

نقش رسانه‌ها در انتخاب سبک‌های زندگی سلامت‌محور (با تأکید بر مصرف رسانه‌ای شهروندان شهر تهران)

دکتر سیدمحمد مهدی‌زاده*، دکتر رضا خاشعی ✉

چکیده

تلاش‌های شتاب‌زده‌ای که در سده‌های اخیر برای گسترش ارتباطات بشری صورت گرفته، اثرات معکوسی بر سلامت همه انسان‌ها داشته و مسائل بهداشتی تازه‌ای را برای آنها به ارمغان آورده است. در این مقاله تلاش شده است تا با روش پژوهش ترکیبی، ابتدا محتوای پیام‌های سلامتی تولید شده در رسانه‌های جمعی منتخب: رادیو، تلویزیون، وب‌سایت سلامت‌نیوز و هفته‌نامه سلامت، استخراج و سپس، سبک‌های زندگی سلامت مردم شهر تهران به همراه میزان مصرف رسانه‌ای آنها، از طریق پیمایش با نمونه آماری ۸۰۲ نفر از شهروندان ۱۸ ساله و بالاتر، شناسایی شود تا در نهایت، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که بین مصرف رسانه‌ای افراد و سبک زندگی سلامت‌محور آنها؛ همچنین بین سبک زندگی سلامت‌محور افراد و پایگاه اجتماعی و اقتصادی آنها، ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از بخش تحلیل محتوا نیز حاکی از آن است که در هر چهار رسانه یاد شده، میزان پرداختن به بعد جسمانی سلامت در رتبه اول قرار دارد و پس از آن، ابعاد «اجتماعی»، «روانی» و «معنوی» به ترتیب، بیشترین فراوانی و مدت زمان را به خود اختصاص داده‌اند.

کلید واژه‌ها: سبک زندگی سلامت‌محور، مصرف رسانه‌ای، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، ارتباطات و سلامت، رفتارهای سلامت‌محور

* دکترای علوم ارتباطات، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

✉ نویسنده مسئول: دکترای علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی

Email: khashei4774@yahoo.com

پذیرش نهایی: ۹۶/۱۰/۲۵

تجدید نظر: ۹۶/۸/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۲

DOI: 10.22082/CR.2018.68751.1406

مقدمه

امروزه پزشکی مدرن، بیش از آنکه بر بیماری^۱ یا افراد بیمار تمرکز داشته باشد، بر موضوع سلامت^۲ و افراد سالم تأکید دارد. گسترش برنامه‌های غربالگری^۳ برای کشف نشانه‌های انواع بیماری و تلاش نظام‌های مراقبت از تندرستی برای ایجاد و تقویت زندگی سالم‌تر، از جمله شاخص‌های آشکار این تغییر رویکرد هستند. جامعه‌شناسان بر این باورند که عوامل اجتماعی را نه فقط به عنوان علت بیماری‌ها، بلکه به عنوان عوامل تندرستی نیز می‌توان در نظر گرفت؛ به این ترتیب، نتیجه می‌گیرند، یکی از سازوکارهای اساسی که سلامتی به واسطه آن به شکل اجتماعی، ایجاد یا تضعیف می‌شود، انواع سبک‌های زندگی است. اتخاذ سبک زندگی سلامت‌محور^۴ این امکان را برای مردم فراهم می‌آورد که به عنوان یک اقدام پیشگیرانه، قدری کنترل شخصی بر سلامت خود داشته باشند. برای بیشتر مردم، سبک‌های زندگی سلامت‌محور متضمن تصمیمات ریز و درشت درباره غذا، ورزش، غلبه بر فشار روحی، سیگار کشیدن، دارو، خطر تصادفات (استفاده از کمربند) و وضع ظاهری بدن است. در شرایط کنونی، سبک‌های زندگی سلامت‌محور می‌توانند به عنوان شیوه‌هایی از زیستن مفهوم‌پردازی شوند. انتخاب‌هایی که عموماً افراد سالم سعی دارند از طریق آنها سلامتشان را حفظ کنند یا بهبود بخشند و از بیماری و صدمه بپرهیزند (کاکرهام^۵ و ریچی^۶، ۱۹۹۷، ص ۵۷). حال در این میان، رسانه‌های جمعی یکی از متداول‌ترین بسترهای ارتباطی، برای رسیدن به مخاطب انبوه و تلاش برای اصلاح، بهبود و تغییر رفتارها و سبک‌های زندگی سلامت‌محور هستند (سروش^۷ و همکاران، ۲۰۰۶).

رسانه‌های جمعی علاوه بر حضور گسترده در زندگی افراد، به عنوان منبع اصلی اطلاعات مربوط به سلامتی، اثرات مهمی بر سلامت عمومی جامعه دارند و بی‌تردید، در سرتاسر جهان، نقش بسیار مهمی در سلامت فردی و عمومی؛ همچنین پیشگیری از انواع بیماری‌ها ایفا می‌کنند؛ به همین دلیل نیز منبع مهمی برای ارتقای سلامت به شمار می‌روند (ناندی و ناندی^۸، ۱۹۹۷، ص ۲۳۸). در اختیار

1. disease
3. screening
5. Cokerham
7. Suruchi

2. health
4. health lifestyle
6. Ritchey
8. Nandy & Nandy

داشتن اطلاعات صحیح، عنصری اساسی برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه است که موجبات توانمندسازی آحاد جامعه را فراهم می‌آورد (کیا و حسین‌پور، ۱۳۹۱، ص ۹۶).

حال با توجه به اهمیت محوری سلامت در زندگی انسان‌ها و همچنین نقش گسترده رسانه‌ها در اشاعه و فرهنگ‌سازی سلامت، شاید بتوان گفت؛ مسئله اساسی پژوهش حاضر، آشکارسازی این نکته است که آیا رسانه‌ها به‌تنهایی قادرند تا سلامت فردی و اجتماعی جامعه خود را با اهداف و مأموریت‌های خود ساماندهی کنند یا در این فرایند، نیاز به هماهنگی، یک‌صدایی و همسویی کامل با متولیان سلامت و بهداشت جامعه (سازمان‌ها و وزارتخانه‌های درگیر در امر سلامت) دارند؟ در این میان، رسانه‌ها چه نقشی دارند و انتخاب سبک‌های زندگی سلامت آحاد جامعه، تحت تأثیر کدام‌یک از متغیرهای ساختاری است؟ به‌عبارت دیگر، در شرایطی که رسانه‌های گروهی کشور ما، هرکدام در پی مأموریت‌های ابلاغی خود در حوزه سلامت هستند و متولیان سلامت کشور نیز سیاستگذاری و اجرای برنامه‌های خود را دنبال می‌کنند، آیا گروه‌های مختلف مردم دارای الگوهای مشخصی در حوزه رفتارهای سلامتی هستند؟ آیا سبک‌های زندگی سلامت‌محور مردم در پایگاه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی، در واقع همان‌گونه است که از سوی سیاستگذاران سلامت طراحی یا از سوی رسانه‌های جمعی اطلاع‌رسانی شده است؟ آیا رسانه‌های جمعی در این میان، محتوایی مناسب و ضروری برای مخاطبان تولید می‌کنند؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها، در پژوهش حاضر تلاش شده است تا ارتباط مصرف رسانه‌ای شهروندان شهر تهران با رفتارها و انتخاب‌های سلامت‌محور آنان (سبک‌شناسی سلامت) در قالب پیمایش مورد بررسی قرار گیرد. همچنین تلاش شده است تا در مطالعه‌ای همزمان، با روش تحلیل محتوا، نوع، حجم، سهم و ابعاد مختلف پیام‌های سلامتی تولید شده در رسانه‌هایی چون: رادیو، تلویزیون، نشریات، فضای مجازی استخراج و تحلیل شود تا در نهایت، در تحلیل نهایی، بین آنچه رسانه‌ها تولید کرده‌اند و آنچه مردم مبنای عمل و کنش خود قرار داده‌اند، ارتباط آماری برقرار گردد.

امروزه با وضعیت کاملاً متفاوتی روبه‌رو هستیم، وضعیتی که در آن اکثر مردم انتظار دارند تا سنین بالا عمر کنند در حالی که آحاد جامعه بیش از گذشته در معرض بیماری‌های مزمنی قرار گرفته‌اند که با سبک زندگی آنان در ارتباط است. بیماری‌های مزمنی چون: نارسایی‌های قلبی، انواع سرطان، فشار خون و دیابت را صرفاً نمی‌توان از طریق درمان‌های

پزشکی معالجه کرد بلکه برای پیشگیری و درمان قطعی آنها باید انتخاب‌های صحیحی در مسیر زندگی داشت.

ضرورت توجه بیش‌ازپیش به مسئله سلامت در رسانه‌ها، ارتباط مستقیمی با شناخت هر چه بیشتر این مقوله و اهمیت آن در زندگی امروزی ما دارد. در تعاریف جدید، سلامت هم کالای مصرفی و هم کالای سرمایه‌ای معرفی شده است. به این معنا که فرد، علاوه بر مطلوبیت مستقیمی که از مصرف سلامت به دست می‌آورد، به صورت غیرمستقیم و از طریق افزایش بهره‌وری ناشی از افزایش سرمایه سلامت نیز مطلوبیت کسب خواهد کرد (پورمقیم، ۱۳۷۶، ص ۵). سلامت شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند، دو جنبه‌ای که همیشه ممکن است بر هم منطبق نباشد (محسنی، ۱۳۸۸، ص ۴۳).

از زمان ظهور رسانه‌هایی چون رادیو و تلویزیون، بسیاری از سیاستگذاران حوزه سلامت و حامیان بهداشت جامعه بر این باورند که ارائه اطلاعات از طریق رسانه‌ها باعث می‌شود تا به‌طور خودکار، ابتدا نگرش‌ها تغییر یابد و سپس اصلاح رفتارها صورت گیرد. اساس سیاست‌های سلامت‌محور امروز، بر پیشگیری و مراقبت از خود تکیه دارند چراکه اگر انسان‌ها یاد بگیرند با ارتقای سواد سلامتی، خود را در مقابل بیماری‌ها تجهیز کنند دیگر هزینه‌های هنگفت دارویی و اتلاف وقت و انرژی گریبان آنها را نخواهد گرفت. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند، هرچقدر اطلاعات افراد جامعه در عرصه سلامت بیشتر شود، شاهد بیماری کمتری خواهیم بود.

بی‌دلیل نیست که امروزه انسان سالم، محور رشد اقتصادی هر کشور و اولویت ملی تلقی می‌شود. بر اساس مطالعات صورت گرفته در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشورمان، به ازای هر ۱۰۰۰ تومان سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت و پیشگیری حدود ۷۰۰۰ تومان صرفه‌جویی در کل مخارج نظام سلامت کشور صورت می‌گیرد (پناهی، ۱۳۹۵، ص ۴). پس به جرئت می‌توان گفت؛ ارتباطات و سلامت دو حوزه‌ای هستند که در کنار یکدیگر می‌توانند بر تصمیمات تقویت‌کننده سلامت فردی و اجتماعی تأثیر بگذارند و آن را بهبود بخشند. ارتقای سلامت آحاد جامعه از طریق بستر ارتباطات، حوزه نوینی را شکل داده که از آن به «ارتباطات سلامت‌بخش» یاد می‌کنند. در سطح فردی، ارتباطات سلامت می‌تواند آگاهی فرد را از خطرات ممکن افزایش دهد و محرک‌های ترغیب‌کننده و مهارت‌های مورد لزوم را برای کاهش این خطرات فراهم کند. در سطح اجتماعی نیز ارتباطات سلامت می‌تواند در راه تأثیرگذاری بر

دستورالعمل برنامه‌های جمعی، حمایت از سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت، افزایش تغییرات مثبت در محیط اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی جامعه، بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی، مراقبت‌های بهداشتی و سلامت جمعی و در نهایت، تشویق به رعایت هنجارهای اجتماعی که برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت جامعه مفید هستند، به کار گرفته شود (خانیک، ۱۳۹۳).

جدی گرفتن موضوع سلامت و اجرای سیاست‌های کلان سلامتی از سوی تمامی دستگاه‌های متولی امر سلامت؛ همچنین ترویج و نهادینه‌سازی صحیح این سیاست‌ها از طریق انعکاس جذاب و تأثیرگذار رسانه‌ها (دیداری، شنیداری، مکتوب، مجازی) می‌تواند بر روی باورهای غلط مرتبط با سلامتی تأثیر بگذارد و تصمیمات معطوف به سلامت افراد جامعه را متحول سازد تا از این پس شاهد بروز مرگ‌ومیر ۵۰ درصدی در حوزه بیماری‌های قلبی و عروقی و ۱۳ درصدی در حوزه انواع سرطان‌ها باشیم. بدیهی است در صورتی که بخواهیم دلیل اصلی این مرگ‌ومیرها را بدانیم، باید ریشه آنها را در عادات بد غذایی خانواده‌ها، فشارخون‌های کنترل نشده در میان مردم و در یک جمله، آگاهی نداشتن افراد جامعه از سبک‌های زندگی سالم جستجو کنیم. شایان ذکر است؛ توجه همسو و همزمان به دو مقوله سلامت و ارتباطات برای دستیابی سریع‌تر به جامعه سالم و توسعه‌یافته، از ویژگی‌ها و رویکردهای اساسی این پژوهش است که تاکنون در کمتر مطالعه‌ای به آن پرداخته شده است.

واضح است که این‌گونه بیماری‌ها را نمی‌توان مستقیم و به یکباره از طریق درمان‌های پزشکی معالجه کرد بلکه شیوه‌های عمل و سبک‌های زندگی ناسالم، مانند سیگار کشیدن، سوء‌مصرف الکل و دخانیات، مصرف غذاهای چرب و روابط جنسی پرخطر را باید از دلایل ابتلا به این بیماری‌ها به شمار آورد (کاکرهام، ۲۰۱۳، ص ۱۳۰). بی‌سبب نیست که جامعه‌شناسان معتقدند، این سبک زندگی افراد است که می‌تواند آنان را سالم نگه دارد یا به بیماری مبتلا کند (میرزایی و کرد زنگنه، ۱۳۸۹، ص ۱۱۴).

اهداف و پرسش‌های پژوهش

- شناخت محتوای پیام‌های سلامتی ارائه شده در رسانه‌ها («رادیو سلامت»، «برنامه‌های سلامت‌محور تلویزیون»، «هفته‌نامه سلامت» و «وب‌سایت سلامت‌نیوز»)
- شناخت نحوه و میزان دسترسی مردم تهران به پیام‌های سلامتی تولید شده از طریق رسانه‌ها

- شناخت کمیت و کیفیت رفتارها و سبک‌های زندگی سالم مردم شهر تهران
- شناخت و ارزیابی رفتارهای سالم مردم تهران بر اساس میزان دسترسی و تأثیرپذیری آنها از پیام‌های سلامتی تولید شده در رسانه‌ها
- شناخت میزان تطابق و همسویی پیام‌های تولید شده در حوزه سلامت با سیاست‌های اعلامی از سوی رسانه‌ها، نیازهای مردم و اسناد بالادستی
- توزیع و پراکندگی موضوعات سلامتی تولید شده (شامل: سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت معنوی) به تفکیک رسانه‌ها چگونه است؟
- میزان بهره‌مندی مردم تهران از پیام‌های سلامتی تولید شده از سوی رسانه‌های منتخب («راديو»، «تلویزیون»، «روزنامه» و «فضای مجازی») و به‌کارگیری آنها در رفتارهای سلامتی خود چگونه است؟
- پیام‌های تولید شده در حوزه سلامت تا چه حد با سیاست‌های اعلامی از سوی رسانه‌ها، نیازهای مردم و اسناد بالادستی تطابق و همسویی دارند؟
- چه میزان از مردم تهران از سبک‌های زندگی سالم برخوردارند؟

پیشینه پژوهش

قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود به دنبال مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای و زمینه‌ای آن در میان شهروندان بالای ۱۵ سال شهرستان تبریز بوده‌اند. یافته‌های پژوهش آنان نشان می‌دهد که سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب جنسیت، سن و وضعیت تأهل آنها متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان رابطه معناداری دارد.

شمسی (۱۳۸۹) در مطالعه خود به مطالعه سبک‌های زندگی سلامت‌محور در میان شهروندان بالای ۲۰ سال شهر بوکان پرداخته است. نتایج پژوهش حاکی از آن است که هرچند این افراد تا حدود زیادی رفتار سلامت‌محور داشته‌اند، دارای برخی شاخص‌های منفی و ناسالم نیز بوده‌اند. همچنین سبک زندگی سلامت‌محور با تمامی متغیرهای پژوهش به‌جز جنسیت، رابطه معنادار و مستقیم داشته است و هر قدر این متغیرها بهبود یافته‌اند، رفتارهای سلامت‌محور نیز در میان شهروندان بوکانی بهبود یافته است.

میرزایی و کرد زنگنه (۱۳۸۹) در پژوهشی با روش پیمایشی جمعیت ۶۵-۱۸ ساله شهر تهران

را بررسی کرده و تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور را مورد تحلیل قرار داده‌اند. نتایج پژوهش آنان نشان می‌دهد که از میان ابعاد متفاوت سبک زندگی سلامت‌محور، ابعدی نظیر کشیدن سیگار، مصرف الکل، فعالیت بدنی و ورزش در میان زنان کمتر مشاهده می‌شود و در مجموع، زنان نسبت به مردان و افراد واقع در سنین میان‌سالی و بعد از آن، سبک زندگی سالم‌تری دارند.

ترکمندی (۱۳۹۱) در پژوهش خود، رفتار بهداشتی ۴۲۰ نفر از مخاطبان تلویزیون را که تماشاگر برنامه‌های سلامت‌محور سیمای جمهوری اسلامی بوده‌اند، با روش پیمایشی مورد بررسی قرار داده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش، پربیننده‌ترین برنامه سلامت‌محور سیمای جمهوری اسلامی از نظر نمونه مورد مطالعه، برنامه «دکتر سلام» بوده است. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داده است که بین میزان تماشای این برنامه‌ها و سن پاسخگویان، ارتباط مستقیم برقرار است اما بین جنسیت و سطح تحصیلات، با میزان تماشا، ارتباط معناداری وجود ندارد.

چارچوب نظری پژوهش

مطالعه حاضر، برای یافتن شاخص‌ها و تحلیل نهایی، از رویکردهای نظری «سبک زندگی سلامت‌محور» و «کارکردها و تأثیرات رسانه»، به فراخور بهره‌برداری کرده است. در این ارتباط، آنچه محور اصلی مطالعات سبک زندگی سلامت‌محور محسوب می‌شود، الگوی نظری ارائه شده از سوی ویلیام کاکرهام است. وی از جمله تأثیرگذارترین افراد در این حوزه است. مدل نظری کاکرهام با عنوان «سبک زندگی سلامت‌محور» بر این مبنا استوار است که نوع تجارب و فرایند اجتماعی شدن که خود حاصل متغیرهای مختلف عوامل ساختاری است، ظرفیت‌هایی را برای انتخاب‌های زندگی^۱ فراهم می‌کند که در نتیجه آن، افراد مسیر عملشان را انتخاب و ارزیابی می‌کنند و در نتیجه، این قابلیت را به دست می‌آورند تا شرایطشان را تفسیر کنند، دست به انتخاب‌های عمدی بزنند و بر اساس معانی ذهنی خود، اعمالشان را تنظیم کنند. از نظر کاکرهام، سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، بر اساس انتخاب‌هایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصت‌های زندگی آنها مطابقت دارد. بر اساس

الگوی نظری وی، متغیرهای مختلف عوامل ساختاری، از سویی، فرصت‌های زندگی^۱ را می‌سازند و از سوی دیگر، زمینه اجتماعی شدن^۲ و تجارب^۳ مختلف را برای افراد ایجاد می‌کنند. مدلی که کاکرهام ترسیم کرده است، نشان می‌دهد کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی، تمایلات افراد را به عمل، ایجاد می‌کند. این تمایلات خود منجر به پدید آمدن عادت‌واره‌ها می‌شوند. به این ترتیب، عادت‌واره‌هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته‌اند، عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند و در مجموع، منجر به سبک‌های زندگی سلامت‌محور می‌شوند. در این پژوهش، متغیرهای دیگری نیز در حوزه مصرف رسانه‌ای افراد و نقش و جایگاه آنان در فرایند جامعه‌پذیری، به مدل کاکرهام اضافه شده است. در الگوی نظری کاکرهام اشاره مستقیمی به مصرف رسانه‌ای و میزان بهره‌مندی افراد از این مؤلفه نشده است. به نظر می‌رسد با توجه به جایگاه و نفوذ رسانه‌ها در زندگی روزمره افراد و نقش آموزشی آنها در تمامی عرصه‌ها، به‌ویژه سلامت عمومی، سنجش و ارزیابی این مؤلفه، یکی از ضرورت‌ها و به‌نوعی، تکمیل‌کننده مدل نظری کاکرهام باشد. در این مطالعه، همچنین مفروض گرفته شد که رسانه‌ها به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ای، در کنار متغیرهای ساختاری، نقش بسیار مهم، سازنده و تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری افکار، تمایلات و رفتار سلامت‌محور افراد دارند.

روش‌شناسی پژوهش

در پژوهش حاضر، به‌منظور دستیابی به یک تحلیل کامل‌تر و جامع‌تر در حوزه سبک زندگی سلامت، از ظرفیت‌های موجود در دو روش پژوهش کمی و کیفی به‌طور پیوسته و متوالی^۴ بهره‌گیری شده است. از این رو، طراحی پژوهش بر اساس طرح مبتنی بر روش ترکیبی صورت گرفته است. برای انجام این پژوهش نیاز به تحلیل محتوای رسانه‌های جمعی بود و به‌منظور تطبیق نتایج به دست آمده با مأموریت رسانه‌های مورد بررسی، لازم بود تا پس از مصاحبه‌های عمیق با متولیان ذی‌ربط، نتایج به دست آمده از بخش تحلیل محتوا به آنان ارائه شود. همچنین برای اطلاع از میزان مصرف رسانه‌ای و سبک زندگی سلامت شهروندان شهر تهران، نیاز به انجام یک پیمایش برای جمع‌آوری اطلاعات در

1. life chances
3. experience

2. socialization
4. sequential form

سطح مناطق ۲۲گانه شهر تهران بود و در نهایت، برای جمع‌بندی داده‌های به دست آمده و آشنایی با نظرهای متفاوت خبرگان ضرورت داشت تا یک جلسه بحث گروهی متمرکز^۱ برگزار شود و طی آن، تمامی نتایج پژوهش از ابعاد مختلف مورد بازنگری و موشکافی قرار گیرد. در این پژوهش غلبه با روش کمی بوده و از روش کیفی برای پشتیبانی از روش کمی استفاده شده است. بنابراین، رویکرد این پژوهش از نوع تبیینی بوده است. جزئیات بیشتر روش پژوهش در قالب دو بخش کمی و کیفی، به ارائه شده است:

الف) بخش کمی

۱. **تحلیل محتوا:** به منظور استخراج و دستیابی به میزان، حجم و ابعاد مختلف پیام‌های سلامت‌محوری که در رسانه‌های منتخب منعکس می‌شوند، ابتدا فرمی حاوی متغیرها و مقولات مرتبط با اهداف و پرسش‌های پژوهش طراحی شد و سپس، شاخص‌ترین برنامه‌های سلامت‌محور صداوسیما بر اساس آخرین نظرسنجی‌های انجام‌گرفته در رسانه ملی مورد شناسایی قرار گرفت. همچنین سایت سلامت‌نیوز و هفته‌نامه سلامت، به‌عنوان شاخص‌ترین نمایندگان دو حوزه رسانه‌های مجازی و مکتوب، مطابق نمونه‌گیری مورد تحلیل محتوای کمی قرار گرفت. سپس از نتایج به دست آمده از این مطالعه، برای طراحی سؤالات پرسشنامه مرحله بعد (پیمایش) بهره‌گیری شد. جامعه نمونه این پژوهش، شامل ۵۲ روز از برنامه‌های یاد شده در ۵۲ هفته سال ۱۳۹۲ بوده است. ابتدا با روش نمونه‌گیری غلطان یا هفته مرکب^۲ روزهای مورد نظر انتخاب شده‌اند و سپس برنامه‌های شاخص، پرشونده و پربیننده شبکه‌ها که زمان پخش آنها بیشتر از ۳۰ دقیقه و طی ساعات ۱۸-۸ بوده، مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

۲. **پیمایش:** به منظور استخراج و دستیابی به میزان مصرف رسانه‌ای مردم شهر تهران و همچنین شناسایی رفتارهای مرتبط با سلامت و سبک‌های زندگی سلامت‌محور آنان، یک نظرسنجی با نمونه‌ای ۸۰۲ نفری از شهروندان در مناطق ۲۲گانه شهر تهران و بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در سال ۱۳۹۳ به اجرا درآمد که طی آن، میزان مصرف، بهره‌گیری و رضایت شهروندان از برنامه‌های سلامت‌محور تولید شده و همچنین شاخص‌های مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور آنان استخراج شد و در نهایت، مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

ب) بخش کیفی

مصاحبه نیمه ساخت‌یافته^۱: پس از استخراج و تحلیل اولیه بخش کمی پژوهش (تحلیل محتوا و پیمایش) در این قسمت، یک سلسله گفتگو و مصاحبه، با مدیران حوزه‌های تولیدکننده پیام‌های سلامتی در چهار رسانه منتخب، با هدف دستیابی به میزان تطابق بین سیاست‌های ابلاغی رسانه‌ها با عملکردشان در حوزه تولید پیام انجام گرفت و نتایج آن برای قسمت بعدی پژوهش آماده شد.

بحث گروهی متمرکز: پس از جمع‌آوری تمامی نتایج در سه قسمت قبلی، به منظور شناسایی فاصله‌های موجود بین تولید پیام‌های سلامت‌محور در رسانه‌ها و مصرف پیام‌های سلامت‌محور از سوی مخاطبان (مردم) و همچنین برای دستیابی به راهکارهای اجرایی در خصوص بهبود وضعیت سلامت جامعه، یک جلسه بحث گروهی متمرکز با خبرگان حوزه سلامت (خبرگان اجرایی - خبرگان دانشگاهی) برگزار شد که از نتایج آن، در تبیین داده‌ها، تحلیل ثانویه و ارائه راهکارهای نهایی پژوهش استفاده گردید.

تعاریف نظری پژوهش

سلامتی^۲: بنابر تعاریف سازمان بهداشت جهانی^۳، سلامتی، فقط نبود بیماری نیست، بلکه به رفاه و آسایش کامل جسمانی، اجتماعی، روانی و معنوی اطلاق می‌شود (۲۰۰۰، ص ۶۲).

سلامت جسمانی^۴: سلامت جسمانی را می‌توان به‌عنوان وضعیتی از سلامت عمومی تعریف کرد که در آن فرد قادر است تمام فعالیت‌های روزمره خود را بدون مشکل انجام دهد.^۵

سلامت اجتماعی^۶: سلامت اجتماعی به توانایی فرد برای شکل دادن به روابط شخصی معنادار با دیگران اطلاق می‌شود. سلامت اجتماعی همچنین نشانه‌ای از توانایی فرد برای مدیریت موقعیت‌های اجتماعی و رفتار مناسب و متناسب با موقعیت مزبور است.

سلامت روانی^۷: وضعیت روان‌شناختی فردی است که به لحاظ عاطفی و رفتاری، در سطحی رضایت‌بخش رفتار می‌کند. سلامت روان یعنی اینکه فرد بتواند عملکردی موفق و عالی

1. semi-structured interview
3. World Health organization(WHO)
5. www.reference.com
7. mental health

2. health
4. physical health
6. social health

از نظر تفکر، خلق و خو و رفتار داشته باشد. همچنین فعالیت‌های مفیدی در جامعه انجام دهد، روابط مثبت با دیگران برقرار کند، با مشکلات، فشارهای روحی و ناملايمات زندگی کنار آید و توانایی کمک به دیگران را هم داشته باشد (ربر، ترجمه کریمی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۵۴۴). سلامت معنوی: بعد معنوی سلامت، پدیده‌ای مادی نیست، بلکه به قلمرو ایده‌ها، باورها، ارزش‌ها و اخلاقیاتی تعلق دارد که برآمده از ذهن و وجدان انسان‌ها، به‌ویژه ایده‌های آرمان‌گرایانه است. ایده‌های آرمان‌گرایانه باعث به وجود آمدن آرمان‌های سلامتی شده‌اند، آرمان‌هایی که به‌نوبه خود، راهبردهای عملیاتی برای سلامت همگانی به وجود آورده‌اند و هدف آنها دستیابی به نتیجه‌ای است که هم دارای بُعد مادی و هم دارای بُعد معنوی باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۱). سبک‌های زندگی سلامت‌محور از نظر کارهام و ریچی (۱۹۹۷) الگوهای تجمعی رفتارهای مرتبط با سلامت هستند که بر اساس انتخاب از گزینه‌های در دسترس افراد با توجه فرصت‌های زندگی‌شان بنا نهاده شده‌اند. این فرصت‌ها شامل تأثیرات جنس، سن، نژاد / قومیت و دیگر متغیرهایی هستند که بر انتخاب‌های سبک زندگی تأثیر می‌گذارند (میرزایی و کرد زنگنه، ۱۳۸۹، ص ۱۲۸).

تعاریف عملیاتی

در این مطالعه برای عملیاتی کردن مفاهیم اساسی و نظری پژوهش ۵۸ سؤال بسته در قالب یک پرسشنامه طراحی شده است و در قالب یک پیمایش، در سطح مناطق ۲۲گانه شهرداری تهران، ۸۰۲ نفر از شهروندان مورد پرسش و سنجش قرار گرفته‌اند. همچنین به‌منظور انجام آزمون‌های دقیق همبستگی، ضروری بود تا بسیاری از متغیرهای پژوهش به شیوه‌ای روشمند دسته‌بندی و ادغام شوند. از این‌رو، از سوی پاسخ‌های ارائه شده توسط پاسخگویان نوع پاسخ و همچنین بر اساس شاخص‌های تعریف شده از جانب خبرگان دانشگاهی از طریق نرم‌افزار SPSS به‌گونه‌ای روشمند، تفکیک و در قالب چهار مؤلفه کلان، دسته‌بندی و متمایز شدند.

چهار مؤلفه کلان شاخص‌سازی شده عبارت‌اند از: «پایگاه اقتصادی - اجتماعی»؛ «سبک

1. spiritual health

زندگی سلامت؛ «گونه مصرف رسانه‌ای» و «میزان مصرف رسانه‌ای» که زیرمجموعه‌های آن به شرح زیر است:

برای مؤلفه پایگاه اقتصادی - اجتماعی، پاسخگویان بر اساس میزان برخورداری از امکانات، تجهیزات و لوازم منزل، به ۵ تیپ (شامل: پایگاه بالا؛ پایگاه متوسط بالا؛ پایگاه متوسط؛ پایگاه متوسط پایین و پایگاه پایین) تفکیک شدند. همچنین برای مؤلفه سبک زندگی سلامت، پاسخگویان بر اساس نوع پاسخ‌های خود به ۵ تیپ (شامل: سبک زندگی سالم؛ سبک زندگی تا حدودی سالم؛ سبک زندگی نیمه سالم؛ سبک زندگی تا حدودی ناسالم و سبک زندگی ناسالم) تفکیک و از یکدیگر متمایز شدند؛ برای مؤلفه گونه مصرف رسانه‌ای نیز پاسخگویان بر اساس نوع پاسخ‌های ارائه شده به ۳ تیپ (شامل: مخاطب فعال؛ مخاطب نیمه‌فعال و غیربیننده) از یکدیگر تفکیک شدند و در نهایت، برای میزان مصرف رسانه‌ای پاسخگویان به ۳ تیپ (شامل: مصرف کم؛ مصرف متوسط و مصرف زیاد) تفکیک و از یکدیگر متمایز شدند.

شایان ذکر است که تفکیک و مرزبندی صورت گرفته بر روی مؤلفه‌ها و شاخص‌های این پژوهش، بر اساس دیدگاه‌های خبرگان و استادان صاحب‌نظر در حوزه ذی‌ربط بوده و برای تعدیل گویه‌های مختلف‌الطول، از فرمول‌های استانداردسازی و هم‌ارزسازی امتیازها بهره‌گیری شده است؛ از این طریق، تعداد گویه‌هایی که ابعاد آنها با یکدیگر برابر نبوده‌اند، هم‌ارز شده‌اند.

یافته‌های پژوهش

الف) بخش تحلیل محتوای رسانه‌های جمعی مورد بررسی

با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی از موضوع سلامتی و برشمردن وجوه چهارگانه آن (جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی)، در پژوهش حاضر نیز برای ارزیابی پیام‌های تولید شده از سوی رسانه‌های منتخب، هر چهار بعد سلامتی مورد توجه و سنجش قرار گرفته‌اند. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در میان ابعاد چهارگانه سلامت، بیشترین توجه رسانه‌ها (برنامه‌ها و مطالب منعکس شده در فضای مجازی و مکتوب) به بعد سلامت جسمانی (بین ۶۷ تا ۷۶ درصد) معطوف بوده است و در این میان، بیشترین حجم پرداخت متعلق به بعد سلامت جسمانی در تلویزیون (با ۷۵/۵ درصد) و سپس هفته‌نامه سلامت (با ۷۶/۱ درصد) بوده

است. همچنین کمترین توجه رسانه‌ها، معطوف به بعد سلامت معنوی بوده که در این میان، وضعیت رادیو بهتر از دیگر رسانه‌های مورد بررسی است.

در بعد سلامت اجتماعی نیز وضعیت وب‌سایت سلامت‌نیوز به‌طور نسبی، مطلوب‌تر بوده (۱۸/۳ درصد) و در بعد سلامت روانی، وضعیت رادیو (۱۷/۵ درصد) از دیگر رسانه‌ها بهتر ارزیابی شده است. به نظر می‌رسد اختلاف قابل توجهی که در میزان پرداختن به بعد جسمانی سلامت دیده می‌شود، حاکی از پرتنگ بودن رویکرد جسمانی سلامت در جامعه و فقدان آگاهی‌های لازم از تأثیرات ابعاد دیگر سلامت (روانی؛ اجتماعی و معنوی) بر ارتقای سلامت فرد و جامعه است.

جدول ۱. توزیع درصد میزان پرداخت به ابعاد چهارگانه سلامت به تفکیک رسانه‌های مورد بررسی

ابعاد	رسانه‌ها	رادیو سلامت	تلویزیون	وب‌سایت سلامت نیوز	هفته‌نامه سلامت
بعد سلامت جسمانی	۶۷/۵	۷۵/۵	۶۸/۴	۷۶/۱	
بعد سلامت اجتماعی	۱۳	۱۲/۵	۱۸/۳	۱۱/۶	
بعد سلامت روانی	۱۷/۵	۱۱/۵	۱۳/۱	۱۱/۱	
بعد سلامت معنوی	۲	۰/۵	۰/۲	۱/۲	

نتایج به دست آمده از جدول ۲ نشان می‌دهد که هدف‌گیری هر چهار رسانه (رادیو؛ تلویزیون؛ وب‌سایت سلامت‌نیوز و هفته‌نامه سلامت) با اختلاف به نسبت زیادی معطوف به سلامت فرد است (بین ۷۶ تا ۹۴ درصد). نتایج نشان می‌دهد که رادیو و تلویزیون، به دلیل مشابهت در اصول و خط‌مشی‌های کلان رسانه ملی، وضعیت‌های مشابهی دارند. در واقع این دو رسانه بیشترین توجه و اهتمام خود را در برنامه‌سازی‌ها، معطوف به سلامت افراد می‌دانند و از سلامت جامعه و سلامت خانواده به هر دلیلی کمتر سخن می‌رانند. در حوزه سلامت جامعه، دو رسانه «وب‌سایت سلامت‌نیوز» و «هفته‌نامه سلامت» وضعیت به نسبت بهتری از رادیو و تلویزیون دارند و در حوزه سلامت خانواده، وضعیت هفته‌نامه سلامت از دیگر رسانه‌ها بهتر است.

جدول ۲. توزیع درصد رویکرد کلان برنامه‌ها و مطالب منعکس شده به تفکیک سطوح مختلف سلامت و رسانه

رسانه‌ها / سلامت	رادیو سلامت	تلویزیون	وبسایت سلامت نیوز	هفته‌نامه سلامت
سلامت فرد	۹۴	۹۲	۸۶/۸	۷۶/۸
سلامت جامعه	۳	۳/۹	۹/۳	۹/۱
سلامت خانواده	۳	۴/۱	۳/۹	۱۴/۲

دو رویکرد «پیشگیرانه بودن» یا «درمان‌محور بودن» برنامه‌های سلامتی، همواره جزء سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی بوده‌اند که در تمامی نظام‌های سلامتی در سراسر دنیا مطرح هستند. اهمیت این موضوع تا جایی است که در تمامی اسناد بالادستی نظام‌های سلامتی دنیا (از جمله ایران) بر اولویت داشتن رویکرد پیشگیرانه بر درمان‌محور تأکید شده است. هرچند رویکرد پیشگیرانه در تلویزیون، نسبت به رادیو و دیگر رسانه‌ها وضعیت بهتری دارد، انتظار می‌رود که رادیو و تلویزیون، با توجه به ضریب نفوذی که در میان مخاطبان دارند و با توجه به سیاست‌های کلانی که برای آنها ترسیم شده است (در سیاست‌های کلان سازمان صداوسیما نسبت ۸۰ درصد رویکرد پیشگیرانه و ۲۰ درصد رویکرد درمان‌محور پیش‌بینی شده است)، رویکرد پیشگیرانه را با شتاب بیشتری (به‌ویژه در رادیو) ادامه دهند.

جدول ۳. توزیع درصد رویکرد کلی برنامه‌ها و مطالب منعکس شده به تفکیک رسانه

رسانه‌ها / رویکردها	رادیو سلامت	تلویزیون	وبسایت سلامت نیوز	هفته‌نامه سلامت
رویکرد درمان‌محور	۴۷	۴۸/۵	۲۸/۳	۵۷
رویکرد پیشگیرانه	۵۳	۵۱/۵	۷۱/۷	۴۳

ب) بخش پیمایش

۱. توزیع پاسخگویان بر اساس سبک زندگی سلامت‌محور؛ پایگاه اقتصادی و اجتماعی؛ مصرف رسانه‌ای

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تنها ۹ درصد از پاسخگویان شهر تهران، دارای سبک زندگی «سالم» بوده‌اند و حدود ۴۵ درصد نیز از سبک زندگی «تا حدودی سالم» برخوردارند. دیگر یافته‌های حاصل از تیپ‌سازی صورت گرفته، حاکی از آن است که بیش از یک‌پنجم پاسخگویان (۲۲/۲ درصد) در پایگاه اجتماعی - اقتصادی

«بالا» و حدود ۱۰ درصد از آنان در پایگاه اجتماعی- اقتصادی «پایین» قرار گرفته‌اند.

۲. سنجش ارتباط میان متغیرهای پژوهش

نتایج حاصل از این آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که میان متغیرهای پژوهش ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج به دست آمده حاکی است که بین سبک زندگی سلامت‌محور و مصرف رسانه‌ای رابطه‌ای با شدت $0/18$ در سطح معناداری $0/000$ مشاهده می‌شود. این محاسبه نشان دهنده آن است که با اطمینان ۹۹ درصد، میان دو متغیر ارتباط آماری معناداری وجود دارد. علاوه بر این، رابطه مثبت و معناداری نیز بین گونه مصرف رسانه‌ای و پایگاه اقتصادی- اجتماعی مشاهده شده است. ضریب پیرسون با شدت $0/151$ و در سطح معناداری $0/000$ نشان از وجود رابطه مثبت و معنادار، میان دو متغیر در سطح بسیار بالایی احتمال (۹۹ درصد) دارد. در نهایت نیز، رابطه‌ای مثبت و معنادار میان سبک زندگی سلامت‌محور و پایگاه اقتصادی- اجتماعی به چشم می‌خورد. این رابطه نیز با اطمینان ۹۹ درصد، در سطح بسیار بالای آماری $0/000$ مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۴. آزمون ارتباطی پیرسون برای سنجش رابطه میان متغیرهای اصلی پژوهش

نام متغیر		مصرف رسانه‌ای	سبک زندگی سلامت‌محور	پایگاه اجتماعی- اقتصادی
گونه مصرف رسانه‌ای	ضریب پیرسون	۱	$0/181$	$0/151$
	سطح معناداری		$0/000$	$0/000$
سبک زندگی سلامت‌محور	ضریب پیرسون		۱	$0/201$
	سطح معناداری			$0/000$
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	ضریب پیرسون			۱
	سطح معناداری			

۳. آزمون مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش

نتیجه آزمون مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد، بین دو گروه جنسیتی (مردان و زنان) به لحاظ گونه مصرف رسانه‌ای و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، تفاوت معناداری مشاهده نشده است اما به لحاظ سبک زندگی سلامت‌محور، مردان از میانگین به نسبت بهتری نسبت به

زنان برخوردار بوده‌اند و تفاوت میانگین این دو گروه جنسیتی در سطح معناداری ۰/۰۰۰ بوده است. در نتیجه می‌توان گفت، مردان به دلایل متعددی چون تمکن مالی بیشتر، تحرک و فعالیت‌های فیزیکی؛ همچنین انجام فعالیت‌های ورزشی بیشتر، نسبت به زنان، از رفتارها و سبک زندگی سالم‌تری برخوردار بوده‌اند و زنان به دلایل مختلفی مانند تحرک کمتر و دریافت کالری بیشتر در منزل، همچنین نداشتن فراغت لازم برای رسیدگی به خود به دلیل تربیت فرزندان و انجام کارهای منزل، هم در شاخص سبک زندگی سلامت‌محور هم در شاخص توده بدنی، دارای میانگین بالاتری (ناسالم‌تر) بوده‌اند.

جدول ۵. آزمون مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	درجه آزادی	T	میانگین‌ها	گروه‌ها	آزمون متغیر
۰/۸۲۴	۴۳۴	۰/۲۱۹	۷/۷۸	مرد	گونه مصرف رسانه‌ای
			۷/۸۱	زن	
۰/۲۴۰	۴۹۴	۱/۱۶	۲۲/۷	مرد	میزان مصرف رسانه‌ای
			۲۳/۳	زن	
۰/۰۰۰	۷۴۲	۱/۲۴	۱/۰۷	مرد	سبک زندگی سلامت‌محور
			۱/۱	زن	
۰/۲۱۲	۸۰۰	۶/۵۷	۳/۰۵	مرد	پایگاه اقتصادی - اجتماعی
			۳/۱۶	زن	
۰/۰۰۹	۷۵۴	۰/۰۵۰	۲۵/۸۱	مرد	شاخص توده بدنی
			۲۸/۰۴	زن	

۴. توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی

بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، حدود ۶۰ درصد از افراد پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا و ۶۲ درصد از افراد پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط بالا، مخاطبان فعال برنامه‌های سلامت هستند. در حالی که در افراد پایگاه پایین و متوسط پایین، این نسبت به ترتیب به ۵۸ و ۴۵ درصد کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، ۳۸/۵ درصد از پاسخگویان پایگاه بالا، بیننده برنامه‌های سلامت نیستند و این نسبت در پایگاه پایین و متوسط پایین، به ترتیب ۳۰ و ۴۹ درصد است. در مجموع، ضریب محاسبه شده گاما در سطح معناداری ۰/۰۴۴ نشان می‌دهد که ارتباط معناداری میان گونه مصرف رسانه‌ای و پایگاه اقتصادی - اجتماعی وجود دارد.

جدول ۶. توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی

مجموع		پایگاه اقتصادی - اجتماعی										مصرف رسانه‌ای	
		بالا		متوسط بالا		متوسط		متوسط پایین		پایین			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵۷/۸	۴۶۴	۶۰/۵	۱۱۴	۶۲	۱۲۶	۶۰	۱۲۲	۴۵	۶۲	۵۸	۴۰	مخاطب فعال	گونه مصرف رسانه‌ای
۴/۷	۳۸	۱	۲	۳	۶	۷	۱۴	۶	۸	۱۱/۵	۸	مخاطب غیرفعال (متفعل)	
۳۷/۵	۳۰۰	۳۸/۵	۷۲	۳۵	۷۱	۳۳	۶۸	۴۹	۶۸	۳۰/۵	۲۱	غیر مخاطب	
۱۰۰	۸۰۲	۱۰۰	۱۸۸	۱۰۰	۲۰۳	۱۰۰	۲۰۴	۱۰۰	۱۳۸	۱۰۰	۶۹	مجموع	
		۰/۰۴۴		سطح معناداری				۰/۵۲				ضریب گاما	

۵. توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب سبک زندگی سلامت‌محور

نتایج به دست آمده از این مطالعه حاکی از آن است که حدود ۸۰ درصد افرادی که سبک زندگی سالم داشته‌اند، از مخاطبان فعال برنامه‌های سلامت بوده‌اند در حالی که نزدیک به ۲۰ درصد این افراد، از مخاطبان فعال برنامه‌ها نبوده‌اند. نکته جالب توجه اینجاست که تمامی افراد برخوردار از سبک زندگی سالم، یا مخاطب فعال بوده‌اند یا اصلاً در زمره مخاطبان نبوده‌اند. از این رو، هیچ‌یک از پاسخگویان این گروه، در زمره مخاطبان غیرفعال جای نگرفته‌اند. علاوه بر این، نزدیک به دوسوم افراد برخوردار از سبک زندگی ناسالم نیز افرادی بوده‌اند که مخاطب برنامه‌های سلامت محسوب نمی‌شده‌اند. این موضوع از طریق ضریب «گاما» در سطح معناداری ۰/۰۰۰ نشان می‌دهد که ارتباط مستقیمی میان گونه مصرف رسانه‌ای و سبک زندگی سلامت‌محور وجود دارد چنان‌که افراد دارای سبک زندگی سالم، بیش از دیگران مخاطبان فعال برنامه‌های سلامت هستند.

جدول ۷. توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب سبک زندگی سلامت‌محور

مجموع		سبک زندگی سلامت‌محور										سبک زندگی مصرف رسانه‌ای	
		ناسالم (پرخطر)		تا حدودی ناسالم		نیمه سالم		تا حدودی سالم		سالم			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵۷/۹	۴۶۴	۳۳/۳	۲	۴۲/۱	۳۲	۳۵/۵	۱۵۴	۶۰/۶	۲۱۸	۸۰/۶	۵۸	مخاطب فعال	گونه مصرف رسانه‌ای
۴/۷	۳۸	۰	۰	۲/۶	۲	۵/۶	۱۶	۵/۶	۲۰	۰	۰	مخاطب غیر فعال (منشعل)	
۳۷/۴	۳۰۰	۶۶/۷	۴	۵۵/۳	۴۲	۴۱	۱۱۸	۳۳/۹	۱۲۲	۱۹/۴	۱۴	غیر مخاطب	
۱۰۰	۸۰۲	۱۰۰	۶	۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۲۸۸	۱۰۰	۳۶۰	۱۰۰	۷۲	مجموع	
		۰/۰۰۰		سطح معناداری				۰/۲۷		ضریب گاما			

۶. توزیع سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب پایگاه اقتصادی- اجتماعی

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که ۴۸ درصد از افراد پایگاه بالا و ۵۰ درصد از افراد پایگاه متوسط بالا، سبک زندگی تا حدودی سالم داشته‌اند در حالی که در پایگاه‌های پایین و متوسط پایین، این میزان به ترتیب، به ۴۲ و ۲۷/۵ درصد کاهش یافته است. هیچ‌یک از پاسخگویان پایگاه بالا، سبک زندگی پرخطر نداشته‌اند و ۲۸ درصد آنان نیز سبک زندگی نیمه سالم داشته‌اند در حالی که ۴۰/۵ درصد از پاسخگویان پایگاه پایین، برخوردار از سبک زندگی نیمه سالمی بوده‌اند. ضریب محاسبه شده گاما در سطح معناداری ۰/۰۳۰ نشان می‌دهد که ارتباط مستقیمی میان پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد پایگاه‌های بالاتر دارای سبک زندگی سالم‌تری در مقایسه با پایگاه‌های پایین‌تر هستند.

جدول ۸. توزیع سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی

مجموع		پایگاه اجتماعی - اقتصادی										سبک زندگی سلامت‌محور
		بالا		متوسط بالا		متوسط		متوسط پایین		پایین		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۹	۷۵	۱۳	۲۵	۷/۵	۱۶	۵/۹	۱۲	۱۳	۱۸	۶	۴	سالم
۴۴/۹	۳۵۷	۴۸	۹۱	۵۰	۱۰۱	۴۸	۹۸	۲۷/۵	۳۸	۴۲	۲۹	تا حدودی سالم
۳۵/۹	۲۸۸	۲۸	۵۲	۳۱/۵	۶۴	۴۱/۲	۸۴	۴۳/۵	۶۰	۴۰/۵	۲۸	نیمه سالم
۹/۵	۷۶	۱۱	۲۰	۱۰	۲۰	۴/۹	۱۰	۱۴/۵	۲۰	۸/۵	۶	تا حدودی ناسالم
۰/۷	۶	۰	۰	۱	۲	۰	۰	۱/۴	۲	۳	۲	ناسالم (پرخطر)
۱۰۰	۸۰۲	۱۰۰	۱۸۸	۱۰۰	۲۰۳	۱۰۰	۲۰۴	۱۰۰	۱۳۸	۱۰۰	۶۹	مجموع
		۰/۰۳۰		سطح معناداری				۰/۱۷				ضریب گاما

۷. مقایسه میزان مصرف رسانه‌ای در میان پایگاه‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که هیچ‌یک از افراد پایگاه بالا و متوسط بالا، میزان مصرف رسانه‌ای خیلی کم نداشته‌اند. علاوه بر این، حدود ۵۶ درصد از افراد پایگاه بالا، مصرف رسانه‌ای خیلی زیاد و ۴۱ درصد، مصرف رسانه‌ای زیاد داشته‌اند در حالی که تنها ۱۶ درصد افراد پایگاه پایین، از میزان مصرف رسانه‌ای خیلی زیاد برخوردار بوده‌اند. ارزیابی میزان مصرف رسانه‌ای کم نیز نشان می‌دهد که ۱۲ درصد از افراد پایگاه پایین و ۱۱ درصد از افراد پایگاه متوسط پایین، از مصرف رسانه‌ای کمی برخوردار بوده‌اند.

این در حالی است که هیچ‌یک از افراد پایگاه بالا در چنین وضعیتی قرار نداشته‌اند. میزان ضریب گاما نیز حاکی از آن است که بین میزان مصرف رسانه‌ای و پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد ارتباط معناداری وجود دارد.

جدول ۹. مقایسه میزان مصرف رسانه‌ای در میان پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی

مجموع		پایگاه اقتصادی - اجتماعی										پایگاه مصرف رسانه‌ای	
		بالا		متوسط بالا		متوسط		متوسط پایین		پایین			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	میان	مصرف رسانه‌ای
۲/۶	۱۲	۰	۰	۰	۰	۱/۵	۲	۶/۵	۶	۰/۸	۴	خیلی کم	میان
۷/۴	۳۴	۰	۰	۵/۲	۶	۸/۸	۱۲	۱۰/۹	۱۰	۱۲	۶	کم	
۱۴/۳	۶۶	۲/۹	۲	۸/۶	۱۰	۱۷/۶	۲۴	۲۱/۷	۲۰	۲۰	۱۰	متوسط	مصرف
۳۵/۵	۱۶۴	۴۱/۲	۲۸	۳۱	۳۶	۳۵/۳	۴۸	۳۲/۶	۳۰	۴۴	۲۲	زیاد	
۴۰/۳	۱۸۶	۵۵/۹	۳۸	۵۵/۲	۶۴	۳۶/۸	۵۰	۲۸/۳	۲۶	۱۶	۸	خیلی زیاد	رسانه‌ای
۱۰۰	۴۶۲	۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۱۳۶	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۵۰	مجموع	
۰		سطح معناداری					۰/۳۸					ضریب گاما	

ج) بخش کیفی

این بخش از پژوهش نتیجه مصاحبه‌های عمیقی است که با خبرگان و متولیان حوزه سلامت در هر چهار رسانه منتخب (راديو، تلویزیون، وبسایت سلامت‌نیوز و هفته‌نامه سلامت) صورت گرفته است. به عبارت دیگر، پس از جمع‌بندی نتایج به دست آمده از یک سال تحلیل محتوای پیام‌های تولید شده در هر چهار رسانه فوق، یافته‌ها در مقایسه با سیاست‌ها و مأموریت‌های ابلاغی از سوی خود رسانه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و نتیجه در قالب جدول ۱۰ تنظیم شده است.

همان‌گونه که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، «مهار بیماری‌های واگیردار»، «مهار بیماری‌های غیرواگیر» و همچنین «آموزش روش‌های بهبود و تغذیه» از مواردی هستند که در هر دو رسانه (راديو و تلویزیون) در بازه زمانی مورد بررسی «خوب» و «خیلی خوب» به آنها پرداخته شده؛ در مقابل، مواردی چون: «پیشگیری از اعتیاد» و «عدالت در سلامت و اهمیت عرضه خدمات بهداشتی» همچنین «پیشگیری از حوادث و سوانح» و «آشنایی با

مفاهیم جمعیت و خانواده» از جمله محورهای مهمی بوده‌اند که به ترتیب، در هر دو رسانه رادیو و تلویزیون، به‌طور «ضعیف» و «خیلی ضعیف» به آنها پرداخته شده است. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، مواردی چون: «پیشگیری از اعتیاد»، «آموزش روش‌های بهبود و تغذیه» و «ترویج حفظ محیط‌زیست و بهداشت محیط» در وب‌سایت سلامت‌نیوز، به‌طور «خیلی خوب» و در مقابل «حفظ سلامت دهان و دندان»، «رویکرد ورزش و تحرک مناسب»، «عدالت در سلامت و اهمیت عرضه خدمات بهداشتی»، «آشنایی با مفاهیم جمعیت و خانواده» و «پیشگیری از حوادث و سوانح» به‌طور «ضعیف و خیلی ضعیف» مورد پرداخت قرار گرفته‌اند.

جدول ۱۰. ارزیابی میزان توجه رسانه‌های رادیو سلامت و تلویزیون به «سیاست‌های ابلاغی خودشان در حوزه سلامت»

میزان پرداخت در تلویزیون					میزان پرداخت در رادیو سلامت					مبایست‌های اعلامی از سوی رسانه‌ها
خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	
										پرهیز از خوددرومانی و مصرف بی‌رویه دارو
										آموزش شیوه‌های مختلف بهداشت روان
										مهار کردن بیماری‌های واگیردار
										پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر
										پیشگیری و مهار کردن بیماری‌های سالمندان
										حفظ سلامت دهان و دندان
										پیشگیری از اعتیاد
										آموزش روش‌های بهبود تغذیه
										پیشگیری از حوادث و سوانح
										رویکرد ورزش و تحرک مناسب
										عدالت در سلامت و اهمیت عرضه خدمات بهداشتی
										ترویج حفظ محیط‌زیست و بهداشت محیط
										آشنایی با مفاهیم جمعیت و خانواده

در هفته‌نامه سلامت نیز به «پرهیز از خوددرمانی و مصرف بی‌رویه دارو» به‌طور «خیلی خوب» و به مواردی چون «حفظ سلامت دهان و دندان» و «پیشگیری از حوادث و سوانح» به‌طور «خیلی ضعیف» پرداخته شده است. این در حالی است که نتایج پژوهش نشان می‌دهد، پرداختن به بیماری‌های قلبی، عروقی و انواع سرطان، همچنین پیشگیری از سوانح شغلی، حوادث رانندگی و اعتیاد، در اولویت‌های بعدی رسانه‌های مورد بررسی قرار دارند.

جدول ۱۱. ارزیابی میزان توجه وب‌سایت سلامت نیوز و هفته‌نامه سلامت به «سیاست‌های ابلاغی خودشان در حوزه سلامت»

میزان پرداخت در هفته‌نامه سلامت					میزان پرداخت در وب‌سایت سلامت‌نیوز					سیاست‌های اعلامی از سوی رسانه‌ها
خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	
										پرهیز از خوددرمانی و مصرف بی‌رویه دارو
										آموزش شیوه‌های مختلف بهداشت روان
										مهار کردن بیماری‌های واگیردار
										پیشگیری از بیماری‌های شکر و آنگبر
										پیشگیری و مهار کردن بیماری‌های سالمندان
										حفظ سلامت دهان و دندان
										پیشگیری از اعتیاد
										آموزش روش‌های بهبود تغذیه
										پیشگیری از حوادث و سوانح
										رویکرد ورزش و تحرک مناسب
										عدالت در سلامت و احمیت عرضه خدمات بهداشتی
										ترویج حفظ محیط‌زیست و بهداشت محیط
										آشنایی با مفاهیم جمعیت و خانواده

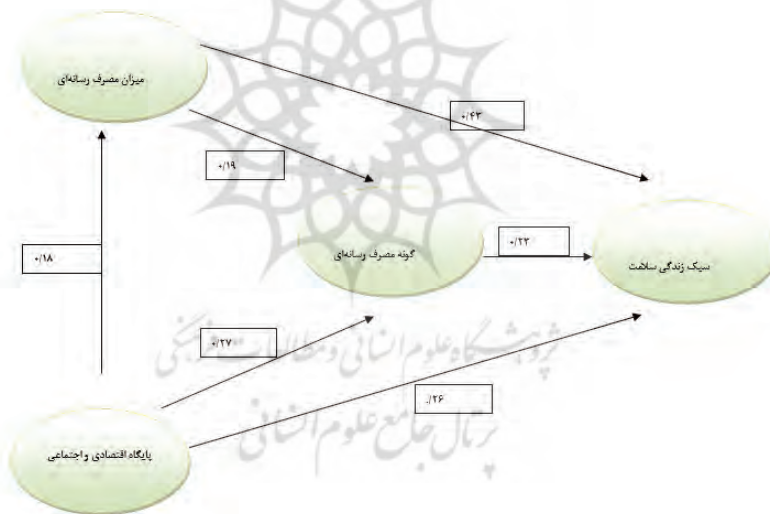
تحلیل مسیر پژوهش

تحلیل مسیر، روشی برای مطالعه تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهایی است که برخی به‌عنوان «علت» و برخی دیگر به‌عنوان «معلول» فرض شده‌اند. باید توجه داشت که از تحلیل مسیر در کشف علت‌ها استفاده نمی‌شود بلکه این روش، در مورد مدل‌هایی به‌کار می‌رود که بر مبنای دانش ملاحظات نظری تدوین شده‌اند. به‌عبارت دیگر، تحلیل مسیر برای

آزمون مدل‌های علی به کار می‌رود و مستلزم تنظیم مدلی به صورت نمودار علی است که به ما کمک می‌کند تا بدانیم در پی چه چیزی هستیم.

اصولاً در تحلیل مسیر از رگرسیون استفاده می‌شود، از این رو، می‌توان میزان مناسب بودن مدل را، ارزیابی و با استفاده از وزن بتا (که در تحلیل مسیر ضریب مسیر خوانده می‌شود) مقدار اثر هر متغیر را تعیین کرد. علاوه بر این، تحلیل مسیر ما را قادر می‌سازد که به سازوکار اثر متغیرها بر یکدیگر پی ببریم؛ همچنین مشخص می‌کند که اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم و تا چه حد غیرمستقیم است. به این ترتیب، تحلیل مسیر به طریقی قابل فهم و ساده اطلاعات زیادی را درباره فرایندهای علی فراهم می‌آورد (دواس، ترجمه نایبی، ۱۳۸۵، ص ۲۲۲).

نمودار ۱. تحلیل مسیر سبک زندگی سلامت در پژوهش



بحث و نتیجه‌گیری

به طور خلاصه، پژوهش حاضر به دنبال تبیین بیشتر این موضوع بوده است که آیا در اصل، رسانه‌های جمعی بر روی تصمیم‌هایی که مردم در خصوص نوع و کیفیت تغذیه، ورزش، استعمال دخانیات و سایر موارد سلامتی اتخاذ می‌کنند، تأثیرگذار است یا خیر اگر این گونه است، این تأثیرگذاری بر روی کدامیک از پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی

بیشتر است؟ آیا شخصی که دسترسی بیشتری به رسانه‌ها دارد، از سبک زندگی سالم‌تری برخوردار است؟ آیا پیام‌های تولید شده از طریق رسانه‌های جمعی، با سیاست‌های اعلامی این رسانه‌ها، تطابق دارد؟ و آیا پیام‌های تولید شده با انتظارات و نیازهای مردم نیز منطبق است؟ در نهایت اینکه، آیا سیاست‌های کلان سلامتی با سیاست‌ها و اقدامات رسانه‌ها همخوانی دارد؟

نتایج کلی به دست آمده نشان می‌دهد که متغیر میزان مصرف رسانه‌ای با ۰/۴۳ قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی سلامت است. پس از متغیر «میزان مصرف رسانه‌ای» به ترتیب، متغیرهای «پایگاه اجتماعی-اقتصادی» با ۰/۲۶ و «گونه مصرف رسانه‌ای» با ۰/۲۳ بیشترین تأثیر را بر روی متغیر «سبک زندگی سلامت» داشته‌اند. همچنین دیگر نتایج برآمده از این پژوهش نشان می‌دهد که نه تنها، بین سبک‌های زندگی سلامت و پایگاه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد، بلکه بین سبک‌های زندگی سلامت و گونه یا میزان مصرف رسانه‌ای افراد نیز رابطه معنادار برقرار است. همچنین متغیر میزان مصرف رسانه‌ای (میزان بهره‌گیری و مصرف افراد از منابع رسانه‌ای مختلف) یکی از تأثیرگذارترین و قوی‌ترین متغیرهای انتخاب سبک‌شناسی سلامت است که تا پیش از این پژوهش مورد بررسی و تأیید قرار نگرفته است.

نتایج همبستگی متغیرهای این پژوهش در خصوص مصرف رسانه‌ای نشان می‌دهد؛ افرادی که اخبار و مطالب سلامتی را فعالانه و پیگیرانه در رسانه‌های مورد علاقه خود دنبال می‌کنند، از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به دیگرانی که در این زمینه فعال و پیگیر نیستند، برخوردارند و این موضوع در تمامی پایگاه‌های اقتصادی و اجتماعی (چه بالا و چه پایین) به خوبی قابل مشاهده است (هرچند فراوانی و درصد آن در پایگاه‌های بالاتر بیشتر بوده است).

همچنین بر اساس دیگر نتایج تحلیل محتوای صورت گرفته در این پژوهش، در حال حاضر آنچه در حوزه سلامت از رسانه‌های ما، به‌ویژه رادیو و تلویزیون، ترویج و آموزش داده می‌شود، از میان چهار بعد سلامتی (جسمانی، اجتماعی، روانی و معنوی) اغلب به بعد جسمانی سلامت معطوف است که آن‌هم با نیاز و مصلحت آحاد جامعه تطابق چندانی ندارد؛ ضمن اینکه بر اساس سیاست‌های کلانی که برگرفته از اسناد بالادستی نظام جامع سلامت کشور است، سیاست‌گذاری و هدف‌گذاری نشده است.

از طرف دیگر، بر اساس نتایج به دست آمده از بخش کیفی پژوهش و مصاحبه‌های عمیقی که با متولیان رسانه‌های منتخب صورت گرفته، متأسفانه با وجود سازمان‌های متعدد در عرصه سلامت و همچنین سیاست‌ها و برنامه‌های عملیاتی مشخص در اسناد بالادستی، همچنان شاهد وضعیت نامطلوبی در حوزه سلامت جامعه و افراد هستیم. برای مثال:

- هیچ‌کدام از رسانه‌های مورد بررسی (رادیو، تلویزیون، وب‌سایت سلامت‌نیوز و هفته‌نامه سلامت) اهداف و سیاست‌های اعلامی خود را به‌طور کامل پوشش نداده‌اند و بیشتر مطابق با میل و اقتضانات شخصی عوامل خود (برنامه‌سازان و نویسندگان مطالب) عمل کرده‌اند.

- هیچ‌کدام از رسانه‌های مورد بررسی، ارزیابی علمی و دقیقی از کمیت و کیفیت عملکرد خود، مطابق با اهداف و سیاست‌های اعلامی‌شان نداشته‌اند.

- هیچ‌یک از نهادهای نظارتی، برای ارزیابی کمی و کیفی پیام‌های تولید شده در حوزه سلامت، کنترل دقیقی بر روی رسانه‌های مورد بررسی نداشته‌اند. در صورتی که در نقشه سلامت کشور، مسئولیت نظارت بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شده است.

- سبک‌های زندگی سلامت مردم با آنچه در رسانه‌ها بازتولید می‌شود و آنچه در سیاست‌های کلان کشور در نظر گرفته شده، مطابقت و ثقی ندارد. بر اساس نتایج این پژوهش تنها ۹ درصد از پاسخگویان، سبک زندگی سالم دارند و مطابق با استانداردهای غذایی رفتار می‌کنند.

- در پایان، بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش، راهکارهای رسانه‌ای پیشنهاد می‌شود:

- یافته‌های این ارزیابی حاکی از آن است که از میان ابعاد چهارگانه سلامت (سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت معنوی) بیشترین توجه برنامه‌های رادیو؛ تلویزیون و همچنین مطالب منعکس شده در فضای مجازی و مکتوب، معطوف به بعد سلامت جسمانی و کمترین توجه، معطوف به بعد سلامت روانی و معنوی بوده است. این در حالی است که پرداختن متوازن به ابعاد چهارگانه سلامت، با عنایت به وجود مشکلات عدیده اجتماعی و روانی در سطح جامعه و روند رو به رشد آن، کمترین انتظاری است که می‌توان از رسانه‌ها به‌عنوان فرهنگ‌سازان و پیش‌قراولان عرصه سلامتی داشت.

● پیشنهاد می‌شود که نگاه تمامی سیاستگذاران حوزه سلامت از «درمان محوری» به «سلامت محوری» تغییر یابد و سیاست‌های «پیشگیرانه» و «آموزشی» از درمان محوری پیشی بگیرند. بدیهی است؛ جایگزین کردن «پیشگیری» به جای «درمان» از طریق رسانه‌های جمعی، با رویکرد توانمندسازی آحاد جامعه، تنها راهبردی است که می‌تواند مسیر جامعه را به سمت توسعه پایدار رهنمون سازد.

● نتایج به دست آمده از پژوهش تحقیق حاکی از آن است که سبک زندگی سلامت زنان جامعه ما در مقایسه با مردان، از امتیاز پایین‌تری برخوردار است. به عبارت دیگر، زنان جامعه ما توجه کمتری به خود دارند و مدیریت ضعیف‌تری نسبت به خود و بدن خود اعمال می‌کنند (میانگین بالاتر شاخص توده بدن زنان (۲۸) نسبت به مردان (۲۵/۸) و مشاهده چاقی و اضافه‌وزن بیشتر در زنان در مقایسه با مردان، به‌ویژه در زنان پایگاه‌های پایین‌تر و مسن‌تر. از این رو، با توجه به یاد شده، پیشنهاد می‌شود که برای برخورداری از جامعه سالم‌تر در آینده، بیش از هر چیز به موضوع سلامت از طریق ارتباطات و تمرکز بر روی زنان خانواده توجه شود و در این مسیر، با هدف ارتقای سطح مصرف رسانه‌ای آحاد جامعه، آموزش‌های سلامت‌محور در تمامی رسانه‌های گروهی مورد عنایت قرار گیرد.

● از آنجا که بین سیاست‌های اعلامی از سوی نهادهای دولتی و عملکرد آنها در طول زمان و همچنین مأموریت رسانه‌های مورد بررسی و عملکرد مردم (سبک‌های زندگی سلامت پاسخگویان) هیچ‌گونه همسویی و قرابت وثیقی وجود ندارد، انتظار می‌رود که رسانه‌های جمعی، به‌ویژه رادیو و تلویزیون (به دلیل مرجعیت، نفوذ و گستردگی) در این خصوص دست به ابتکار عمل بزنند و با ساخت برنامه‌های خلاقانه و چالشی، نقش حرفه‌ای و رسانه‌ای خود را برای مطالبه از مسئولان و متولیان سلامت کشور ایفا کنند.

● با توجه به اهمیت محوری سلامت در جامعه (مهم‌ترین دغدغه زندگی انسان‌ها و هدف دولت‌ها) و با عنایت به پایین بودن سبک زندگی سالم در جامعه (۹ درصد بر اساس نتایج پژوهش) پیشنهاد می‌شود، تمامی رسانه‌های جمعی، به‌ویژه رسانه‌های مجازی، به دلیل حضور گسترده در سبد مصرف رسانه‌ای آحاد جامعه، از ظرفیت کنشگرانه افراد برای ایجاد تحولی لازم و ضروری استفاده کنند. برای این منظور، لازم است رسانه‌ها، با تزریق اطلاعات سلامت‌محور، از ظرفیت‌های موجود در تک‌تک افراد جامعه برای بهبود وضعیت سلامت عمومی و تحقق شعار انسان سالم، محور توسعه کشور بهره‌گیری کنند.

منابع

- پناهی، مهدی. (۱۳۹۵). لطفاً اشتباه برداشت نکنید. نشریه رصد، ویژه‌نامه تحلیلی نظام سلامت مشهد، ۳۱.
- پورمقیم، سیدجواد. (۱۳۷۶). اقتصاد بخش عمومی. تهران: نی، چاپ پنجم.
- ترکمندی، شیرین. (۱۳۹۱). رابطه برنامه‌های سلامت‌محور سیمای جمهوری اسلامی ایران و رفتارهای بهداشتی از دیدگاه مخاطبان تهرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه ارتباطات، دانشکده ارتباطات، دانشگاه صداوسیما تهران.
- خانیکی، هادی. (۱۳۹۳). ارتباطات سلامت؛ زمینه‌ها و دورنمای آن در توسعه. بازیابی شده از: پایگاه اطلاع‌رسانی هادی خانیکی، ۱۳۹۵/۸/۵.
- دواس، دی‌ای. (۱۳۸۵). پیمایش در تحقیقات اجتماعی (ترجمه هوشنگ ناییبی). تهران: نی، چاپ هفتم.
- ربر، آرتور. (۱۳۹۰). فرهنگ توصیفی روان‌شناسی (ترجمه یوسف کریمی و همکاران). تهران: رشد.
- شمسی، لقمان. (۱۳۸۹). مطالعه سبک‌های زندگی سلامت‌محور در شهرستان بوکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- قاسمی، وحید؛ ربانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی و علیزاده اقدم، محمدباقر. (۱۳۸۷). تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور. فصلنامه زبان و ادبیات فارسی، ۱۶ (۶۳).
- کیا، علی‌اصغر و حسین‌پور، جعفر. (۱۳۹۱). نقش رسانه‌ها در توسعه سلامت و رفاه اجتماعی. فصلنامه جامعه، فرهنگ و رسانه، ۱ (۲).
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: طهوری، چاپ نهم.
- میرزایی، محمد و کرد زنگنه، جعفر. (۱۳۸۹). تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران. دوفصلنامه نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۵ (۱۰).
- Cokerham, C. W. (2013). **Medical Sociology on the Move; New Direction in Theory**, Springer Dordrecht Heidelberg, New York, London.
- Cokerham, C. & Ritchey, F. (1997). **Dictionary of Medical Sociology**, Greenwood Press, London. <https://www.reference.com/health/social-health-43ba6d0e7cdb4209>

Nandy, B. R. & Nandy, S. (1997). Health Education by Virtue of its Mission is Centered Around mass Media and Communication Implications for Professional preparation. **Journal of health Education**, Vol. 28.

Suruchi, S.; Shefner-Rogers, C. L. & Manisha, S. (2006). The Impact of a Mass Media Campaign on HIV/AIDS Knowledge and Behavior Change in North India: Results from a Longitudinal Study. **Asian Journal of Communication**, Vol. 16, No. 3.

World Health Organization Publication. (1991). The Spiritual Dimension, Issue. 9290211407. Chapter 4.

World Health Organization Publication. (2000). Primary Prevention of Substance abuse. A work book for project Operator.

