



سال ششم / تابستان ۱۳۹۶

مطالعه نسبت وسایل ارتباطی با ارتباطات سلامت با تأکید بر اینترنت

• مسعود عباسی

چکیده

در زمینه بهداشت عمومی، توجه زیادی به ظرفیت‌های استفاده از رسانه‌های جمعی برای ایجاد تغییر نگرش، شکل‌دهی به رفتار، و به‌طور کلی متقاعد کردن مخاطبان به حفظ سلامت خویش شده است. مقاله حاضر با استفاده از روش اسنادی به تشریح نقش ابزارهای ارتباطی و تحول آن‌ها در زمینه ارتباطات سلامت می‌پردازد.

در این نوشتار ضمن تشریح تحولات ارتباطی در هر دوره و تکامل ابزارهای ارتباطی در دوره‌های زمانی مختلف و تأثیر آن بر پزشکی و سلامت، به‌طور خاص به تأثیرات و تحولی که اینترنت بر ارتباطات سلامت گذاشته است، خواهیم پرداخت. همچنین در این پژوهش مزیت‌ها و کاربرد اینترنت در جستجو و مصرف اطلاعات سلامت تشریح شده است. اینترنت باعث به وجود آمدن نوعی ارتباطات سلامت تعاملی شده است که ترکیب آن با گوشی‌های هوشمند «پزشکی موبایل» را ایجاد کرده است.

واژگان کلیدی: ارتباطات سلامت، پزشکی موبایل، تلفن هوشمند، مطالعه اسنادی.

مقدمه

فرایند و نقش ابزارهای ارتباطی، سیر تکامل آن‌ها و کشف روابط موجود میان ابزارهای ارتباطی و زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و سیاسی جوامع، همواره یکی از دغدغه‌های فکری نظریه‌پردازان ارتباطات بوده است. پیشرفت و تکامل جوامع و ابزارهای ارتباطی مورد استفاده آن‌ها در همه زمینه‌های زندگی آن‌ها و نسل‌های بعد از آن نیز تأثیر داشته است. در زمینه سلامت هم پا به پای تحول جوامع و ابزارهای ارتباطی آن‌ها تحولات بزرگی اتفاق افتاده است. در این مقاله ابتدا تعریفی از ارتباطات سلامت و تحولات آن داده خواهد شد؛ سپس با توجه به تحول وسایل ارتباطی نقش آن‌ها در ارتباطات سلامت تشریح خواهد شد.

ارتباطات سلامت

ارتباطات سلامت، حوزه‌ای است که اولویت آن توجه به نقش نظری تحقیقات و کاربردهای ارتباطات در ارتقاء سطح سلامت و مراقبت بهداشتی است، یعنی استفاده از تکنیک‌ها و تکنولوژی‌های ارتباطی برای تأثیرگذاری بر افراد، جمعیت‌ها و سازمان‌ها با هدف افزایش شرایط مفید برای سلامت انسان‌ها و بهداشت محیط.

ویسواناث

مدیر گروه ارتباطات سلامت دانشگاه هاروارد ارتباطات سلامت را چنین تعریف می‌کند: «ارتباطات سلامت به تولید و انتشار اطلاعات سلامت محور و تأثیر آن بر گروه‌های اجتماعی و نهادها اشاره دارد، که شامل راهبرد ارتباطی اطلاعات بهداشتی است و در جهت پیشگیری، تشخیص و درمان مشکلات مخاطبان خاص و عام عمل می‌کند.

در حالی که بخش بزرگی از ارتباطات سلامت هدفمند عمل می‌کند، بیشتر آموزش‌ها و پیامدهای رفتاری متعاقب آن به وسیله مخاطبان از طریق مواجه تصادفی و ناخودآگاه با اطلاعات سلامت و از طریق کانال‌های ارتباطی مختلف مانند رسانه‌های جمعی تبلیغات، اینترنت، متخصصان بهداشت سلامت و دیگر راه‌ها کسب می‌شود، یعنی ارتباطات سلامت به مطالعه و کیفیت کاربرد، تولید، خلق و انتشار اطلاعات و تعاملات سلامت محور در میان نهادها و افراد جامعه و همچنین بررسی تأثیر آن‌ها در جمع‌های مختلف همچون اشخاص، گروه‌های اجتماعی و موسسات می‌پردازد.» (ویسواناث، ۲۰۰۰).

مهم‌ترین و برجسته‌ترین مولفه‌هایی که بر پیامدهای رفتاری در حوزه سلامت تأثیرگذار است، عبارتند از طبقه اجتماعی، وضعیت اجتماعی اقتصادی شبکه‌های اجتماعی که از طریق سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی عمل می‌کنند. همچنین سازمان‌های اجتماعی مانند محل کار،

اجتماعات و محله‌ها و سیاست‌های اجتماعی. تأثیر مولفه‌های اجتماعی ذکر شده بر پیامدهای سلامت از طریق دو سری عوامل صورت می‌گیرد؛ نخست عوامل مرکزی و اصلی و دوم عوامل خارجی یا پیرامونی، مانند دسترسی به مطالب و منابع فکری، حمایت اجتماعی، و شرایط زندگی، توزیع نابرابر آگاهی و دانش، مواجهه با عوامل تنش‌زای محیطی. به‌طور خلاصه می‌توان گفت نابرابری‌های موجود در دسترسی به اطلاعات و دانش ملازمت و پیوستگی دارد (فاکس و فالوس، ۲۰۰۳).

ارتباطات سلامت قابلیت مشارکت در کلیه جنبه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و نیز ارتقاء سلامت را دارا است. فهرستی از حوزه‌های مرتبط با وظایف و عملکرد آن بدین قرار است: روابط بیماران با متخصصان بهداشت و سلامت، ارائه اطلاعات سلامت محور به افراد، جستجو و استفاده از آن، پیروی و تبعیت افراد از رژیم‌های درمانی و توصیه‌های بالینی، انتشار اطلاعات در مورد خطرات سلامت فردی که به آن ارتباطات ریسک گفته می‌شود، طراحی و ارائه پیام‌های سلامت جمعی و کمپین‌ها، بازتاب سلامت در رسانه‌های جمعی فرمت‌های دیگر مختلف دیگر در سطح کلان، آموزش مصرف‌کنندگان در رابطه با چگونگی دستیابی به سیستم‌های مراقبت سلامت و بهداشت عمومی، گسترش کاربرد سلامت از راه دور (کرپس، به نقل از عاطفی، ۲۳: ۱۳۸۹).

یکی از مهمترین دلایلی که باعث گسترش تحقیقات در ارتباطات سلامت شد، آگاهی پیدا کردن از اهمیت این تحقیقات در از میان برداشتن موانع اجتماعی و فردی برای اشاعه و انتقال پیام‌های سلامت برای ارتقاء و بهبود سطح سلامت عمومی جامعه بود (کرپس، ۲۰۰۱: ۶۲). همانگونه که اشاره شد، در ابتدای قرن بیستم و بعد از آن تکامل نهاد بیمارستان و دانشگاه، تحقیقات فراوانی در زمینه بیماری انجام شد و به کشف و تولید داروهای جدید منتهی شد. تولید داروهای جدید زمینه‌ساز دو رویداد شد: (۱) وجود نام‌هایی تخصصی برای داروها و آموزش بیماران برای درک معنا و کاربرد داروها و (۲) تبلیغ و بازاریابی برای داروها در سطح جامعه و در نزد جامعه پزشکی (توماس، ۲۰۰۴: ۵۴). تبلیغ داروها در رسانه‌های جمعی و تجاری شدن خدمات پزشکی، روابط عمومی‌ها را بر آن داشت تا راهکارهایی برای کسب اعتبار سازمان خود و رضایت مخاطبان سازمان خود پیشنهاد دهند. تهیه خبرنامه‌ها و تدوین مواد آموزشی از اولین کارهای ارتباطی بخش ارتباطات و روابط عمومی‌ها در حوزه ارتباطات سلامت بود. تهیه مواد آموزشی و مناسب‌سازی محتوای تبلیغات تجاری بر حسب ویژگی‌های مخاطبان در بازاریابی مقدمه و تمرینی برای ارتباطات سلامت بود (همان، ۶).

سال ۱۹۸۰ آغاز آگاهی از نقش در حال رشد وسایل ارتباط جمعی به‌عنوان عامل بالقوه در شکل‌دهی به عقاید، نگرش‌ها و رفتار افراد در زمینه سلامت به تحلیل محتوای مطالب مربوط

به سلامت بود و مطالعاتی درباره ارتباطات سلامت بر روی کمپین‌هایی که برای ارائه اطلاعات سلامت به مخاطبان شکل گرفته بود (جویدن و دیگران، ۲۰۰۹: ۱۶) انجام شد. با نگاهی به پیشینه ارتباطات سلامت می‌توان فهمید که آنچه تا اواخر دهه نود میلادی در پژوهش‌های مربوط به ارتباطات سلامت مطرح بوده است، بیشتر تکیه بر آموزش بهداشت توسط رسانه‌های جمعی و تهیه و توجه به پیام‌های ارتباطی سلامت محور بوده است.

سیل معتقد است پیام‌های رسانه‌ای عمدتاً بر این مبنا تحلیل می‌شود که آیا این پیام‌ها با ارائه اطلاعات حرکت در جهت رفتار سالم را ترویج می‌کند یا نه. رسانه مروج بهداشت و سلامت باید اطلاعات درست و عینی در مورد خطرات بهداشتی و رفتار سالم ارائه کند و در انجام این کار گرفتار اعوجاج‌های ناشی از ایدئولوژی، فشارهای صاحبان منافع تجاری یا تعهد خود به سرگرم کردن مردم نشود. در این رابطه برنامه‌های تولیدی ارزیابی می‌شوند (سیل، ۱۳۸۷: ۴). این پژوهش‌ها و ارزیابی‌ها (ارزیابی: فرایند، نتایج و تاثیرات مداخلات انجام شده در امر ارتباط سلامت) به‌طور سیستماتیک برای به دست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تصحیح طرح‌ها، توسعه، پیاده‌سازی، پذیرش، طراحی دوباره و به‌طور کلی برای کلیه مداخلاتی که با اهداف ارتباطی انجام شده است، انجام گرفته است (وزارت بهداشت، درمان و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، ۲۰۰۸: ۷).

ارتباطات سلامت حوزه مطالعاتی وسیعی است که شامل جنبه‌های مختلفی مانند ارتباطات بین فردی، گروهی، سازمانی و ارتباطات اجتماعی می‌شود. در ارتباط با هر یک از این موضوعات، تمرکز پژوهشگران بر تعامل میان بیماران و پزشکان، دندان‌پزشکان، پرستاران و تمام افرادی که درگیر مراقبت‌های بهداشتی، هستند، است (کریپس، ۱۹۹۸). حوزه‌های مرتبط با ارتباطات سلامت عبارت است از: روابط بیماران با متخصصان بهداشت و سلامت، ارائه اطلاعات سلامت به افراد و جستجو و استفاده از آن، پیروی و تبعیت افراد از رژیم‌های درمانی و توصیه‌های بالینی، انتشار اطلاعات در مورد خطراتی که سلامت جمعی و فردی را تهدید می‌کند و به آن ریسک گفته می‌شود، طراحی و ارائه پیام‌های سلامت جمعی و کمپین‌ها، بازتاب سلامت در رسانه‌های جمعی و فرهنگ‌های مختلف در سطح کلان، آموزش مصرف‌کنندگان در رابطه با چگونگی دستیابی به سیستم‌های مراقبت و بهداشت عمومی، گسترش و کاربرد سلامت از رادور (کریپال، ۱۹۹۸).

در ارتباط با پتانسیل تغییر اجتماعی و توسعه، تفاوتی اساسی بین رسانه‌های جمعی و رسانه‌های جدید وجود دارد. رسانه‌های جمعی می‌توانند به‌طور نظام‌مند برای اهداف و برنامه‌های توسعه مثل بهداشت و سلامت، کنترل جمعیت، نوآوری‌های تکنیکی استفاده شوند. در مقابل فناوری‌های جدید، استفاده‌های نامحدود و غیر هدفمندی دارند و محتوای آن‌ها فاقد جهت‌گیری و کنترل است. با این حال، رسانه‌های مبتنی بر مشارکت، تناسب بهتری برای تغییر دارند، زیرا دارای دربرگیری و

انعطاف بیشتری هستند (مهدی‌زاده، ۱۳۸۹، ۳۰۴).

براساس پژوهش کاسل و همکارانش، ویژگی‌های کانال‌های شبکه جهانی اینترنت و دیگر منابع اینترنتی نشان می‌دهد که این منابع یک کانال ترکیبی اقناعی از ارتباطات بین فردی است و دامنه گسترده‌ای از رسانه‌های جمعی را به وجود آورده‌است. به خاطر وسعت منابع اینترنتی می‌توان ارتباطات بین فردی تقلیدی، نظریه‌ها و اصول علوم رفتاری را از طریق این منابع برای بهبود رفتار سلامت محور به کار برد. به گفته آن‌ها این امکان به تنهایی شایسته توجه متخصصان امور بهداشتی است. منابع مبتنی بر اینترنت همچنین می‌توانند متخصصان بهداشت و سلامت را برای ارتباطات سلامت اقناعی به مخاطبان جهانی که در حال گسترش هستند، با هزینه کم فعال کند. پتانسیل منابع اینترنتی برای تلفیق مزایای ارتباطات میان فردی و جمعی در هدایت تحقیقاتی که به گسترش سلامت عمومی منتهی می‌شود، بسیار زیاد است (کاسل و دیگران، ۱۹۹۸: ۷۷).

مروری بر نقش وسایل ارتباط جمعی بر عرصه پزشکی قبل از ظهور اینترنت

الف) جوامع با بیان شفاهی

دیوید رابینسون تاریخ تحول جوامع انسانی را به سه دوره تقسیم می‌کند: دوره اول، جامعه باستانی یا سنتی؛ دوره دوم، جامعه فردگرایی؛ دوره سوم، جامعه مصرف‌گرایی و فراوانی است. به اعتقاد او در دوره اول جامعه بی‌چون و چرا از آداب و رسوم و سنت‌ها پیروی می‌کند، گذشتگان عملاً بر جامعه حکمروایی دارند و جان کلام آنکه سنت، عامل اصلی نظارت اجتماعی است (دادگران، ۱۳۷۴: ۸۴). در این جوامع اغلب تنها ابزار ارتباطی زبان شفاهی و حافظه بشری است. پزشکی هم تحت تأثیر آن است. یعنی افراد اولاً چندان به پزشکی اعتقادی ندارند و یا در صورتی که پزشکی هم وجود داشته باشد کاملاً تحت تأثیر سنت و دین خواهند بود و با معنای پزشکی امروز بسیار متفاوت است. در جوامع پیش از اختراع خط و چاپ، تنها راه ارتباط زبان و بیان شفاهی بود. اگرچه بیان شفاهی عالی‌ترین وسیله تبادل اطلاعات و افکار و تفاهم و دوستی بین افراد انسانی است؛ اما محدودیت قلمرو زبان در مکان و زمان، از مهمترین عیب آن به شمار می‌رود. این محدودیت سبب می‌شود که منشاء اصلی پیام ارتباطی نتواند مقاصد خود را برای گروهی عظیم در محیطی وسیع بیان کند. در چنین وضعی، غیر از حافظه انسانی راهی برای ضبط آن وجود ندارد، قسمت‌هایی از آن فراموش می‌شود و چیزهایی به آن اضافه می‌شود و اصالت آن از بین می‌رود و شکلی از شایعه در جامعه انسانی شکل می‌گیرد (معمدنزاد، ۱۳۸۳: ۵۸). بدین ترتیب تجربیات و دانش پزشکی هم -اگر وجود داشت- از این قاعده مستثنی نبود؛ به مرور زمان فراموش می‌شد یا تبدیل به شایعه و مطالب خلاف واقع می‌گردید. افسانه‌سرای و اسطوره‌سازی هر چند تا امروز هم -البته متفاوت- ادامه داشته، اما تاریخ پزشکی و بهداشت انباشته از آن‌هاست.

به‌عنوان مثال، رام یشیت، گوش یشیت و فرگرد و وندیداد، پزشکی را به جمشید چهارمین پادشاه پیشدادی- نسبت می‌دهند. شاهنامه، جمشید را با فرّ ایزدی، فرّ شهریاری و فرّ موبدی معرفی می‌کند که با نیروی ایزدی، فرمانروایی کرده و مردم را به راه نیک رهنمون می‌شد. وی با تکیه بر نیروی ایزدی، گیاهان را می‌شناخته و پزشکی و بهداشت را رواج داده است (آهنگری، ۱۳۸۹: ۳). مریضی برای بشر اولیه نتیجه آزار روح خبیث در تن آدمی بود و بیرون رفتن آن قسم، تهدید و خواندن اوراد اغلب با زدن طبل و رقصیدن دور مریض و گاه با حرکات عجیب بود. بنابراین نخستین پزشکان جهان جادوگران و جن‌گیران بودند که شهرت تسخیر ارواح را داشته و علاوه بر پزشکی، عهده‌دار ریاست دینی جامعه هم بودند (همان، ۴).

اینیس معتقد است استفاده از رسانه‌های دارای سوگیری زمانی، با جهت‌گیری جوامع زمان‌محور به سوی سنت ارتباط مستقیمی دارد. او جوامع زمان‌محور را جوامعی می‌داند که یا فرهنگ غالب آن‌ها فرهنگ شفاهی است، یا رسانه متداول آن‌ها سنگین و با دوام اما نسبتاً بی‌تحرک، انعطاف‌ناپذیر است و به سختی قابل تکثیر است. بر عکس جوامع مکان‌محور جوامعی بودند که از رسانه‌های انعطاف‌پذیرتر و قابل انتقال‌تر استفاده می‌کردند که به آسانی قابل تکثیر بود (مهدی‌زاده، ۱۳۸۹: ۲۴).

ب) جوامع در عصر صنعت چاپ، کتاب و مطبوعات

اختراع خط تحول عظیمی در وضع جوامع انسانی پدید آورد. زیرا با نوشتن پیام‌ها بر روی یک شیء، خطر تغییر شکل یافتن پیام‌ها به‌وسیله افرادی که حامل آن‌ها بودند از میان رفت و این امکان فراهم شد که ارتباطات به‌طور ثابت و صحیح صورت گیرد و عوامل زمان و مکان در تغییر شکل آن‌ها بی‌تاثیر بمانند. خط بین منشاء و مخاطب، واسطه انتقال پیام قرار گرفت (معمدنژاد، ۱۳۸۳: ۸۵). با وجود این تحول عظیم در ابزار ارتباطی همچنان افراد این دوره در مرحله نخست تعریف رایزمن قرار دارند. به عقیده او در این دوره این قدرت و نیروی آداب و سنن و رسوم است که خلاقیت فردی را از میان برده و فرد را پایبند به گذشته می‌کند (دادگران، ۱۳۷۴: ۸۴).

نوشتن بر سنگ یا دیوار یا درخت در حقیقت گذشتن از مرحله ارتباط بین دو فرد آشنا به مرحله ارتباط بین افراد ناآشنا بود. ساختن کاغذ، نقش خط را در زندگی انسان بالا برد و امکانات بیشتری برای انتقال پیام‌ها ایجاد کرد. با استفاده از پیام‌های مکتوب، روابط اجتماعی وارد مرحله حقیقت‌بینی و در عین حال پیچیدگی شد (معمدنژاد، ۱۳۸۳: ۵۹). بدین ترتیب در حوزه پزشکی و سلامت هم‌زمان تحول بزرگی اتفاق افتاد. دیگر مانند گذشته تجربیات و دانش انباشته افراد پزشکان در صورت داشتن سواد خواندن و نوشتن از میان نمی‌رفت؛ بلکه ثبت می‌شد، به مرور زمان بر آن افزوده و اصلاح می‌شد. تحول مهم دیگر جدا شدن از حصار زمان و مکان بود. اسناد و نوشته‌ها به سرعت جابه‌جا می‌شد و ملت‌ها با علوم به‌طور عام و پزشکی به‌طور خاص آشنا می‌شدند. برای

مثال اصول علم پزشکی در عهد ساسانیان، روایت‌ها و دستورهای اوستا به اضافه قسمت‌هایی از طب هندی و یونانی بود. در دوران شاپور اول، آثار اوستایی در زمینه طب، نجوم، جغرافیا و فونونی که در هند و یونان و سایر کشورها پراکنده شده بود، جمع‌آوری و ترجمه شد (آهنگرانی، ۱۳۸۵: ۵). زبان از طریق خط به رسانه دیداری تبدیل می‌شود. با ایجاد خط فاصله زمانی میان اعلام اطلاع از یک طرف، و فهمیدن آن از طرف دیگر، بدون آنکه وحدت ارتباطی مخدوش شود، فراهم شد. ارتباط کتبی امکان ارتباط غیر مستقیم با فرهنگ‌های بشری در گذشته را فراهم آورد. جوامع و سازمان‌ها توانستند در دوره‌های بعدی از متون کتبی دوره‌های پیشین به‌عنوان خاخره اجتماعی استفاده کنند (شوتس ایشل، ۱۳۹۱: ۳۸۹). بدین ترتیب، خط و نوشته‌های دستی و شیوه‌های چاپ سنتی (مثلاً در هند یا چین)، این امکان را فراهم آورد که متون پزشکی ثبت، ضبط و در نتیجه به آیندگان برسد. این متون هم مانند گذشته آمیخته‌ای از عقاید دینی و باورهای قومی و خرافی بود. با ظهور پروتستانسیسم در قرن شانزدهم، انحصار ذاتی کلیسای کاتولیک از هم پاشید. اقتدار و مرجعیت مذهبی با قرار گرفتن در میان اکثریت فرقه‌هایی که مدافع شیوه‌های زندگی متمایزی بودند و داعیه روش‌های جایگزین نیل به حقیقت کتاب مقدس را داشتند، به گونه‌ای فزاینده چندپاره شد. چندپارگی اقتدار مذهبی و کاهش چیرگی آن بر قدرت سیاسی با یک جابه‌جایی دوم موازی شد و آن توسعه تدریجی نظام‌های آموزش و دانش بود که ذاتاً خصلت عرفی و دنیوی داشتند. تحول عمده دانش‌هایی چون نجوم، گیاه‌شناسی و پزشکی در قرن شانزدهم اتفاق افتاد. این رشته‌های نوظهور موجب انگیزه شکل‌گیری جوامع دانش‌آموخته در سرتاسر اروپا شد و همین جوامع بودند که به برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌های لیبرال تر راه یافتند (تامپسون، ۱۳۸۹: ۶۶).

از اواخر قرن شانزدهم و اوایل قرن هفدهم که صنعت چاپ توسعه واقعی یافت، تحول عظیمی رخ داد که زاینده انتشار افکار نویسندگان و متفکران بود (معمدنزاد، ۱۳۸۳: ۶۴). اونگ (۱۹۹۳) معتقد است با ظهور فرهنگ باسوادی به واسطه فناوری چاپ، تجربیات حسی متفاوت بسط و توسعه یافت، و جایگزین حس شنوایی مبتنی بر فرهنگ‌های شفاهی شد (مهدی‌زاده، ۱۳۸۹: ۲۵). رسانه چاپ، انباشت و اشاعه داده‌ها در مورد عوالم طبیعی و اجتماعی و نیز تحول نظام‌های استاندارد طبقه‌بندی، بازنمایی و کاربندی را بسیار آسان کرد. بعضی چاپخانه‌های نخستین در فرآوری متون پزشکی، کالبد شناسی، گیاه شناسی و ... تخصص یافته، در آماده‌سازی آثار علمی با دانشکده‌ها و استادان دانشگاه‌ها همکاری نزدیک داشتند. صنعت چاپ جریان تازه‌ای از داده‌ها، شمایا و نگره‌ها را به وجود آورد و آن را در سطح وسیع پراکنده کرد (تامپسون، ۱۳۸۹: ۷۴).

ابزار ارتباطی و نقش آن‌ها در تشکیل جوامع مدرن از این نظر مهم است که باعث به وجود آمدن نوعی جابجایی در سازمان‌های قدرت نمادین شد. شروع این تأثیر با چاپ بود. چاپ اگرچه در ابتدا توسط روحانیون هم به کار گرفته شد، اما بعداً در اشاعه پروتستان‌گرایی و چند تکه کردن

سرزمین‌های مسیحی و اشاعه اومانیسیم سهیم و موثر بود (همان، ۷۳ و ۶۸). بدین ترتیب در به وجود آمدن دنیای مدرن و علوم مدرن ابزارهای ارتباطی و رسانه نقش بسزایی داشته است. گذار از مرحله سنتی به مرحله مدرن، منوط به جهش و انقلابی است که به قول رایزمن چند قرن طول کشید و عصر روشنگری و جنبش اصلاح مذهبی، انقلاب صنعتی و نیز انقلاب‌های سیاسی قرن هجدهم نوزدهم و بیستم را در بر می‌گیرد (دادگران، ۱۳۷۳: ۸۴). تمامی این تحولات بر سلامت افراد موثر بوده‌اند. از یک سو باعث افزایش غذا و مواد خوراکی، و از سوی دیگر باعث پیشرفت دانش پزشکی شدند. کتاب‌های عمومی بهداشت و مراقبت و اطلاعات مربوط به زندگی سالم و پیشگیری از بیماری‌ها از آغاز صنعت چاپ تاکنون ادامه داشته است (کرپس، ۱۹۹۸: ۵).

نظر رسمی این است که پزشکی سرانجام در زمان پیشا، فیزیولوژیست فرانسوی در سال‌های ۱۷۷۱ تا ۱۸۰۲، از تخیل و اوهام خارج شد و به حقیقت عینی درباره بدن و بیماری‌های آن دست یافت. از چشم‌انداز مدرن که مبتنی بر ادراک دقیق و توصیف بی‌طرفانه است، نظرات طب قدیم نه تنها نادرست به نظر می‌رسند، بلکه غیر قابل فهم هم هستند (دریفوس و رابینو، ۱۳۷۹: ۷۶). فوکو به شیوه‌ای ساختارگرایانه نشان می‌دهد که چگونه نظریه‌های پزشکی عصر کلاسیک درست به اندازه نظریه‌های پزشکی کلاسیک مدرن بر «قواعد دانش» مبتنی بودند. فوکو با نوشتن تاریخ دیوانگی و پیدایش درمانگاه و همچنین مراقبت و تنبیه، تحلیل می‌کند که در این دوره نهادهایی به وجود آمدند که با طرد مکانی نوعی تکنولوژی قدرت برای دسته‌بندی اقشار مختلف مردم به وجود آوردند (جلایی‌پور و محمدی، ۱۳۸۷: ۱۹۳).

در اینجا منظور ما بحث درباره دیدگاه انتقادی فوکو نیست، بلکه استفاده از برخی آراء او در مورد شکل‌گیری نهادهای مدرن و نهاد بیمارستان است. با تولد نهادهای تخصصی همچون بیمارستان، اشکال خاص تجربه به تدریج از محل‌های روزمره زندگی جدا شد و به‌طور فزاینده در محیط‌های نهادی خاص متمرکز شد. مثلاً تجربه یک بیماری مزمن و یا مرگ یک عزیز، تجربه‌ای است که از طریق گستره‌ای از نهادها که در مراقبت از بیماران و مشرفین به مرگ تخصص دارند، شکل گرفته است. اینها و دیگر اشکال تجربه از بافت‌های زندگی روزمره جدا شده و در نهادی ویژه قوام مجدد یافته‌اند که دسترسی به آنها ممکن است به شیوه خاصی محدود یا کنترل شده باشد (تامپسون، ۱۳۸۰: ۲۷۵).

این جدایی نهادی تجربه دست در دست تحول دیگر گذاشته که به شیوه‌هایی با آن تضاد دارد و آن توسعه انبوه اشکال تجربه است که خصوصیتی رسانه‌ای دارند. درست هنگامی که بسیاری از اشکال تجربه از بافت‌های زندگی روزمره جدا می‌شوند، افراد با انفجار اشکال رسانه‌ای تجربه مواجه هستند. برخی از اشکال تجربه که از جریان عادی زندگی روزمره جدا گشته، دیگر بار - حتی با شدت بیشتر - از طریق رسانه‌ها وارد زندگی عملی می‌شوند. با آنکه شاید به ندرت با بعضی از انواع

بیماری در زندگی روزمره مان مواجه شویم، می‌توانیم از طریق رسانه‌ها تجربه یا معرفتی درباره آن به دست آوریم (همان، ۲۷۶). نهاد دانشگاه و بیمارستان از طریق مطبوعات دستاوردهایشان منتشر می‌شد. روزنامه‌ها به‌طور کلی و روزنامه‌ها و نشریات مرتبط با سلامت (روزنامه‌نگاری سلامت) بیشترین تأثیر را در بهداشت عمومی ایفا می‌کند. روزنامه رایج‌ترین منبع ارتباطی سلامت در مورد موضوعاتی مانند رژیم غذایی است. پوشش خبری رسانه‌ها از مسائل مربوط به سلامت و حوادث، شامل برگزاری یک کنفرانس خبری توسط یک ارگان و سازمان پزشکی، یا خبرهای مربوط به پیشرفت‌های پزشکی و یا اعلام سیاست عمومی نهادهای پزشکی و بهداشتی دولت می‌شود (پیرس، ۲۰۰۱: ۱۴۵). جوردن و دیگران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای پیرامون پوشش موضوعات سلامت در مجلات و روزنامه‌ها به این نتیجه رسیدند که موضوعات رژیم غذایی، ورزش و اخبار یافته‌های پزشکی سه موضوعی هستند که در حوزه سلامت از بقیه موارد بیشتر پوشش داده می‌شود. در بسیاری از موارد اعلام یک دستاورد پزشکی، مانند کشف مضرات سیگار، پوشش رسانه‌ای توسط روزنامه‌ها تحت تأثیر فعالیت روابط عمومی‌های شرکت‌های صاحب منافع در فروش سیگار که در پی حفظ چهره تخریب شده شرکت خود هستند، قرار می‌گیرد (پیرس، ۲۰۰۱: ۱۴۶). این موضوع می‌تواند در مورد مواد غذایی و بسیاری دیگر از کالاهای مصرفی که مستقیماً بر سلامت افراد تأثیر دارند، صادق باشد.

ج) جوامع در عصر رسانه‌های الکترونیک

فناوری‌های مخابراتی، ارتباطات از راه دور را امکان‌پذیر کردند. تلگراف، تلفن، رادیو و ماهواره‌ها و تلویزیون‌های ماهواره‌ای و اینترنت به سرعت در حال نو شدن هستند. دستاورد این ابزارهای ارتباطی نوین برای حوزه سلامت، امکان به وجود آمدن «پزشکی از راه دور» بود. پزشکی از راه دور (استفاده از فناوری‌های ارتباطی برای تسهیل در ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی به بیماران) (ترنر، ۲۰۰۳: ۵۱۶) و پزشکی از راه دور به مدد فناوری‌های پیشرفته ارتباطی گسترش یافت.

ابداع تلگراف (۱۷۹۴)، تلفن (۱۸۷۶)، و دیگر فناوری‌های ارتباطی سرعت انتقال اطلاعات را بالا برد. فاصله‌های زمانی در هم شکست و پیام‌ها آنی منتقل شد. همه این شرایط به کوچکتز شدن مکان کمک کرد (معمدنژاد، ۱۳۸۳: ۲۳۱). به‌طور قطع اختراع تلگراف توسط مورس نقش مهمی در آغاز روند پیوند خوردن همزمان اطلاعات داشت (عاملی، ۱۳۸۹: ۷). ریشه‌های پزشکی از راه دور را می‌توان در اختراع تلفن دید اما حتی با سال‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ هم مفهوم ارتباط بین پزشک و بیمار بدون حضور همزمان آن‌ها در یک مکان معین رایج نبود. تلفن در ابتدا برای وقت گرفتن برای مراجعه حضوری، و بعد از آن به تدریج در مشاوره‌ها و خدمات بهداشت دولتی هم استفاده شد (مانجیستو، ۲۰۰۶: ۲۹).

ابداع رادیو تحول بعدی در پزشکی از راه دور بود. رادیو در نیمه دوم قرن نوزدهم برای

اولین بار در توصیه‌های پزشکی به دریانوردان و مسافران به کار گرفته شد. رادیو امروز از طریق شرکت‌های مسافربری برای توصیه‌های پزشکی به مسافران و خدمه هواپیماها و قطارها به کار می‌رود (همان، ۳۰). برخی از سازمان‌ها در چند کشور برای انتقال پیام آموزشی به مخاطبان هدف خود از رادیو استفاده کرده‌اند، مانند هند (سود و راجرس، ۱۹۹۶)، فیلیپین (کینکید و دیگران، ۱۹۹۱)، نیجریه (رایمن و دیگران، ۱۹۹۱)؛ بیشتر این برنامه‌ها بر برنامه‌های سرگرم‌کننده برای آموزش بهداشت تأکید داشته‌اند، یکی از موثرترین برنامه‌های رادیویی برای آموزش داستان‌های کوتاه است (لاپاستینا، ۲۰۰۴: ۲۶۲). پیام‌های سلامت را می‌توان از طریق رادیو و تلویزیون در اشکال مختلف انتقال داد. اخبار سلامت می‌تواند به‌عنوان بخشی از اخبار روزانه تعریف شود؛ همچنین برنامه‌های ویژه سلامت را می‌توان از چند دقیقه تا یک ساعت تهیه و تنظیم کرد.

با گسترش تلویزیون و رادیو و مطبوعات مباحث مربوط به پیام‌های سلامت و نحوه تهیه و تولید این پیام‌ها، انتقال و تأثیر پیام‌های سلامت، از اهمیت روزافزونی برخوردار شد. بنیاد همه مطالعات ارتباطات جمعی بر این فرض استوار است که به هر حال رسانه‌ها تاثیراتی دارند، هر چند این گزاره را با یقین تأیید نمی‌کند. به نظر گربنر (۱۹۷۳)، پیام‌های تلویزیون از چندین جنبه اساسی، از واقعیت فاصله دارد، اما به خاطر تکرار دائمی‌اش نهایتاً به‌عنوان دیدگاه مورد وفاق جامعه پذیرفته می‌شود (مک‌کوایل، ۱۳۸۵: ۳۹۹). گربنر این فرایند را (نظریه کاشت) پویا، دائمی و پیش‌رونده در تعامل میان پیام و زمینه‌های قبلی آن می‌داند (مهدی‌زاده، ۱۳۸۹: ۶۵).

کوهن (۱۹۶۳)، می‌گوید رسانه‌ها ممکن است در گفتن اینکه مخاطبان چگونه فکر کنند، ناموفق باشند، اما در اینکه به چه چیزی فکر کنند، موفق هستند (گاپتا، ۲۰۱۰: ۱۹). نظریه برجسته‌سازی مدعی تأثیر رسانه‌ها بر شناخت و نگرش مردم و تعیین اولویت‌های ذهنی آن‌ها از طریق انتخاب و برجسته‌سازی برخی موضوعات و رویدادها در قالب خبر و گزارش خبری است. مک‌کومبز و دونالد شاو (۱۹۷۲)، معتقدند رسانه‌ها با برجسته کردن بعضی موضوع‌ها و رویدادها، بر آگاهی و اطلاعات مردم تأثیر می‌گذارند (سورین و تانکارد، ۱۳۸۱: ۳۴۷). نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۷۷)، بر تأثیر مستقیم رفتارهای انسانی تأکید می‌کند، به عبارت ساده‌تر رفتارهای انسان می‌تواند از طریق مشاهده رفتار دیگران آموخته شود. این اتفاق هم در ارتباطات چهره به چهره و هم در ارتباطات با واسطه، می‌تواند روی دهد (ونگ و گانز، ۲۰۰۷: ۲۱۴). بدین ترتیب برای مثال، مشاهده رفتار یک فرد در یک فیلم، می‌تواند از طرف مخاطبان یا تماشاگران آن فیلم منبعی برای یادگیری باشد؛ حال چه این رفتار از لحاظ پزشکی درست و چه نادرست باشد. این موضوعات به صورت گسترده‌ای توسط پژوهشگران ارتباطات سلامت مورد آزمون قرار گرفته است.

بسیاری از پژوهشگران رسانه در آمریکا نقش ویژه‌ای برای تلویزیون در شکل‌گیری تعاریف اجتماعی

از سلامت و خانواده سالم در جامعه آمریکایی قائل هستند، (براینت و براینت، ۲۰۰۱. لاروس، ۲۰۰۱. رابینسون، ۱۹۹۳، اسکایل، ۲۰۰۱)، کووترو (۱۹۹۳)، معتقدند برداشت عمومی از سلامت در نحوه ترسیم آن توسط تلویزیون نهفته است، تلویزیون روزانه از طریق اخبار، سریال‌ها و برنامه‌های طنز و سرگرمی، به پوشش و بازنمایی پزشکان، بیمارستان‌ها و خدمات بهداشتی موجود در جامعه می‌پردازد (کلاین، ۲۰۰۳: ۵۵۷). باید پذیرفت در دنیای امروز رسانه به‌عنوان گروهی مرجع عمل می‌کند و به این ترتیب، به جایگزینی برای گروه‌های مرجع در جوامع سنتی (همچون والدین، قبیله) تبدیل شده است. در عصر حاضر، تعریف سلامت آن چیزی است که رسانه ارائه می‌دهد، نه چیزی که پیر خانواده در نهادهای سنتی می‌گفت.

تحول ارتباطات سلامت بعد از ظهور اینترنت

الف) اینترنت

با توجه به ویژگی‌های که گفته شد، اینترنت باعث به وجود آمدن نوعی ارتباطات سلامت تعاملی شده است. این گونه ارتباط متفاوت از گذشته که به‌وسیله رسانه‌های چاپی و یا رادیو تلویزیون بود، هم در سطح سازمانی و پزشکی و هم در سطح فردی در امر آموزش و همچنین تحقیقات پزشکی تاثیرات قابل توجهی داشته است. اتاق‌های مشاوره اینترنتی و صفحات مربوط به پزشکان و سازمان‌ها هم در ارائه خدمات و هم در آموزش بهداشت شاهد نوعی جدید از ارتباط که ارتباط کامپیوتر- واسط است هستند (فادرینگام و دیگران، ۲۰۰۰: ۱۱۳).

نظام فراگیر واقعی-مجازی از سه نوع ارتباط تشکیل شده است؛ فضای ارتباطی حاضر با حاضر، فضای ارتباطی حاضر با غایب و ارتباط غایب با غایب. در فضای مجازی شهروندان می‌توانند با بهره‌گیری از ارتباط نوع دوم با رایانه ارتباط برقرار کرده و امور اداری خود را با صرف کمترین هزینه و زمان انجام دهند. از مزایای این ارتباط کاهش نیاز به تردد در شهر و در نتیجه کاهش استرس و فشار روانی و کاهش آلودگی محیط زیست، افزایش سرعت در انجام امور، عدم تبعیض در ارائه خدمات به طیف گسترده‌ای از خدمات اداری بصورت همزمان و افزایش بازدهی است (عاملی، ۱۳۸۷: ۱۶).

در حال حاضر بسیاری از بیمارستان‌ها در حال پیاده‌سازی زیربنایی برای استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی دیجیتال هستند. این تکنولوژی‌ها در مراحل بستری کردن، درمان و پی‌گیری‌های بعد از ترخیص از طرف بیمار و درمانگر مورد استفاده قرار می‌گیرد. پزشکان می‌توانند حتی در منزل خود به مراقبت از بیماری که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است، بپردازند. در کل در کنار ساختمان فیزیکی بیمارستان شبکه مجازی شکل گرفته است که شامل همه قسمت‌های پذیرش، مراقبت، ترخیص و

پی گیری، هم برای پزشکان و هم بیماران می شود. استفاده از این تکنولوژی ها بیمارستان های الکترونیک را به وجود آورده است (فین و بریا، ۲۰۰۹: ۱۳).

عاملی (۱۳۸۷)، در کتاب مطالعات شهر مجازی تهران با یک رویکرد تحلیلی به فضاهای عمومی، لایه های شهر مجازی تهران را در چهار حوزه اساسی (۱) فرهنگ، (۲) مسائل و امور اجتماعی، (۳) اقتصاد و تجارت، (۴) روابط عمومی و اطلاع رسانی، و ۳۸ لایه مطالعه می کند (عاملی، ۱۳۸۷: ۳۲). سی و چهارمین لایه، در زیرمجموعه حوزه روابط عمومی و اطلاع رسانی، لایه مشاوره است. برای مطالعه این لایه چندین وبگاه و سایت اینترنتی داخلی و خارجی در زمینه پزشکی و سلامت را مطالعه شده است. با نگاهی به ویژگی ها و خدماتی که این وبگاه ها ارائه می دهند، می توان مفهوم بیمارستان الکترونیک را بهتر درک کرد (همان، ۴۵-۴۸).

وبگاه های فرعی شهر مجازی مرتبط با سازمان های شهری، به صورت نقطه به نقطه سازمان خود را در همه ظرفیت ها نمایندگی می کنند (همان، ۳). در یک بیمارستان واقعی در مکان واقعی پزشک، مددکار، واحد پذیرش، اطلاعات و بخش مشاوره و بسیاری دیگر از بخش ها وجود دارد که می توان خدمات و امکاناتی را که آن ها در اختیار افراد به صورت حضوری قرار می دهند را به صورت آنلاین - اگرچه شاید کمی محدود- دریافت کرد. بدین ترتیب در عصر حاضر بر خلاف گذشته، نه تنها دسترسی به پزشک در فضای واقعی آسان شده بلکه بیشتر خدمات پزشکی هم با یک جستجوی ساده در اینترنت در اختیار فرد قرار می گیرد.

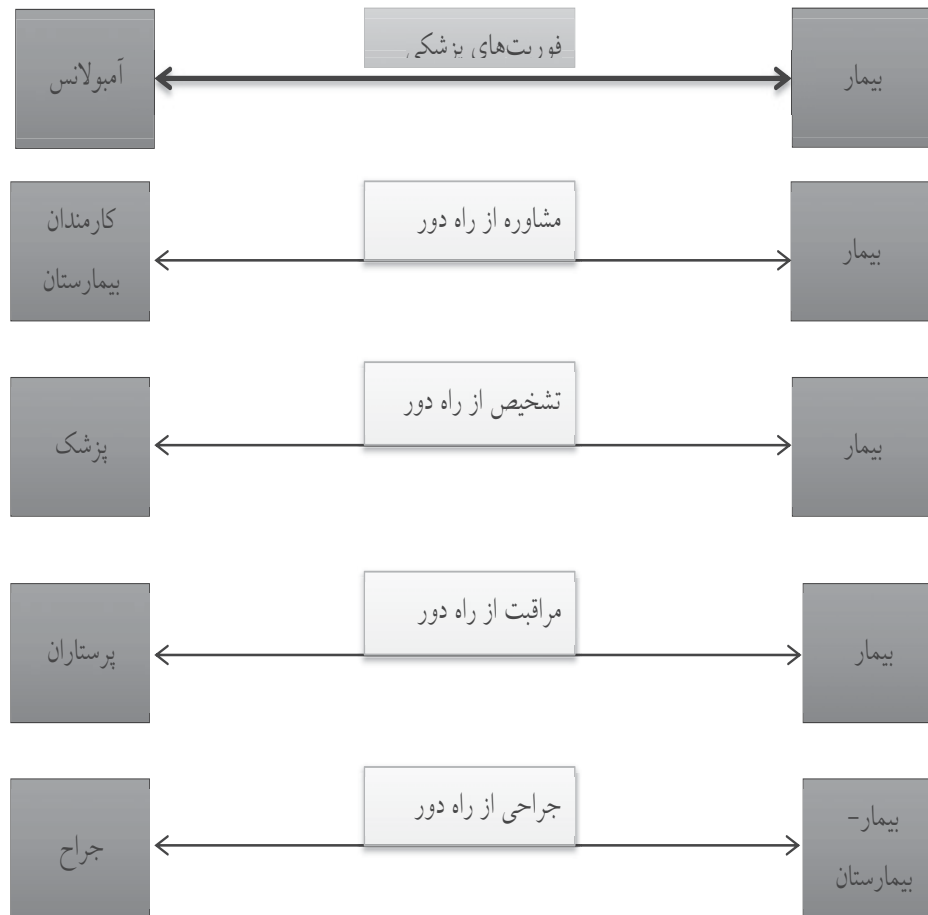
با وجود ظرفیت هایی که در بالا به آن اشاره شد، هنوز موانع گسترده ای بر سر راه افراد برای استفاده از این امکانات وجود دارد. کمبود یا ضعف در سواد رسانه ای، سواد اینترنتی، سواد سلامت و یا وجود شکاف دیجیتال در میان افراد و جوامع استفاده از این امکانات را با محدودیت مواجه می کند. با این وجود استفاده از اینترنت و کامپیوتر در زمینه پزشکی ظرفیت هایی را به وجود آورده است که شاید چند دهه گذشته بشر آن ها را متصور نبود.

فونگ و همکاران (۲۰۱۱)، قابلیت های شبکه های ارتباطی جدید و بی سیم را در پزشکی از راه دور به شرح زیر تقسیم بندی می کنند: «قابلیت اعتماد: اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده، انتشار و به اشتراک گذاشتن اطلاعات: وبگاه ها و صفحات پزشکی آنلاین، صوت: مشاوره از راه دور، تصویر: اسکن تصاویر پزشکی، امکان مبادله آن بین، پزشکان و بیمارستان و بیماران، تصاویر ویدئویی: تله کنفرانس، آموزش های پزشکی (مثلا اطلاع رسانی در باره ایدز)، پایگاه داده ها: پرونده پزشکی بیمار، دسترسی به داروخانه ها، ثبت علائم حیاتی و پردازش آن ها (فونگ و دیگران، ۲۰۱۱: ۱۲).

بدین ترتیب، تکنولوژی های ارتباطی تحول و انقلابی در پزشکی را باعث شده که ابعاد آن، تقریباً همه افراد جامعه و نهادهای آن را دربر می گیرد. در نمودار ۱-۱ بخشی از مهمترین ارتباطات میان بیماران و پزشکان، بیماران و نهاد بیمارستان و همچنین پزشکان با نهاد

بیمارستان در پزشکی جدید نشان داده شده است.

نمودار پایین تنها به شکل ظاهری و فیزیکی و تکنولوژیکی موضوع پزشکی از راه دور پرداخته است. واقعیت این است که هنگامی که یک نوآوری مورد استفاده قرار می‌گیرد، در مرحله پذیرش، استفاده و تاثیرات آن مباحثی پیش می‌آید که مربوط به رفتار و تاثیرات اجتماعی افراد است. تکنولوژی را نمی‌توان به‌طور ساده وسایل و ابزار غیر اجتماعی تعریف کرد، چرا که امروزه تکنولوژی اجتماعی شده است.



نمودار ۱-۱: زیرمجموعه‌های پزشکی از راه دور: اتصال مردم و بخش‌های مختلف نهاد بیمارستان با هم (فونگ و دیگران ۲۰۱۱: ۱۰).

کاستلز (۱۳۸۰) با اشاره نتایج پژوهش‌های جامعه‌شناختی درباره کاربرد تکنولوژی به انعطاف‌پذیری اجتماعی هر نوع تکنولوژی تأکید می‌کند. حالت ارتباط گروهی از افراد با گروهی دیگر که ارتباطات کامپیوتری نمایانگر آن است به شیوه‌های مختلف و با اهداف متفاوت به کار رفته است و می‌توان گفت که تعداد این شیوه‌ها و اهداف آن، به اندازه بافت و شرایط اجتماعی مختلفی که کاربران کامپیوتر دارند، متنوع است (امیرکافی و پاک‌سرشت، ۱۳۹۰: ۷۵). بنابراین، باید دید که این فناوری‌ها در عرصه اجتماعی چه کارکردی داشته و دارند، رفتارهای افراد را چگونه تغییر و یا تثبیت می‌کنند. در جدول زیر ویژگی‌های ارتباطات سلامت تعاملی و مزیت‌های آن در سطح آموزشی و پژوهشی مشخص شده است:

ویژگی‌های ارتباطات سلامت تعاملی	مزیت‌های آن در سطح آموزشی و پژوهشی
تعامل آنی (لحظه‌ای)	بازخورد فوری به شرکت‌کنندگان در برنامه‌ها (هم در استفاده از اطلاعات هم در پاسخ به پرسش‌ها) و کسانی که از برنامه استفاده می‌کنند.
سهولت	ارتباطات کامپیوتر-واسط، محدودیت‌های زمانی را برای دسترسی به مواد آموزشی و همچنین مداخله در آن را از میان برداشته است.
جذابیت	افراد به‌ویژه جوانان اولویت بیشتری برای اطلاعات کامپیوتر مبنای نسبت به اطلاعات چاپی قایل هستند.
انعطاف‌پذیری	کاربران برای انتخاب برنامه‌ها و یا محتوای آموزشی حق انتخاب دارند. اینکه چه چیزی را چه زمانی و به چه مقدار نیاز دارند، را خود انتخاب می‌کنند.
تناسب فردی	برنامه‌ها و محتوای آن را می‌توان بر اساس علایق افراد تهیه کرد.
جمع‌آوری خودکار داده‌ها	اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان را می‌توان به صورت خودکار جمع‌آوری، کدگذاری و وارد کرد. بدین ترتیب محدودیت‌های گذشته در روش‌های سنتی از میان رفته است.
سهولت گمنامی	شرکت‌کنندگان در باره سوالات پزشکی می‌توانند بدون ترس از فاش شدن هویت خود سوالات را پاسخ گویند و با اطلاعات مورد نظر خود را دریافت کنند.
گشودگی ارتباط	کاربران نه در پاسخ به پرسش‌های حساس و نه در دریافت اطلاعات خودسانسوری ندارند.
اتصال به صورت چند رسانه‌ای	استفاده از ویدئوها، گرافیک‌های ویدئویی و صدای ضبط شده همراه با متن نوشتاری یکی از قابلیت‌های آموزش بهداشت آنلاین است.

جدول شماره ۱-۱: ظرفیت‌های جدید ارتباطات کامپیوتر-واسط و مزایای آن در آموزش و پژوهش سلامت (فادرینگام و دیگران، ۲۰۰۰: ۱۱۶).

بدین ترتیب، اینترنت ابزاری ارتباطی است که کل فرایندها و اعمال و رفتارهایی که افراد در زمینه پزشکی با آن درگیر هستند را تحت تأثیر قرار داده و متحول کرده است.

(ب) تلفن‌های همراه هوشمند (ترکیب اینترنت و موبایل)

فراگیری، دسترسی دائم، فرامکانی و فرازمانی، جهانی بودن، سیال بودن، تشدید شدن واقعیت و چند رسانه‌ای بودن افراد، متغیرهایی فضای مجازی هستند که زندگی امروزه را تحت تأثیر قرار می‌دهند (عاملی، ۱۳۹۰: ۲۶). در واقع در حوزه ارتباطات سلامت پدیده دیگری که اتفاق افتاده،

همگرایی تلفن همراه و اینترنت است. کارکردهای ابزاری تلفن همراه و همراه شدن آن با اینترنت، این صنعت فردی را به صنعت «همه جهان در یک فضا» مرتبط کرده است. از این منظر، یکی از مهمترین ویژگی‌هایی که به کارکرد تلفن همراه رایانه‌ای اهمیت و تفاوت می‌بخشد این است که این سیستم ارتباطی امکان برقراری ارتباط تعاملی و مستقیم میان اجتماع و فرد را فراهم می‌کند (عاملی و دیگران، ۱۳۸۷: ۳۴). تلفن همراه متصل به اینترنت، «از نحوه ورود به فضای مجازی آیین زدایی می‌کند». فرد در هر زمان و هر جایی بخواهد وارد فضای مجازی می‌شود، این «ورود همه جا در دسترس» است و به حریم خصوصی افراد تعلق بیشتری دارد (همان، ۸۷). تلفن همراه فرد را در معرض برنامه‌های مشخص قرار می‌دهد. در روند برنامه‌ای شدن تلفن همراه یکی از پدیده‌های مهم «پزشکی موبایل» است که به صورت نظام‌مند به نظارت و گزارش وضعیت بیماران خاص کمک می‌کند، از جمله گزارش سیستم گوارشی بدن، گزارش آسم و تجویز دارو از طریق تلفن همراه (همان، ۸).

تلفن‌های همراه هوشمند نمونه کاملی از چند رسانه‌ای‌ها هستند که امکان برقراری ارتباط پزشکان و بیماران را به صورت‌های گوناگون، اعم از متن، صدا و تصویر امکان‌پذیر می‌سازند. پزشک می‌تواند پرونده‌های پزشکی بیماران را در گوشی خود ذخیره کند، از طرف آن‌ها ایمیل دریافت کند، به آن‌ها پیام خصوصی ارسال کند و در صورت لزوم حتی تصاویر پزشکی اسکن شده از آن‌ها را دریافت کند؛ این ویژگی‌ها در مورد بیماران نیز صدق می‌کند (فین و بریا، ۲۰۰۹: ۴۵).

با توجه به اهمیت روزافزون تلفن همراه در ارتباطات سلامت پژوهش‌هایی در این زمینه انجام گرفته است، مثلاً در مطالعه فاکس (۲۰۱۲)، مشخص شد که ۳۱٪ از آمریکایی‌ها از تلفن همراه خود برای جستجوی اطلاعات سلامت در اینترنت استفاده کرده‌اند. در حالی که در پیمایشی که همین پژوهشگر در سال ۲۰۱۰ انجام داده بود، تنها ۱۷٪ از افراد از تلفن همراه خود برای جستجوی اطلاعات سلامت استفاده می‌کردند. نیمی از صاحبان گوشی‌های هوشمند از گوشی‌های خود برای دریافت اطلاعات سلامت استفاده کرده و یک سوم افراد دارای گوشی‌های هوشمند نرم‌افزارها و برنامه‌هایی مربوط به سلامت بر روی گوشی خود داشته‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان از تلفن همراه خود برای جستجوی اطلاعات سلامت استفاده کرده و در میان زنان گروه سنی ۳۰ تا ۶۴ سال بیشتر علاقه‌مند به جستجوی اطلاعات سلامت، دریافت محتوای سلامت (به شرط اشتراک)، و ارسال مطالب مربوط به سلامت به دیگران بودند (فاکس، ۲۰۱۲: ۲).

روش تحقیق

روش پژوهش اسنادی هم به منزله روشی تام و هم تکنیکی برای تقویت سایر روش‌های کیفی در پژوهش‌های علوم اجتماعی مورد توجه بوده است. در این روش پژوهشگر داده‌های پژوهشی خود را درباره کنش‌گران، وقایع و پدیده‌های اجتماعی، از بین منابع و اسناد جمع‌آوری می‌کند

(صادقی و عرفان منش، ۱۳۹۴)

روش اسنادی یعنی تحلیل آن دسته از اسنادی که شامل اطلاعات درباره پدیده‌هایی است که قصد مطالعه آن‌ها را داریم. روش اسنادی مستلزم جست‌وجویی توصیفی و تفسیری است. در روش اسنادی پژوهشگر به دنبال واکاوی مقاصد ذهنی و ادراک انگیزه‌های پنهان یک متن نیست. به همین دلیل، توسعه تکنیکی روش اسنادی را به سنت هرمنوتیک متصل کرد. در روش اسنادی علاقه پژوهشگر این است که از مقاصد و انگیزه‌های اسناد و متون و یا تحلیل‌های تاویلی یک متن خارج شده و آن را به‌عنوان زبان مکتوب و گفتمان نوشتاری نویسنده پذیرفته و مورد استناد قرار دهد.

در روش اسنادی، استفاده پژوهشگر از سنخ‌شناسی‌های متنوع و ایجاد طبقه‌بندی بین نظریه‌ها و رویکردهای متعدد جایگاه ویژه‌ای دارد (همان). در این نوشتار همان‌گونه که ملاحظه شد، دسته‌بندی‌هایی بر اساس نوع رسانه و تأثیر آن بر تحول ارتباطات سلامت با استفاده از اصول روش اسنادی ارائه شده است. همچنین یکی از تکنیک‌های روش اسنادی استفاده از جداول و طبقه‌بندی مفاهیم است که در این مقاله از این تکنیک استفاده شده است.

نتیجه‌گیری

تا قبل از پزشکی مدرن، ارتباطات، بهداشت و درمان عمدتاً غیر رسمی بود؛ پزشکان از طب سنتی، افسانه‌ها و یا توصیه‌های دینی و یا رسوم قومی خود برای درمان بیماری‌ها و صدمات استفاده می‌کردند، به همین ترتیب هم پزشکان و هم افراد عادی از مواد طبیعی اطراف خود بر اساس تجربه و تکرار برای مداوا استفاده می‌کردند. ارتباط بین نسلی راهی بود که از طریق آن اطلاعات و دانش انباشته پزشکی در طب سنتی به نسل‌های بعدی منتقل می‌شد. حتی در اوایل قرن بیستم هم تعداد کمی از مردم راغب به مراجعه به پزشکان بودند.

در جهان امروز سلامت یکی از مهمترین دغدغه‌های افراد، جوامع و دولت‌ها است. علاوه بر پیشرفت پزشکی فاکتور مهم دیگری که در بالا رفتن سطح بهداشت و سلامت افراد یک جامعه نقش مهمی دارد، آگاهی و اطلاع افراد جوامع از نتایج تحقیقات پزشکی و همچنین نحوه استفاده از آن‌ها می‌باشد. همگام با توسعه فناوری، وسایل ارتباطی هم توسعه و تکامل یافتند. با توسعه وسایل ارتباط جمعی این آگاهی‌ها با سرعت و کیفیت بیشتری در اختیار مخاطبان قرار می‌گیرد. همانگونه که تشریح شد، هر ابزار ارتباطی قابلیت متفاوتی در نشر پیام‌های سلامت دارد. بر اساس این قابلیت در تحول ارتباطات سلامت سهیم است. اینترنت به‌عنوان یک منبع بزرگ ارتباطی ظرفیت‌ها و قابلیت‌های گسترده‌ای در اختیار افراد قرار داده است. این رسانه با توجه به تعاملی بودن، انتخابی بودن، همه‌جایی بودن و دسترسی فراگیر تجربه متفاوتی را در انتشار، جستجو و مصرف اطلاعات

سلامت ایجاد کرده است. همچنین ترکیب اینترنت و تلفن‌های هوشمند تحول بزرگی در جستجو و دریافت پیام‌های سلامت ایجاد کرده است. البته اینترنت در صورتی می‌تواند یک منبع کاربردی و مهم در زمینه سلامت باشد که افراد اول سواد سلامت داشته باشند و مسئله شکاف دیجیتال و محدودیت دسترسی تا حد کافی برطرف شده باشد.

منابع

- امیرکافی، مهدی و سلیمان پاکسرشت (۱۳۹۰)، «حس اجتماع مجازی: پیشینه نظری و پیشرفت‌های روش شناختی»، فصل‌نامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، سال پنجم، شماره ۱۷، صص ۶۹-۹۶.
- جلایی‌پور، حمیدرضا و محمدی، جمال (۱۳۸۷)، نظریه‌های متاخر جامعه‌شناسی، تهران: نشر نی.
- خانیکی، هادی و راثی‌تهرانی، حمید، (۱۳۹۰)، «بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون»، فصل‌نامه مطالعات فرهنگی ارتباطات، سال دوازدهم، شماره ۱۵، پاییز ۱۳۹۰، صص ۱۵۱-۱۹۰.
- سیل، کلایو، (۱۳۸۷)، رسانه و سلامتی، ترجمه ناصر بلیغ، تهران: مرکز پژوهش‌های رادیو. عاملی، سعید رضا، شاهو صبار و مهدی رنجبر رضانی (۱۳۸۷)، مطالعات تلفن همراه: زندگی در حال حرکت، تهران، انتشارات سمت.
- عاملی، سعید رضا (۱۳۹۰)، رویکرد دوفضایی به آسیب‌ها، جرایم، قوانین و سیاست‌های فضای مجازی، تهران، انتشارات امیرکبیر.
- عاملی، سعید رضا (۱۳۹۰)، مطالعات جهانی شدن: دوفضایی شدن‌ها و دوج جهانی شدن‌ها، تهران، نشر نی.
- عاملی، سعید رضا (۱۳۸۷)، مطالعات شهر مجازی تهران: رویکردی تحلیلی به فضاهای شهری ایران، تهران، نشر آوای قلم.
- صادقی فسایی، شهلا و عرفان منش، ایمان، «مبانی روش‌شناختی پژوهش اسنادی در علوم اجتماعی»، فصلنامه راهبرد فرهنگ، شماره بیست و نهم، بهار ۱۳۹۴، صص ۶۱-۹۱.
- فیاض‌بخش، احمد و همکاران (۱۳۹۰)، «استفاده از اینترنت و سلامت در دانشجویان: بررسی آگاهی، نگرش و سبک زندگی مرتبط با اینترنت»، فصلنامه حکیم، سال چهاردهم، شماره ۲، صص ۹۶-۱۰۵.
- مک‌کوایل، دنیس (۱۳۸۲)، درآمدی بر نظریه‌های ارتباطات جمعی، ترجمه: پرویز اجلائی، تهران، دفتر مطالعات و توسعه رسانه‌ها.
- هلد، دیوید و آنتونی مک‌گرو، (۱۳۸۸)، نظریه‌های جهانی شدن، ترجمه مسعود کرباسیان، تهران، نشر چشمه.

منابع انگلیسی:

Cline. R. J. W. and Haynes. K. M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Journal of health education research: theory and practice*. Volume 16. Page 671-692.

Fotheringham, Michael J. Owies, David, Leslie, Eve. (2000). Interactive health communication in preventive medicine internet-based strategies in teaching and research, *American Journal of Preventive Medicine* ² Published by Elsevier Science. Volume 19

Fox, S., & Rainee, L. (2000). *The online health care revolution: How the web helps America take better care of themselves*. oxford Blackwell.

Fox, Susana. (2012). *Mobile health 2012*, Pew internet and American life project. Washington D.C: <http://pewinternet.org/Reports/2012/Mobile-Health.aspx>. Health Communication on the Internet: An Effective Channel for Health Behavior Change? , *Journal of Health Communication*, Volume 3.

Kifle, Mangistu, (2006). *A Theoretical Model for Telemedicine: Social and Value Outcomes in Sub-Saharan Africa*, Doctoral dissertation, Department of Computer and System Sciences Stockholm University/Royal Institute of Technology.

Kivits, J. (2004). *Researching the informed patient*. Information, Communication & Society.

Kline, Kimberly N. (2003). *Popular Media and Health: Images, Effects, and Institutions*, In T. Thompson & A.M. Dorsey et al (Eds.), *Handbook of health communication*. (p.557-581). Books published by Lawrence Erlbaum Associates.

Kreps, Gary I. Jim L. Query, Jr., and Ellen W. Bonaguro (2002). *The Interdisciplinary Study of Health Communication and Its Relationship to Communication Science: Health Communication Research :Guide to Developments and Directions*, Westport, CT: Greenwood Press

Pierce, Jojn p. & Glipin, Elizabeth A. (2001). News media coverage of smoking and health is associated with changes in population rates of smoking cessation but not initiation, *Tob Control*; doi:10, 145-153.

Rains, S. A. (2008). *Seeking health information in the information age: The role*

of Internet self-efficacy. *Western Journal of Communication*.

Salmon, C., & Atkin, C. (2003). "Using Media Campaigns for Health Promotion". In T.Thompson & A.M. Dorsey etal (Eds.), *Handbook of health communication* (2008). (1st ed.,p. 449-472). LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, PUBLISHERS

Wang, Zhang & Gantz. (2007). Health content in locale television news. *Journal of health communication*, 21(3), 213-222. Publisher: Routledge.

Viswanath, K. Emmons, K.M. (2006). Message effects and social deterrents of health : its application to cancer disparities . *journal of communication, international of communication association*.