسن، سوء تغذیه یک بیماری اجتماعی - اقتصادی است - آگهی‌های جذاب بازرگانی تلویزیون مصرف بی‌رویه غذاهای تهدید کننده سلامت را ترویج می‌کند، ایران: ۸۴/۶/۱۴.
- علیپور ملباشی، یاور، تلویزیون عامل بزه یا سیستم درمان، فرهنگ‌دارالارشاد اردبیل (۹ و ۱۰).
- زنان در قربانگاه خشونت رسانه‌ای؛ درنگی بر سیطره امپراطوری اطلاع‌رسانی بر جامعه غرب، سیاست روز: ۸۳/۱۲/۳.
- زنان، قربانی خشونت رسانه‌ها، ابرار: ۱۹ و ۸۲/۱۰/۲۰.
- خوشابی، رکسانا، بهداشت روانی و رسانه‌های گروهی، دنیای تغذیه (۲۲).

- لطفی، زیگفرید و ناطقی، داود، بهداشت و رسانه‌های گروهی: شرکای ناراضی، بهداشت جهان (۳۷).
- جای آموزش بهداشتی در رسانه‌ها خالی است: نقش زنان در ارتقای بهداشت جامعه، خراسان: ۷۹/۱۱/۲۵.
- مسائل زیست محیطی و ضعف رسانه‌ها در اطلاع‌رسانی، انتخاب: ۸۱/۴/۱۳.
- صارمی، سمیه، پیشگیری یک کار فرهنگی است رسانه‌ها پیشگام باشند: [گفتگو درباره اعتیاد] رئیس مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها، شفاف، آبان ۸۰.
- جایگاه رسانه‌های گروهی، به ویژه تلویزیون و عملکرد شبکه یک سیما، در امر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و کاهش تقاضا در نیمه دوم سال ۷۷، ژرفای تربیت (۵).
- پویا، علیرضا؛ بیابانگرد، اسماعیل؛ عصام، معصومه، بررسی مؤلفه‌های آرامش بخشی در برنامه‌های صداوسیما، پژوهش و سنجش (۳۲).
- ورزش دشمن سلامتی! [نگاهی به عملکرد صداوسیما در زمینه ورزش]، یالثارات الحسین (ع) (۳۲۳).
- رجبی، مریم، قلب صداوسیما با چپیس می‌تپد؛ بی‌فایده بودن شکایت‌های وزارت بهداشت، ابتکار: ۸۳/۶/۸.
- میرزایی، زینب، پیام‌های بهداشتی، تبلیغات تجاری نیستند، بهکام (۲۷).
- حسینی، سیدحسن، تحلیل جامعه‌شناختی رابطه اینترنت و اعتیاد به مواد مخدر، مطالعات فرهنگی و ارتباطات بهار و تابستان ۱۳۸۴، ویژه «اینترنت و آسیب‌های اجتماعی».
- عبداللهیان، حمید، نوع‌شناسی و بازتعریف آسیب‌های اینترنتی و تغییرات هویتی در ایران، مطالعات فرهنگی و ارتباطات، همان.
- علیوردی‌نیا، اکبر، اینترنت و سوء مصرف مواد، همان.
- بهار، مهری، تلویزیون عامل تغییر یا آسیب آفرینی فرهنگی، همان.
- ضمیری، محمدرضا، رسانه‌ها و انحرافات اجتماعی، فصلنامه کتاب زنان (۱۸۵).
- صالح‌آبادی، حامد، نقش رسانه‌های گروهی در پیشگیری از وقوع جرم، همبستگی:

- نقش تلویزیون در ایجاد و تشدید بزهکاری و بازگشت مجدد بزهکاران به زندان، اصلاح و تربیت (۶۵).
- نقش تلویزیون در پرخاشگری کودکان و نوجوانان، همشهری: ۷۹/۱۱/۳.
- کیهانی، معصومه، وسایل ارتباط جمعی در شکل‌گیری پدیده خشونت در جامعه چه سهمی دارند. آیا صرفاً دیدن خشونت، خشونت آفرین است؟ [قسمت دوم: ناکامی عامل مهم ایجاد خشونت] گفت‌وگو با مهدی محسنیان‌راد، همشهری: ۲۴ و ۸۱/۲/۲۵.
- تأثیر برنامه‌های سیما بر کاهش یا افزایش ناهنجاری‌ها، خراسان: ۸۰/۵/۶.
- تأثیر رسانه‌های جمعی بر آسیب‌های اجتماعی، خراسان: ۸۰/۱۱/۲۵.
- بابایی، علیرضا، تأثیر رسانه‌های گروهی در انحرافات اجتماعی، حمایت: ۸۳/۳/۲۱.
- تأثیر رسانه‌های ارتباط جمعی بر روابط خانوادگی، خراسان: ۷۸/۹/۲۵.
- تأثیر مطبوعات جنجال آفرین بر بهداشت روانی جامعه، انتخاب: ۲۹ و ۷۹/۸/۳۰.
- فدایی، فرید، تأثیر نمایش بزهکاری در رسانه‌های تصویری، ایران: ۸۴/۲/۲۸.
- تأثیر نمایش خشونت در تلویزیون بر تماشاگران، ایران: ۷۹/۳/۱۲.
- تأثیر وسایل ارتباط جمعی بر اخلاق اجتماعی جوانان، پژوهش و سنجش (۱۹ و ۲۰).
- حسینی، راحله، تأثیرات تلویزیون بر خانواده، نسیم البرز (۴۵).
- غرب، رسانه و خشونت، رسالت: ۸۳/۶/۱۹.
- غریبه‌ای در خانه: خشونت در کانال‌های تلویزیونی غربی و تأثیرات بر کودکان و نوجوانان، جام‌جم: ۸۰/۴/۲۷.
- کودکان سحر شده در تارهای جعبه جادو: تأثیر خشونت فیلم‌های تلویزیونی بر فرزندانمان، اعتماد، ۸۱/۳/۲۳.
- کودکان قربانیان تصاویر خشونت، ایران: ۸۴/۱۱/۲۷.
- دژبانی، علی، نقش رسانه‌های تصویری در بزهکاری کودکان و نوجوانان (پایانی)، اصلاح و تربیت (۹۲ - ۹۱).
- دژبانی، علی، نقش رسانه‌های تصویری در بزهکاری کودکان و نوجوانان [۱]، اصلاح و تربیت (۹۰).

- بابایی، نقش رسانه‌های گروهی در انحرافات اجتماعی، راه مردم: ۸۳/۸/۲۵.
- مسکنی، زهره، بررسی تأثیر رسانه‌ها در وقوع و پیشگیری از جرایم، اصلاح و تربیت (۱۲۶).
- رضایی بایندر، محمدرضا، بررسی نقش رسانه‌ها در آموزش مهارت‌های شهروندی و رفتارهای مدنی، پژوهش و سنجش (۳۳).
- بررسی آثار تماشای برنامه‌های خشونت‌آمیز تلویزیون بر رفتار پرخاشگرانه کودکان، پژوهش و سنجش (۱۵ و ۱۶).
- مجوزی، پاکسیما، بزه، بزه است سیاسی اش نکنید: گفت‌وگو با محمد سلطانی‌فر درباره نقش رسانه‌ها در کنترل آسیب‌های اجتماعی، انتخاب: ۸۱/۲/۳.
- نجم عراقی، لعیاء، بزهکاری کودکان و نوجوانان و تأثیر تلویزیون، اعتماد: ۸۲/۲/۲۱.
- هاینبرگ، ریچارد، رسانه، حجم خشونت، حمیدرضا غلامزاده، کودک (۶).
- پرگیر، هادی، رسانه گروهی عامل بازدارنده یا تشدیدکننده جرم [گفت‌وگو با دکتر جلال یونسی و علی مظاهری]، اصلاح و تربیت (۹۶ و ۹۷).
- شفیع‌ی سروستانی، ابراهیم، رسانه ملی طرح ناهنجاری‌های اجتماعی، کیهان: ۸۱/۴/۲۲.
- رسانه‌ها، تحقیقات پلیس را مختل کرده است: تحلیلی بر نقش رسانه‌ها بر مجرمان، اصلاح و تربیت (۹۶ و ۹۷).
- پورحسین، رضا، رسانه‌ها بر علیه خانواده، خوب اندیش: ۸۴/۱۱/۲۴.
- بازکاوی تحلیلی نقش رسانه‌ها در فرهنگ جمعی، طبرستان سبز: ۸۰/۹/۳.
- بچه‌ها و فیلم‌های خشن: ساخت اجتماعی جرم و خشونت رسانه‌ها به مثابه یک علت، زن روز (۱۸۶۸).
- بدآموزی در رسانه‌های رسمی، جهان اسلام: ۷۷/۱۱/۱.
- فیروزبخت، مهرداد، ساخت اجتماعی جرم و خشونت رسانه‌ها به مثابه یک علت، پژوهش و سنجش (۲۶).
- احمدیان‌راد، حمیده، ساده کردن مرگ در صحنه‌های خشن تلویزیون، ایران: ۸۴/۱۰/۷.
- سیمای خشونت در جعبه جادویی: نگاهی به اثرات منفی برنامه‌های تلویزیونی بر مخاطبین،

کارو کارگر: ۷۹/۱۰/۲۵.

- فیاضی، محمد، سینما، تلویزیون و مسخ فرهنگی، یالثارات الحسین (ع) (۲۲۳).
- نقش تلویزیون در بهبود الگوهای فرزندپروری، سروش (۹۰۷).
- علوی، حسین، «لمپنیسم و خشونت» در برنامه‌های نروزی سیمما، یالثارات الحسین (ع) (۳۱۸).
- تلویزیون، تکرار آموزه‌های نامطلوب، عصر آزادگان: ۷۹/۱/۱۴.
- رسانه‌ها نظام حکومت اسلامی و آسیب‌های اجتماعی، فردا: ۷۷/۳/۲۴.
- رسانه‌ها و تغییر ارزش‌های اجتماعی، فرهنگ عمومی (۱۸ و ۱۹).
- رسانه‌ها و شیوه منطقی انعکاس رویدادهای جنایی، گزارش (۱۰۰).
- پورزند، سعید، رسانه‌ها و کاهش آسیب‌های اجتماعی، ایران: ۸۴/۵/۲۶.
- رسانه‌ها و کودکان، نگاهی به کارکرد رسانه‌ها در تغییر اخلاق اجتماعی فرزندان، همبستگی: ۸۴/۴/۱۶.
- مریجر، شمس، رسانه‌های جمعی و نقش آنها در تحکیم و یا تضعیف ارزش‌ها، معرفت (۹۱).
- رسانه‌های دیداری و زوال ارزش‌ها، نگاه حوزه ۸۳ - ۸۰.
- ریچ، مایکل، رسانه و خشونت، شهلا پروین، تابان (۱۰۹).
- خشونت در سینما، آری یا نه؟ همایش دست‌اندرکاران صنعت سینما در بون فرانسه، سروش (۷۶۹).
- خشونت‌های تلویزیون، کودکان پرخاشگر می‌شوند، گفت‌وگو با پروین ناظمی، انتخاب: ۸۰/۴/۱۶.
- مهناج، بهرام، خطرات تلویزیون در خانواده، حسابان: ۸۳/۱۲/۶.
- ارتکاب جرایم و نقش رسانه‌های گروهی در آن، مردم سالاری: ۸۳/۴/۶.
- پوریامین، سونیا، اهمیت اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌ها در زمینه بیماری‌های خاص، خاص (۱۴).
- کاکاوند، رویا، آموزش مفرح خشونت [تاثیرات منفی تلویزیون]، اعتماد: ۸۲/۷/۹.
- دراگو، دین، اثرات تلویزیون بر زندگی اجتماعی، گودرز میرانی، راه مردم: ۸۳/۷/۹.
- از میان آن همه خشونت، سینما در سیمای نروزی، عصر آزادگان: ۸۱/۱/۱۷.

- قنبرپور، سینا، اصلاح ساختار خانواده‌ها: نظریه‌های یک روانشناس درباره طبقه‌بندی نمایش‌های تلویزیونی [مسعود غفاری]، همشهری ماه (۸).
- افزایش پرخاشگری: اثرات منفی و مثبت تلویزیون بر کودکان و نوجوانان، تصویر روز (۵۸).
- این برنامه‌ها سیمای دین را مخدوش می‌کند: گفتگو با صادق آینه‌وند از کارشناسان و صاحب نظران تاریخ اسلام در مورد برنامه‌های مذهبی تلویزیون، فیلم و ویدئو (۲۹).
- آیا تماشای تلویزیون موجب افزایش پرخاشگری کودکان می‌شود؟ بلی، پژوهش و سنجش (۱۵ و ۱۶).
- جهان‌بین، داریوش، آیا رسانه‌ها جرم آفرین‌اند؟ ابتکار: ۱۲ و ۸۲/۱۱/۱۴.
- آیا می‌توان از اثرات سوء تلویزیون بر کودکان کاست؟، ابرار: ۷۸/۶/۳.
- میرانی، گودرز، اثر یا تأثیرات اجتماعی رسانه‌ها، راه مردم: ۸۴/۶/۱۰.
- اثرات تلویزیون بر رشد کودکان، پژوهش و سنجش (۱۵ و ۱۶).
- اثرات تلویزیون بر رشد کودکان، تربیت، ۱۰ (۱۴).
- اثرات رفتاری تلویزیون بر کودکان و نوجوانان، پژوهش و سنجش (۱۵ و ۱۶).
- شکرریز، طاهره، اثرات منفی تماشای تلویزیون بر کودکان آمریکایی، صدای عدالت: ۸۱/۳/۳۰.
- تلویزیون، ترسناک یا لذت‌بخش: بحثی درباره راه‌بردهای مدارای کودکان و نوجوانان با فیلم‌های هراس‌انگیز تلویزیون، سروش (۹۳).
- نجم عراقی، لعیا، تلویزیون و لقمه‌های بزرگ برای کودکان، اعتماد: ۸۲/۲/۱۸.
- رحمتی، زینب، تلویزیون و دغدغه والدین نسبت به کیفیت برنامه‌ها، انتخاب: ۸۱/۳/۲۲.
- کیهان، امیر، تلویزیون و آسیب‌های اجتماعی، اعتماد: ۸۲/۶/۳۰.
- قنبری، یارالله، تلویزیون و آسیب‌های اجتماعی، حمایت: ۸۴/۱۱/۱.
- شیروودی، مرتضی، تلویزیون و آموزه‌های بدلی، اسرار: ۸۴/۴/۲۱.
- تلویزیون و خشونت در کودکان، پزشکی امروز (۳۸۲).
- تلویزیون و پرخاشگری، هم میهن: ۷۹/۱/۲۴.
- تلویزیون خشونت را ترویج می‌دهد؟ برنامه‌های نروزی تلویزیون: خشونت و دیگر

- هیچ، آفتاب امروز: ۷۹/۱/۲.
- تلویزیون بلای جان و شخصیت کودکان، پزشکی امروز (۲۶۶).
- جایگاه برنامه‌های بهداشتی در تلویزیون!، نیکی: (بهمن ۱۳۸۰).
- جشنواره بهاری خشونت در سیما؛ نگاهی به فیلم‌های سینمایی پخش شده در ایام نوروز از شبکه‌های تلویزیونی، همشهری: ۱۳۷۹/۱/۱۷.
- خشونت در تلویزیون، جنایت در جامعه! کالبدشکافی یک انتقاد، سروش (۹۸۵).
- ضابطی، حسن، روانی و روان‌شناس در سیما، راه مردم: ۸۱/۴/۱.
- روانی‌ها، نگاهی به تصویر روان‌کاوی و بیماری‌های روانی در تلویزیون و سینما، فیلم (۷۴۲).
- سیما مبلغ خشونت کاذب، بامداد نو: ۷۹/۱/۱۵.
- غفاری، بهشته، سیمای بزهکاری: گفت‌وگو با مسعود غفاری روانشناس، همشهری: ۸۳/۷/۲۲.
- شمسیای، ایمان، شبکه آموزش: گذشته، حال و آینده، سروش (۱۱۰۳).
- شبکه آموزش، رویکردها و بایسته‌ها: گفت‌وگو با دکتر جهانگیر بیابانی مدیر شبکه آموزش سیما، پژوهش و سنجش (۳۳).
- رضایی بایندر، محمدرضا، شبکه آموزش از هست‌ها تا بایدها: شبکه آموزش و راهکارهای ارتقای مخاطب، سروش (۱۱۰۴).
- شبکه دو آموزش علمی: گفت‌وگو با مدیر گروه آموزش شبکه دو درباره برنامه‌های آموزشی و علمی دکتر حاتمی، سروش (۹۱۹).
- صدای گام‌های خشونت: میزگرد با حضور آقایان امیر قویدل، رضا فاضل، خسرو یحیایی در مورد افزایش خشونت در سینما و تلویزیون، کیهان: ۷۷/۱/۲۹.
- علوی، مسعود، فیلمسازان سیما و بی‌توجهی به اخلاق و احکام اسلامی، رسالت: ۸۳/۹/۱۱.
- کودکان و فیلم‌های خشونت‌آمیز تلویزیون: گزارشی از پخش فیلم‌های خشونت‌آمیز در تلویزیون، صدای عدالت: ۸۴/۵/۲۳.
- می‌خواهیم جوانان را از خط اعتیاد دور کنیم؛ گزارشی از گفتگو با جمال شورجه کارگردان مجموعه تلویزیونی پرونده‌های مجهول، آفرینش: ۸۰/۵/۱۴.

پژوهش‌ها

- میزان آرامش بخشی و شادی بخشی برنامه‌های سیما (۱۳۷۴) تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- رستگارخالد، امیر (۱۳۸۰) پژوهشی در آسیب‌شناسی رسانه تلویزیون (با تأکید بر تبیین کسالت‌بار بودن برنامه‌های روز جمعه چهار شبکه سیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- برزی، لادن (۱۳۸۳) نظرسنجی از مردم تهران درباره برنامه‌های روان‌شناسی تلویزیون، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- حبیبی‌نیا، امید (۱۳۷۸) تحلیل ساختاری مشاوره روان‌شناسی در برنامه تلویزیونی صبح و زندگی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- اسمی، رضا (۱۳۷۸) بررسی علل گرایش نوجوانان و جوانان به استعمال دخانیات با تأکید بر نقش صداوسیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- پورنوروز، منیژه (۱۳۸۲) تحلیل محتوای تصویر ارائه شده از اعتیاد و معتاد در مجموعه تلویزیونی مسافر، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- صابر آملی، حوا (۱۳۸۴) بررسی عملکرد صداوسیما در خصوص مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۳-۱۳۸۰)، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- قره‌شیخولو، فاطمه (۱۳۷۸) نظرخواهی از مردم ساکن تهران درباره برنامه اعتیاد، جامعه، خانواده، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- قاسمی‌وش، نوشین (۱۳۸۴) تحقیق کاربردی برنامه آتش پنهان، بررسی علل و زمینه‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، کیش: صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- ستاری، فرناز (۱۳۸۱) نظرسنجی از مردم تهران درباره سریال گل مرداب و مسئله اعتیاد، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- شکریبگی، عالیه (۱۳۷۶) پژوهشی در مورد اعتیاد و نظرخواهی مجموعه برنامه‌های تلویزیون، هفته مبارزه با مواد مخدر (از نظر مردم تهران)، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- ویسمه، علی‌اکبر (۱۳۸۱) بررسی راه‌های پیشگیری از اعتیاد نوجوانان و جوانان با تأکید بر نقش صداوسیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.

- مهدی، حسن (۱۳۸۴) نقش برنامه‌های شبکه‌های سراسری سیمای جمهوری اسلامی ایران در فرایند پیشگیری از اعتیاد (مواد مخدر) (نمونه شهر اصفهان)، اصفهان مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- ناطق‌پور، مهدی؛ افشار، جمشید؛ چانعلی‌زاده، حیدر (۱۳۷۵) صداوسیما و نقش آن در ترویج اندیشه‌ها و رفتارهای بهداشتی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- مبین، علی‌اصغر (۱۳۷۴) میزگرد صاحب‌نظران علوم رفتاری در مورد بکارگیری اصول بهداشت روانی در برنامه‌های صداوسیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- ستاری، فرناز (۱۳۸۰) نظرسنجی از مردم ۹ شهر کشور درباره اخبار پزشکی بهداشتی شبکه خبر، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- خضریان، عاطفه (۱۳۷۹) نظرسنجی از مردم تهران درباره برنامه‌های بهداشتی و پزشکی صداوسیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۷) بررسی نقش صداوسیما در کاهش فشارهای روانی (استرس) و آموزش روش‌های مقابله با آن، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- آکوچکیان، احمد (۱۳۷۵-۷۶) اصول دین‌شناختی، آرامش‌بخشی در مدیریت رسانه‌ای و صداوسیما، تهران: بنیاد اندیشه دینی و مطالعات توسعه.
- شریفی، طاهر (۱۳۷۴) بحثی در زمینه ابعاد آرامش‌بخشی برنامه‌ها در صداوسیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- پویا، علیرضا (۱۳۷۹) بررسی مؤلفه‌های آرامش‌بخشی در برنامه‌های صداوسیما، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- دیباجی، فاطمه (۱۳۷۷) بررسی نظر مردم تهران درباره برنامه‌های کوتاه مدت (ویدیو کلیپ) تبلیغاتی مبارزه با مواد مخدر، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- سرکیسیان، وازگن (۱۳۶۱) ارزشیابی برنامه مجله بهداشتی و پزشکی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.

- هاشمی نژاد، شهلا (۱۳۷۸) نظرخواهی از مردم تهران درباره برنامه‌های پزشکی تلویزیون، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- آقاکیان، هرمیک (۱۳۷۸) اثرسنجی آگهی تبلیغاتی بنیاد امور بیماری‌های خاص بر مخاطبان تهران، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- پورنوروز، منیژه (۱۳۷۶) تحلیل محتوای کارتون «دی‌جی‌مون» از منظر خشونت، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- آذری، سعید (۱۳۸۲) سه مقاله درباره برنامه‌های خشونت‌آمیز تلویزیونی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- نبئی، سودابه (۱۳۷۹) بررسی جنبه‌های خشونت در تلویزیون از نظر نوجوانان، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- فخرایی، سیروس (۱۳۷۷) جنبه‌های خشونت در برنامه‌های تلویزیون، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۵) تحلیل محتوای خشونت در فیلم‌های سینمایی و سریال‌ها (تابستان ۱۳۸۴)، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- فاضل، رضا (۱۳۸۵) رابطه پایگاه اجتماعی - اقتصادی، رفتار والدین، تماشای خشونت تلویزیونی با تأیید خشونت و توسل به خشونت در کودکان، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- خانی‌ملکوه، محمد (۱۳۸۵) نظرسنجی از مردم تهران درباره برنامه‌های شبکه رادیویی سلامت، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- علیخواه، فردین (۱۳۷۹) نقش صداوسیما در پروژه شهر سالم، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- اخوی‌راد، ابوالفضل (۱۳۶۴) بررسی وضعیت برنامه تلویزیونی «محلّه بهداشت»، تهران: مرکز تحقیقات اجتماعی و ارزشیابی برنامه‌ها.
- علیا، مسعود (مترجم) (۱۳۷۶) تأثیر تلویزیون بر زندگی خانوادگی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- محمدی‌مهر، غلامرضا (۱۳۸۵) بررسی سریال‌های تلویزیونی از منظر تجمل‌گرایی، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.

سمینار

- فدایی، فرید، تأثیر موضوعات خشونت‌آمیز ارائه شده در رسانه‌های گروهی بر رفتارهای کودکان و نوجوانان، خلاصه مقالات اولین سمینار بررسی علل و پیشگیری اختلالات رفتاری و روانی در کودکان و نوجوانان، زنجان: دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۳۰ - ۲۸ مهر ۱۳۷۱.
- صراف، محمدتقی، کودک و رسانه‌های ارتباط جمعی (ماهواره - اینترنت - تلویزیون)، مجموعه مقالات همایش سالانه تازه‌های طب اطفال و بیست و چهارمین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب، تهران: انجمن پزشکان کودکان ایران، بنیاد امور بیماری‌های خاص.
- هدایت‌نژاد، محمود، راهبردهای رسانه‌ها در پیشگیری از اعتیاد، مجموعه مقالات همایش بررسی علل فرهنگی و اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر، ۱۳۸۰.
- بابایی، ناصر، رسانه‌های گروهی و آسیب‌های اجتماعی: نقش مددکاری اجتماعی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مجموعه سخنرانی‌های اولین سمینار بررسی آسیب‌های اجتماعی در ایران، تهران: سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۶۸.
- رضایی، حسن، نقش رسانه‌های گروهی در توسعه فرهنگ دندانپزشکی درمانی و پیشگیری، خلاصه مقالات دومین سمینار سراسری دانشجویان دندانپزشکی کشور، شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده دندانپزشکی، ۱۳۷۳.
- مصطفوی، فیروزه، رسانه‌ها و ارتقاء فرهنگ مصرف غذا، چکیده مقالات همایش سراسری فرهنگ مصرف دارو غذا، ساری: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ۲۹ - ۲۷ مهر ۱۳۷۹.
- مشایخ، مرتضی، ایمنی مواد غذایی و فرهنگ مصرف و نقش رسانه‌های جمعی در ارتقاء آن، «چکیده مقالات همایش سراسری فرهنگ مصرف دارو و غذا»، ساری: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ۲۹ - ۲۷ مهر ۱۳۷۹.
- محمدپور اهرنجانی، رسانه‌های گروهی و شکل‌گیری عادات غذایی، چکیده مقالات همایش سراسری فرهنگ مصرف دارو و غذا، ساری: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ۲۹ - ۲۷ مهر ۱۳۷۹.
- شجاعی‌زاده، نقش رسانه‌ها در حفاظت و بهداشت آب، مجموعه مقالات سمینار

بهداشت آب آشامیدنی، جلد اول، اردبیل، وزارت نیرو، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور، ۱۳۷۳.

- خالدیان، ناصر، رسانه درمانی و طنز تصویری در آینه سینما، فصلنامه پژوهش و سنجش (۱۳ و ۱۴)، مجموعه مقالات همایش طنز صداوسیما، تهران: صداوسیما جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات صداوسیما، بهار و تابستان ۱۳۷۷.

- جاودانی شاهدین، حمید، بررسی چگونگی استفاده بهینه از ابزارها و شیوه‌های تبلیغاتی موجود در جهت شناساندن ارزش‌های فرهنگی برای نسل جوان، خلاصه مقالات سمینار بررسی عوامل روانی - اجتماعی تهاجم فرهنگی و راه‌های مقابله با آن، رودهن: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، معاونت فرهنگی، ۱۳۷۳.

- دلاور، علی، عوامل مؤثر در از خود بیگانگی جوانان و نوجوانان، همان.
- عالی، شهین‌دخت، نقش وسایل ارتباط جمعی در رشد جمعیت در استان اصفهان، مجموعه مقالات سمینار پیامدهای ناشی از رشد جمعیت در استان اصفهان، اصفهان: دانشگاه اصفهان (دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی)، ۱۳۷۵.

- ساروخانی، باقر، رسانه‌های گروهی و آسیب‌های اجتماعی (نقش ارتباطات جمعی در کاهش یا افزایش آسیب‌های اجتماعی)، مجموعه سخنرانی‌های اولین سمینار بررسی آسیب‌های اجتماعی در ایران، تهران، سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۶۸.

- قوام، منصور، اثر استرس‌زایی تلویزیون و سینما و تأثیر آن بر گرایش‌ها و هیجانات و رفتار کودکان و نوجوانان، خلاصه مقالات سمپوزیوم استرس، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران، اسفند ۱۳۶۸.

- خوشنویسی، محمدعلی، نقش خانواده در بهینه ساختن روابط عاطفی و روانی اعضا و تأثیر برنامه‌های تلویزیون، خلاصه مقالات همایش نقش و جایگاه فرهنگ و هنر در بهداشت روان، تهران: اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۷۶.

- آزادارمکی، تقی، بررسی مسائل روانی اجتماعی الگوهای ارائه شده در تلویزیون، برنامه روزانه و خلاصه مقالات دومین کنگره روان‌پزشکی فرهنگی و اجتماعی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۷.

- مهاجری، اصغر، تلویزیون، استرس و کودک و نوجوان، خلاصه مقالات همایش استرس و روش‌های رویارویی با آن، ابهر: دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۷۶.

- قاسمی، مه‌ری و قدیمی، اکرم، تهدید فناوری‌های ارتباطی بر خانواده در هزاره سوم، مجموعه مقالات همایش چالش‌های فراروی خانواده در قرن بیست و یکم، تهران: انجمن ایرانی مطالعات زنان، ۱۳۸۳.

- محسنیان‌راد، م؛ امینی، م؛ کیمیاگر، م؛ امیدوار، ن؛ غفارپور، م؛ محرابی، رابطه یادآوری آگهی‌های تبلیغات غذایی با درخواست و مصرف آن مواد غذایی در دانش‌آموزان راهنمایی منطقه ۶ تهران در سال ۱۳۷۹، چکیده مقالات هفتمین کنگره تغذیه ایران «تغذیه مناسب: حق اساسی مردم»، انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، ۱۳۸۱.

- متقی‌موفق، حمید، نقش وسایل ارتباط جمعی در پیشگیری از جرم، مجموعه مقالات (۲) همایش نظم و دانش، تهران: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، معاونت اجتماعی، ۱۳۷۸.

- غفاری، سعید، بررسی نقش تلویزیون در توانمندسازی نهاد خانواده، نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، تهران: دانشگاه شهید بهشتی پژوهشکده خانواده، ۱۳۸۳.

به نام خدا فراخوان «اقتصاد و رسانه»

مرکز تحقیقات صداوسیما در نظر دارد شماره ۵۱ فصلنامه «پژوهش و سنجش» را به موضوع «اقتصاد و رسانه» اختصاص دهد. لذا از تمامی صاحب نظران، استادان، پژوهشگران و علاقه‌مندان به این موضوع دعوت می‌شود مقاله‌های خود را (تألیف و ترجمه) در موضوعات زیر یا موضوعات مشابه حداکثر تا ۱۳۸۶/۱۰/۳۰ به دفتر فصلنامه ارسال نمایند.

به مقالاتی که در فصلنامه درج می‌شود حق‌الزحمه مناسب تعلق می‌گیرد.

مخوره‌های مورد نظر:

الف: اقتصاد رسانه (بررسی اقتصادی عملکرد رسانه صداوسیما)	ج: الگو و فرم برنامه‌سازی در حوزه اقتصاد
- مالکیت رسانه	- رسانه و توسعه اقتصادی
- رادیو و تلویزیون تجاری	- رسانه و فرهنگ مصرف
- منابع درآمد رسانه	- بحران‌های اقتصادی و رسانه (بحران‌های اقتصادی ملی و بین‌المللی)
- اثرات اقتصادی تکنولوژی‌های نوین در تولید و پخش	- چگونگی طرح آثار فرهنگی هنری در رسانه
- منابع انسانی در رسانه	- نگاه رسانه به سرمایه، سرمایه‌دار و سرمایه‌گذاری خارجی
- بازار خرید و فروش محصولات رسانه‌ای	- رسانه و گردشگری
- میان‌کشورها	- طرح مشکلات اقتصادی در رسانه (تورم، بیکاری، فقر و فساد...)
- تأثیر جهانی شدن اقتصاد بر اقتصاد رسانه‌ها	- طرح موضوعات اقتصادی در رسانه (صنعت، کشاورزی، حمل و نقل، مسکن، بانکداری...)
- تجارت الکترونیک و اثر آن بر مبادلات رسانه‌ای	- جهانی شدن اقتصاد و چگونگی طرح آن در رسانه
- تولید انبوه و رقابت رسانه‌ای	- سیاست‌ها و استراتژی‌های اقتصادی در رسانه
- اقتصاد تولید محصولات رسانه‌ای	
- بررسی اقتصاد پژوهش‌های برنامه‌ای در رسانه	
- تولید و توزیع محصولات رسانه	
- عوامل مؤثر در تقاضا و مصرف محصولات رسانه	
- شیوه‌های کاهش هزینه و افزایش بهره‌وری در رسانه	
- آثار اقتصادی اینترنت بر رسانه	
ب: اقتصاد در رسانه (طرح مباحث اقتصادی در رسانه)	
- تبلیغات بازرگانی در رسانه	
- تجارت الکترونیک	
نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان هتل استقلال، ساختمان اداری جام‌جم، طبقه دوم، مرکز تحقیقات صداوسیما، دفتر فصلنامه پژوهش و سنجش، صندوق پستی: ۴۷۴۸ - ۱۹۳۹۵. شماره تماس: ۲۲۰۱۳۷۳۴ نشانی پست الکترونیک: managm@irib.com	

به نام خدا فراخوان «خشونت و رسانه»

مرکز تحقیقات صداوسیما در نظر دارد شماره ۵۳ فصلنامه «پژوهش و سنجش» را به موضوع «خشونت و رسانه» اختصاص دهد. لذا از تمامی صاحب نظران، استادان، پژوهشگران و علاقه‌مندان به این موضوع دعوت می‌شود مقاله‌های خود را (تألیف و ترجمه) در موضوع‌های زیر یا موضوع‌های مشابه حداکثر تا ۱۳۸۶/۱۱/۳۰ به دفتر فصلنامه ارسال نمایند. به مقالاتی که در فصلنامه درج می‌شود حق‌الزحمه مناسب تعلق می‌گیرد.

محورهای مورد نظر:

الف: خشونت رسانه‌ای (تعاریف، نظریه‌ها، کارکردها و استانداردها)

- تاریخچه خشونت در رسانه
- نظریه‌های مرتبط با خشونت رسانه‌ای
- سیاست‌های رسانه‌ای در حوزه خشونت
- استانداردها و قوانین نمایش خشونت در تلویزیون
- رسانه و انواع خشونت (خانگی، ورزشی، نزاع‌های خیابانی، شورش‌ها، درگیریهای نظامی و ...)
- نحوه ارائه خشونت در رسانه‌های دیداری، شنیداری، نوشتاری و چند رسانه‌ای
- خشونت کلامی و غیرکلامی در رسانه‌ها

ب: رسانه، خشونت و مخاطبان

- اثرات تماشای خشونت در رسانه‌ها بر کودکان و نوجوانان
 - آثار کوتاه مدت و بلندمدت خشونت رسانه‌ای
 - رسانه و انعکاس جرائم خشونت‌آمیز
 - سواد رسانه‌ای ابزاری برای کاهش اثرات منفی خشونت تلویزیون
 - شیوه‌های تربیتی والدین و اثرات خشونت رسانه‌ای
 - شیوه‌های سنجش میزان و اثرات خشونت رسانه‌ای
 - خشونت رسانه‌ای و آسیب‌های اجتماعی
 - رسانه‌ها و راهکارهای کاهش و پیشگیری از خشونت
- #### ج: ژانر وحشت و خشونت در رسانه
- خشونت و قالب‌های برنامه‌سازی (موسیقی، فیلم، سریال، مستند، مسابقه، آگهی، خبر، گزارش و ...)
 - خشونت در بازی‌های ویدیویی و رایانه‌ای
 - رسانه‌های مدرن و انواع و گستره خشونت در آنها
 - باورهای فرهنگی برنامه‌سازان درباره خشونت
 - آسیب‌شناسی وضعیت فعلی رسانه‌های ایران از لحاظ میزان و نحوه ارائه خشونت و ترسیم وضعیت مطلوب
 - مطالعه تطبیقی خشونت در رسانه‌های جهان

نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان هتل استقلال، ساختمان اداری جام‌جم، طبقه دوم، مرکز تحقیقات صداوسیما، دفتر فصلنامه پژوهش و سنجش، صندوق پستی: ۴۷۴۸ - ۱۹۳۹۵.
شماره تماس: ۲۲۰۱۳۷۳۴ نشانی پست الکترونیک: managm@irib.com

فرم اشتراک فصلنامه پژوهش و سنجش

لطفاً..... نسخه فصلنامه پژوهش و سنجش را برای اینجانب.....
سازمان / مؤسسه / شرکت /
ارسال نمایید.
آدرس:.....
کدپستی:.....
تلفن تماس:.....

امضا و تاریخ

به نکات زیر توجه فرمایید:

- حق اشتراک نشریه برای دو شماره شانزده هزار ریال و برای چهار شماره سی هزار ریال است.
- وجه مورد نظر را به حساب شماره ۸۳۸۰۸۳۴۹ بانک تجارت شعبه پارک ملت به نام مرکز تحقیقات، مطالعات و سنجش برنامه‌ای واریز و اصل فیش واریزی را به همراه فرم اشتراک به آدرس فصلنامه پست نمائید.
- از ارسال وجه نقد جداً خودداری نمائید.
- هرگونه تغییر نشانی خود را فوراً به بخش اشتراک نشریه اطلاع دهید.
- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر می‌توانید با تلفن‌های ۲۲۰۱۳۷۳۴ و ۲۲۰۱۶۱۴۵ تماس حاصل فرمایید.

نشانی نشریه: تهران - خیابان ولیعصر - بالاتر از مسجد بلال - خیابان هتل استقلال - ساختمان اداری جام جم - طبقه دوم - مرکز تحقیقات - صندوق پستی: ۴۷۴۸-۱۹۳۹۵.

