

نقش رسانه‌ها در انتخاب سبک‌های زندگی سلامت محور

(با تاکید بر مصرف رسانه‌ای شهروندان شهر تهران)

*سید محمد مهدی زاده^۱

**رضا خاشعی

چکیده:

تلاش‌های شتاب‌زده‌ای که در سده‌های اخیر برای توسعه ارتباطات بشری صورت گرفته، اثرات معکوسی بر سلامت همه انسان‌ها گذاشته و مسایل بهداشتی تازه‌ای را برای آنها به ارمغان آورده است. در این مقاله تلاش شده است تا با روش تحقیق ترکیبی ابتدا محتوای پیام‌های سلامتی تولید شده در رسانه‌های جمعی منتخب (رادیو، تلویزیون، وبسایت سلامت‌نیوز، 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 و بالاتر) شناسایی و نهایتاً مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. نتایج به دست آمده از این تحقیق حاکی از آن است که بین مصرف رسانه‌ای افراد و سبک زندگی سلامت‌محور آنها و همچنین بین سبک‌زندگی سلامت‌محور افراد و پایگاه اجتماعی و اقتصادی آنها ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج به دست آمده در بخش تحلیل محتوا نیز حاکی از آن است که در هر چهار رسانه مذکور، میزان پرداختن به بعد جسمانی سلامت در رتبه اول و پس از آن ابعاد «اجتماعی»، «روانی» و «معنوی» به ترتیب بیشترین فراوانی و مدت زمان را به خود اختصاص داده‌اند.

واژگان کلیدی: سبک‌زندگی سلامت‌محور؛ مصرف رسانه‌ای؛ پایگاه اجتماعی- اقتصادی؛ ارتباطات و سلامت؛ رفتارهای

سلامت‌محور

مقدمه

امروزه پزشکی مدرن، بیش از آنکه بر بیماری^۲ و یا افراد بیمار تمرکز داشته باشد، بر موضوع سلامت^۳ و افراد سالم تاکید دارد. توسعه برنامه‌های غربالگری^۴ برای کشف نشانه‌های انواع بیماری و تلاش نظام‌های مراقبت تندرستی برای ایجاد و تقویت زندگی سالم‌تر، از جمله شاخص‌های آشکار این تغییر رویکرد هستند. جامعه‌شناسان بر این باورند که عوامل اجتماعی، نه فقط به عنوان علت بیماری‌ها، بلکه به عنوان عوامل تندرستی نیز محسوب می‌شوند. بنابراین نتیجه می‌گیرند، یکی از سازوکارهای اساسی‌ای که سلامتی به واسطه آن به شکل اجتماعی ایجاد یا تضعیف می‌شود، انواع سبک‌های زندگی است.

اتخاذ یک سبک زندگی سلامت‌محور^۵ به مردم این امکان را می‌دهد تا به عنوان یک اقدام پیشگیرانه، قدری کنترل شخصی بر سلامت خود داشته باشند. برای بیشتر مردم، سبک‌های زندگی سلامت‌محور^۶ متضمن تصمیمات ریز و درشت درباره غذا، ورزش، غلبه بر استرس، 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 آن را دنبال می‌کنند تا سلامت‌شان را حفظ یا بهبود بخشند و از بیماری و صدمه بپرهیزند (کاکرهام و ریچی^۷، 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 (سروشی و مانیشا^۸، ۲۰۰۶).

رسانه‌های جمعی علاوه بر حضور گسترده در زندگی افراد، به عنوان منبع اصلی اطلاعات مربوط به سلامتی، اثرات مهمی بر سلامت عمومی گذاشته و خواهند گذاشت. رسانه‌ها بدون شک در سراسر جهان، نقش بسیار مهمی در سلامت فردی و عمومی و پیشگیری از انواع بیماری‌ها بر عهده دارند و منبع مهمی نیز برای ارتقای سلامت به شمار می‌روند (ناندی و ناندی^۹، ۱۹۹۷، ص ۲۳۸). داشتن اطلاعات صحیح عنصری اساسی است برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه که موجبات توانمندسازی آحاد جامعه را فراهم می‌آورد (کیا و دیگران، ۱۳۹۱، ص ۹۶).

حال با توجه به اهمیت محوری سلامت در زندگی همه انسان‌ها و همچنین نقش گسترده رسانه‌ها در اشاعه و فرهنگ‌سازی سلامت، شاید بتوان گفت مسئله اساسی این پژوهش آشکارسازی این نکته است که آیا رسانه‌ها به تنهایی 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 تاثیر کدامیک از متغیرهای ساختاری است؟ به عبارت دیگر در شرایطی که رسانه‌های گروهی در کشور ما هر کدام به دنبال مأموریت‌های ابلاغی خود در حوزه سلامت هستند، و متولیان سلامت کشور نیز به دنبال سیاست‌گذاری

و اجرای برنامه‌های خود می‌باشند، آیا گروه‌های مختلف مردم دارای الگوهای مشخصی در حوزه رفتارهای سلامتی هستند؟ و آیا سبک‌های زندگی سلامت‌محور مردم در پایگاه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی واقعاً همان‌گونه است که توسط سیاست‌گذاران سلامت طراحی شده و یا توسط رسانه‌های جمعی اطلاع‌رسانی شده است؟ آیا رسانه‌های جمعی در این میان محتوای مناسب و ضروری برای مخاطبان تولید می‌کنند؟

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

اهمیت و ضرورت مسئله

امروزه با وضعیت کاملاً متفاوتی روبرو هستیم، وضعیتی که در آن اکثریت مردم انتظار دارند تا سنین بالا عمر کنند در حالیکه آحاد جامعه بیش از گذشته در معرض بیماری‌های مزمنی قرار گرفته‌اند که با سبک‌های زندگی آنان در ارتباط است. بیماری‌های مزمنی چون: بیماری‌های قلبی، انواع سرطان، فشار خون و دیابت را صرفاً نمی‌توان از طریق درمان‌های پزشکی معالجه کرد بلکه برای پیشگیری و درمان قطعی بایستی انتخاب‌های صحیح در مسیر زندگی داشت.

ضرورت توجه بیش از پیش 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 می‌گردد تا به طور خودکار ابتدا نگرش‌ها تغییر یابد و سپس اصلاح رفتارها صورت گیرد. اساس سیاست‌های سلامت محور امروز بر پیشگیری و مراقبت از خود تکیه دارند

چرا که اگر انسان‌ها یاد بگیرند با ارتقاء 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، از آن طرف شاهد بیماری کمتری خواهیم بود.

بی‌جهت 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 جرات می‌توان گفت ارتباطات و سلامت دو حوزه‌ای هستند که در کنار یکدیگر می‌خواهند بر تصمیمات تقویت‌کننده سلامت فردی و اجتماعی تاثیر بگذارند و آن را بهبود بخشند. ارتقاء سلامت آحاد جامعه از طریق بستر ارتباطات حوزه نوینی را شکل داده که از آن به «ارتباطات سلامت‌بخش» می‌گویند. در سطح فردی، ارتباطات سلامت می‌تواند آگاهی فرد را از خطرات سلامت افزایش دهد و محرک‌های ترغیب‌کننده و مهارت‌های مورد لزوم را برای کاهش این خطرات فراهم کند و در سطح اجتماعی، ارتباطات سلامت می‌تواند در جهت 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 و سرویس‌های 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 پیاده سازی سیاست‌های کلان سلامتی از سوی تمامی دستگاه‌های متولی امر سلامت از یک طرف و ترویج و نهادینه سازی صحیح این سیاست‌ها از طریق انعکاس جذاب و تاثیرگذار رسانه‌ها (دیداری، شنیداری، مکتوب، مجازی) می‌تواند بر روی باورهای غلط سلامتی آحاد جامعه تاثیر گذاشته و تصمیمات معطوف به سلامت افراد جامعه را متحول سازد تا من بعد شاهد بروز علل مرگ و میر ۵۰ درصدی در حوزه بیماری‌های قلبی و عروقی و ۱۳ درصدی در حوزه انواع سرطان‌ها نباشیم. بدیهی است چنانچه خواسته باشیم علت اصلی این مرگ و میرها را جستجو کنیم باید ریشه آنها را در عادات بد غذایی خانواده‌ها، فشارخون‌های کنترل نشده در بین مردم و در یک جمله آگاهی نداشتن افراد جامعه از سبک‌های زندگی سالم جستجو کرد. شایان ذکر است توجه همسو و همزمان به دو مقوله سلامت و ارتباطات برای رسیدن سریعتر به جامعه سالم و توسعه یافته از ویژگی‌ها و رویکردهای اساسی این پژوهش است که تا قبل از این در کمتر پژوهشی دیده شده است.

پرواضح است این‌گونه بیماری‌ها را نمی‌توان مستقیم و به یکباره از طریق درمان‌های پزشکی معالجه کرد بلکه شیوه‌های عمل و سبک‌های زندگی ناسالم مانند: سیگار کشیدن، سوء مصرف الکل و دخانیات، مصرف غذاهای چرب، روابط جنسی پرخطر می‌توانند به عنوان علل ابتلا به این بیماری‌ها محسوب کرد (کاکرهام^۱، ۲۰۱۳، ص ۱۳۰). بی

جهت نیست که جامعه‌شناسان معتقدند این سبک‌های زندگی^{۱۱} افراد است که می‌تواند آنان را سالم نگه دارد یا به بیماری مبتلا کند (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۱۴).

اهداف تحقیق

- شناخت محتوای پیام‌های سلامتی ارائه شده در رسانه‌ها («رادیو سلامت»، «برنامه‌های سلامت محور تلویزیون»، «هفته‌نامه سلامت»، «وب‌سایت سلامت نیوز»).
- شناخت نحوه و میزان دسترسی مردم تهران به پیام‌های سلامتی تولید شده توسط رسانه‌ها.
- شناخت کمیت و کیفیت رفتارها و سبک‌های زندگی سلامت مردم شهر تهران.
- شناخت و ارزیابی رفتارهای سلامتی مردم تهران بر اساس میزان دسترسی و تاثیرپذیری آنها از پیام‌های سلامتی تولید شده در رسانه‌ها.
- شناخت میزان تطابق و همسویی پیام‌های تولید شده در حوزه سلامت با سیاست‌های اعلامی توسط رسانه‌ها، نیازهای مردم و اسناد بالادستی.

سوالات تحقیق

- 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 توسط رسانه‌های منتخب («رادیو»، «تلویزیون»، «روزنامه»، «فضای مجازی») و بکارگیری آنها در رفتارهای سلامتی خود چگونه است؟
- پیام‌های تولید شده در حوزه سلامت تا چه حد با سیاست‌های اعلامی توسط رسانه‌ها، نیازهای مردم و اسناد بالادستی تطابق و همسویی دارند؟
- چه میزان از مردم تهران از سبک‌های زندگی سالمی برخوردار هستند؟

پیشینه تحقیق

مروری بر تحقیقات انجام گرفته حاکی از کمبود پژوهش‌های کاملاً مشابه و با موضوع نقش رسانه‌ها در انتخاب سبک‌های زندگی سلامت‌محور در ایران می‌باشد. در این بخش، برخی تحقیقات انجام گرفته که بیشترین ارتباط و نزدیکی را با موضوع این تحقیق داشته‌اند، به شرح زیر می‌آید:

قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی دیگر به دنبال مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای و زمینه‌ای آن در میان شهروندان بالای ۱۵ سال شهرستان تبریز بوده‌اند. یافته‌های این تحقیق 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 معنی‌داری دارد.

شمسی (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای با عنوان «مطالعه سبک‌های زندگی سلامت‌محور در شهرستان بوکان» به مطالعه سبک‌های زندگی سلامت‌محور در بین شهروندان بالای ۲۰ سال شهر بوکان پرداخته است. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که علی‌رغم اینکه افراد تاحدود زیادی رفتار سلامت‌محور دارند، دارای برخی شاخص‌های منفی و ناسالم نیز بوده‌اند. همچنین سبک زندگی سلامت‌محور با تمامی متغیرهای تحقیق بجز جنسیت رابطه معنی‌دار و مستقیم داشته است و هر قدر این متغیرها بهبود یافته‌اند، رفتارهای سلامت‌محور نیز در بین شهروندان بوکانی بهبود یافته است.

میرزایی و کردزنگنه (۱۳۸۹) در پژوهشی با روش پیمایشی جمعیت ۶۵-۱۸ ساله شهر تهران را مورد بررسی قرار داده و تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور را مورد تحلیل قرار داده‌اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که از میان ابعاد متفاوت سبک زندگی سلامت‌محور ابعادی نظیر کشیدن سیگار، مصرف الکل، فعالیت بدنی و ورزش در بین زنان کمتر مشاهده گردید و در مجموع زنان نسبت به مردان و افراد واقع در سنین میانسالی و بعد از آن دارای سبک زندگی سالم‌تری بودند.

ترکمندی (۱۳۹۱) در پژوهش خود رفتار بهداشتی ۴۲۰ نفر از مخاطبان تلویزیون که تماشاگر برنامه‌های سلامت‌محور سیمای جمهوری اسلامی بودند را 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 می‌دهد بین میزان تماشای این برنامه‌ها و سن پاسخگویان ارتباط مستقیم 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 تاثیرات رسانه»، به فراخور بهره‌برداری کرده است. در این ارتباط، آنچه محور اصلی مطالعات

سبک زندگی سلامت محور محسوب می شود، الگوی نظری ارائه شده توسط ویلیام کارکرام^{۱۲} می باشد. وی از جمله تاثیرگذارترین افراد در این حوزه است. مدل نظری کارکرام با عنوان «سبک زندگی سلامت محور» بر این مبنا استوار است که نوع تجارب و فرایند اجتماعی شدن که خود حاصل متغیرهای مختلف عوامل ساختاری است، ظرفیت هایی را برای انتخاب های زندگی^{۱۳} فراهم می کند که در نتیجه آن افراد مسیر عملشان را انتخاب و ارزیابی می کنند و در نتیجه به افراد این قابلیت را می دهد تا شرایطشان را تفسیر کنند، دست به انتخاب های عمدی بزنند و بر اساس معانی ذهنی خود اعمالشان را تنظیم کنند. از نظر کارکرام سبک زندگی سلامت محور به عنوان الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، بر اساس انتخاب هایی از گزینه های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصت های زندگی آنها مطابقت دارد. بر اساس الگوی نظری کارکرام، متغیرهای مختلف عوامل ساختاری، از سویی فرصت های زندگی^{۱۴} را می سازند و از سوی دیگر، زمینه اجتماعی شدن^{۱۵} و تجارب^{۱۶} مختلف را برای افراد ایجاد می کنند. مدلی که کارکرام ترسیم کرده است نشان می دهد که کنش متقابل بین انتخاب ها و فرصت های زندگی، تمایلات افراد را به عمل، تولید می کند. این تمایلات خود منجر به ایجاد عادت واره ها می شوند. به این ترتیب عادت واره هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته اند، عملکردها و کنش های افراد را در حوزه های مختلف شکل می دهند که در مجموع منجر به سبک های زندگی سلامت محور می شوند. در این پژوهش متغیرهای دیگری نیز در حوزه مصرف رسانه ای افراد و نقش و جایگاه آنان در فرایند جامعه پذیری به مدل کارکرام اضافه شده است. در الگوی نظری کارکرام اشاره مستقیمی به مصرف رسانه ای و میزان بهره مندی افراد از این مولفه مورد مطالعه قرار نگرفته است. بنظر می رسد با توجه به جایگاه و نفوذ رسانه ها در زندگی روزمره افراد و نقش آموزشی آنها در تمامی عرصه ها بویژه سلامت عمومی، سنجش و ارزیابی این مولفه یکی از ضرورت ها و به نوعی تکمیل کننده مدل نظری کارکرام باشد. در این مطالعه همچنین مفروض گرفته شد که رسانه ها به عنوان یک متغیر زمینه ای و در کنار متغیرهای ساختاری نقش بسیار مهم، سازنده و تعیین کننده ای در شکل گیری افکار، تمایلات و رفتار سلامت محور افراد دارند.

روش شناسی پژوهش

در این پژوهش به منظور دستیابی به یک تحلیل کامل تر و جامع تر در حوزه سبک زندگی سلامت از ظرفیت های موجود در دو روش تحقیق کمی^{۱۷} و کیفی^{۱۸} به طور پیوسته و متوالی^{۱۹} بهره گیری شده است. لذا طراحی این تحقیق بر اساس طرح مبتنی بر روش ترکیبی^{۲۰} صورت گرفته است. برای انجام این تحقیق نیاز به تحلیل محتوای رسانه های جمعی بود و به منظور تطبیق نتایج به دست آمده با ماموریت رسانه های مورد بررسی نیاز به مصاحبه های عمیق با متولیان ذیربط و ارائه نتایج به دست آمده از بخش تحلیل محتوا به آنان داشت. همچنین به

منظور اطلاع از میزان مصرف رسانه‌ای و سبک‌زندگی سلامت شهروندان شهر تهران نیاز به انجام یک پیمایش برای جمع‌آوری اطلاعات در سطح مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بود و نهایتاً برای جمع‌بندی داده‌های به‌دست آمده و پی بردن به آشنایی با نظرات متفاوت خبرگان ضرورت بود تا یک جلسه بحث گروهی متمرکز^{۲۱} برگزار شود و طی آن تمامی نتایج تحقیق 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 تحقیق در قالب دو بخش کمی و کیفی به شرح زیر می‌آید:

الف- بخش کمی

بخش کمی این پژوهش دارای دو قسمت می‌باشد

- ۱- **تحلیل محتوا^{۲۲}**: برای استخراج و دستیابی به میزان، حجم و ابعاد مختلف پیام‌های سلامت‌محوری که در رسانه‌های منتخب منعکس می‌شود، ابتدا فرمی حاوی متغیرها و مقولات مرتبط با اهداف و سوالات تحقیق طراحی شد و سپس شاخص‌ترین برنامه‌های سلامت‌محور صدا و سیما بر اساس آخرین نظرسنجی‌های انجام‌گرفته در رسانه ملی شناسایی و همچنین سایت سلامت‌نیوز و هفته‌نامه سلامت نیز به‌عنوان شاخص‌ترین نمایندگان دو حوزه رسانه‌های مجازی و مکتوب مطابق نمونه‌گیری و سپس مورد تحلیل محتوای کمی قرار گرفت. سپس نتایج بدست آمده از این مطالعه برای طراحی سوالات پرسشنامه مرحله بعد (پیمایش) بهره‌گیری شد. جامعه نمونه این تحقیق شامل: ۵۲ روز از برنامه‌های فوق‌الذکر در ۵۲ هفته سال ۱۳۹۲ که با روش نمونه‌گیری غلتان یا هفته مرکب^{۲۳} روزهای مورد نظر انتخاب و برنامه‌های شاخص، پرسش‌نوده و پربیننده شبکه‌ها که زمان پخش آنها بیشتر از ۳۰ دقیقه و در ساعات ۱۸-۸ بوده‌اند، مورد ارزیابی قرار گرفته است.
- ۲- **پیمایش^{۲۴}**: برای استخراج و دستیابی به میزان مصرف رسانه‌ای مردم شهر تهران و شناسایی رفتارهای سلامتی و سبک‌های زندگی سلامت‌محور آنان یک نظرسنجی با نمونه ۸۰۲ نفر از شهروندان در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران و بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای^{۲۵} در سال ۱۳۹۳ انجام شد و طی آن میزان مصرف، آشنایی، بهره‌گیری و رضایت شهروندان از برنامه‌های سلامت‌محور تولید شده، و همچنین شاخص‌های مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور آنان استخراج و نهایتاً مورد تحلیل آماری قرار گرفته است.

ب- بخش کیفی

بخش کیفی این پژوهش نیز دارای دو قسمت می‌باشد که پس از انجام بخش کمی پژوهش و دستیابی به نتایج آن صورت گرفته است.

- ۱- **مصاحبه نیمه ساخت یافته**^{۲۶}: 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 و 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 آماده‌سازی شد.
- ۲- **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 سلامت محور توسط مخاطبان (مردم) و همچنین برای دستیابی به راهکارهای اجرایی برای بهبود وضعیت سلامت جامعه یک جلسه بحث گروهی متمرکز (فوکوس‌گروپ) با خبرگان حوزه سلامت (خبرگان اجرایی - خبرگان دانشگاهی) برگزار شد. و از نتایج آن در تبیین داده‌ها و تحلیل ثانویه و راهکارهای نهایی پژوهش استفاده گردید.

تعاریف نظری پژوهش

سلامتی^{۲۷}: بنا به تعاریف سازمان بهداشت جهانی^{۲۸}، سلامتی، فقط نبود بیماری نیست، بلکه به رفاه و آسایش کامل جسمانی، اجتماعی، روانی و معنوی اطلاق می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰، ص ۶۲).

سلامت جسمانی^{۲۹}: سلامت جسمانی را می‌توان به عنوان وضعیتی از سلامت عمومی تعریف کرد که در آن فرد قادر است تمام فعالیت‌های روزمره خود را بدون مشکل انجام دهد (www.reference.com).

سلامت اجتماعی^{۳۰}: 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 قلمداد می‌شود (www.reference.com).

سلامت روانی^{۳۱}: سلامت روانی، وضعیت روانشناختی یک فرد است که به لحاظ عاطفی و رفتاری در سطحی رضایت بخش رفتار می‌کند. سلامت روان یعنی اینکه فرد بتواند عملکرد موفق و عالی از نظر تفکر، خلق و خو، و رفتار داشته باشد. همچنین فعالیت‌های مفیدی در جامعه داشته باشد، روابط مثبت با دیگران برقرار کند، با مشکلات و استرس‌ها و ناملایمات زندگی کنار آید و توانایی کمک به دیگران را هم داشته باشد (ریبر، ۱۳۹۰، ص ۵۴۴).

سلامت معنوی^{۳۲}: بعد معنوی سلامت طبیعتاً پدیده‌ای مادی نیست، بلکه به قلمرو ایده‌ها، باورها، ارزش‌ها و اخلاقیاتی تعلق دارد که برآمده از ذهن و وجدان انسان‌ها، بویژه ایده‌های آرمان‌گرایانه است. ایده‌های آرمان-گرایانه باعث بوجود آمدن آرمان‌های سلامتی شده‌اند، آرمان‌هایی که به نوبه خود راهبردهای عملیاتی برای

سلامت همگانی بوجود آورده و هدف آن دستیابی به نتیجه‌ای است که هم دارای بُعد مادی و هم بُعد معنوی است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۱).

سبک‌های زندگی سلامت‌محور^{۳۳}: از نظر ویلیام کاکرهام (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 همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۲۸).

تعاریف عملیاتی

در این تحقیق برای عملیاتی کردن مفاهیم اساسی و نظری تحقیق ۵۸ سوال بسته در قالب یک پرسشنامه طراحی و در قالب یک پیمایش در سطح مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران و ۸۰۲ نفر از شهروندان مورد پرسش و سنجش قرار گرفتند. همچنین به منظور انجام آزمون‌های دقیق همبستگی، ضروری بود تا بسیاری از متغیرهای تحقیق به شیوه‌ای روشمند دسته‌بندی و ادغام گردند. لذا تمامی پاسخ‌های ارائه شده توسط پاسخگویان بر اساس نوع پاسخ و همچنین بر اساس شاخص‌های تعریف شده از سوی خبرگان دانشگاهی (ارائه شده در جلسات فوکوس گروپ) از طریق نرم‌افزار اس.پی.اس.اس^{۳۴} به گونه‌ای روشمند تفکیک و در قالب چهار مولفه کلان دسته‌بندی و متمایز شدند.

چهار مولفه کلان شاخص‌سازی شده عبارتند از: «پایگاه اقتصادی-اجتماعی»؛ «سبک زندگی سلامت»؛ «گونه مصرف‌رسانه‌ای» و «میزان مصرف رسانه‌ای» که زیر مجموعه‌های آن به شرح زیر می‌آید:

برای مولفه 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 پائین؛ پایگاه پائین) متمایز شدند. همچنین برای مولفه سبک زندگی سلامت نیز پاسخگویان بر اساس نوع پاسخ‌های خود به ۵ تیپ (شامل: سبک زندگی سالم؛ سبک زندگی تاحدودی سالم؛ سبک زندگی نیمه‌سالم؛ سبک زندگی تاحدودی ناسالم؛ سبک-زندگی ناسالم) متمایز و از یکدیگر تفکیک شدند. و همچنین برای مولفه گونه مصرف‌رسانه‌ای، پاسخگویان بر اساس نوع پاسخ‌های ارائه شده به ۳ تیپ (شامل: مخاطب فعال؛ مخاطب نیمه‌فعال؛ غیربیننده) از یکدیگر تفکیک گردیدند. و نهایتاً برای میزان مصرف رسانه‌ای پاسخگویان به ۳ تیپ (شامل: مصرف کم؛ مصرف متوسط و مصرف زیاد) تفکیک و متمایز شدند.

شایان ذکر است تفکیک و مرزبندی انجام گرفته بر روی مولفه‌ها و شاخص‌های این تحقیق بر اساس نظرات خبرگان و اساتید صاحب‌نظر در حوزه ذیربط و برای تعدیل گویه‌های مختلف‌الطول از فرمول‌های استاندارد-سازی و هم‌ارز سازی امتیازها بهره‌گیری شده است و از این طریق تعداد گویه‌هایی که ابعاد آنها با هم برابر نبوده‌اند، با این روش 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 این تحقیق نیز برای ارزیابی پیام‌های تولید شده توسط رسانه‌های منتخب، هر چهار بعد سلامتی مورد توجه و سنجش قرار گرفته‌اند. در اینجا یافته‌های حاصل از تحلیل محتوای برنامه‌های شاخص، مستقل و پرتفردار شبکه‌های مختلف «تلویزیون»، همچنین برنامه‌های شاخص «رادیو سلامت»، مطالب منعکس شده در وب-سایت «سلامت‌نیوز» و مطالب منعکس شده در «هفته‌نامه سلامت» در سال ۹۲ در جداول و نمودارهای زیر آمده است:

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

هفته‌نامه سلامت	وب‌سایت سلامت نیوز	تلویزیون	رادیو سلامت	
76/1	68/4	75/5	67/5	بعد سلامت جسمانی
11/6	18/3	12/5	۱۳	بعد سلامت اجتماعی
11/1	13/1	11/5	17/5	بعد سلامت روانی
1/2	./2	./5	۲	بعد سلامت معنوی

همان‌گونه که در جدول شماره 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) بوده است که در این میان بیشترین حجم پرداخت به بعد سلامت جسمانی در تلویزیون (با ۷۵/۵ درصد) و سپس در 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 می‌باشد.

در بعد سلامت اجتماعی نیز وضعیت وبسایت سلامت نیوز به طور نسبی مطلوب تر بوده (۱۸/۳ درصد) و در بعد سلامت روانی وضعیت رادیو (۱۷/۵ درصد) از دیگر رسانه‌ها بهتر است. به نظر می‌رسد اختلاف قابل توجهی که در میزان پرداخت به بعد جسمانی سلامت دیده می‌شود حاکی از پررنگ بودن رویکرد جسمانی سلامت در جامعه و فقدان آگاهی‌های لازم از تاثیرات ابعاد دیگر سلامت (روانی؛ اجتماعی؛ معنوی) در ارتقای سلامت فرد و جامعه است جدول شماره ۲. توزیع درصد رویکرد کلان برنامه‌ها و مطالب منعکس شده به تفکیک سطوح مختلف سلامت و رسانه

هفته‌نامه سلامت	وبسایت سلامت نیوز	تلویزیون	رادیو سلامت	
76/8	86/8	۹۲	۹۴	سلامت فرد
9/1	9/3	3/9	۳	سلامت جامعه
14/2	3/9	4/1	۳	سلامت خانواده

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که هدف‌گیری هر چهار رسانه (رادیو؛ تلویزیون؛ وبسایت سلامت نیوز؛ هفته‌نامه سلامت) با اختلاف نسبتاً زیادی معطوف به سلامت فرد است (بین ۷۶ تا ۹۴ درصد). جدول فوق نشان می‌دهد 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 سلامت نیوز» و «هفته‌نامه سلامت» وضعیت نسبی بهتری نسبت به رادیو و تلویزیون دارند و در حوزه سلامت خانواده هفته‌نامه سلامت از دیگر رسانه‌ها وضعیت بهتری دارد.

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

هفته‌نامه سلامت	وبسایت سلامت نیوز	تلویزیون	رادیو سلامت	
۵۷	28/3	48/5	۴۷	رویکرد درمان محور
۴۳	71/7	51/5	۵۳	رویکرد پیشگیرانه

دو رویکرد «پیشگیرانه بودن» یا «درمان محور بودن» برنامه‌های سلامتی همواره جزو 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 درمان محور تاکید شده است. هرچند رویکرد پیشگیرانه در تلویزیون نسبت به رادیو و دیگر رسانه‌ها وضعیت بهتری دارد ولی انتظار می‌رود رادیو و تلویزیون با توجه به ضریب نفوذی که در بین مخاطبان دارند و با توجه به سیاست‌های کلانی که برای آنها ترسیم شده است (در سیاست‌های کلان سازمان صدا و سیما نسبت ۸۰ درصد رویکرد

پیشگیرانه و ۲۰ درصد رویکرد درمان محور پیش بینی شده است)، رویکرد پیشگیرانه را با شتاب بیشتری (بویژه در رادیو) ادامه دهند.

ب- بخش پیمایش

۱. توزیع پاسخگویان بر اساس سبک زندگی سلامت محور؛ پایگاه اقتصادی و اجتماعی؛ مصرف رسانه‌ای یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد، تنها ۹ درصد پاسخگویان شهر تهران دارای سبک زندگی «سالم» بوده‌اند و حدود ۴۵ درصد پاسخگویان نیز از سبک زندگی «تاحدودی سالم» برخوردارند. دیگر یافته‌های حاصل از تیپ‌سازی صورت گرفته حاکی از آن است که بیش از یک پنجم پاسخگویان (۲۲/۲ درصد) در پایگاه اجتماعی - اقتصادی «بالا» و حدود ۱۰ درصد از پاسخگویان در پایگاه اجتماعی - اقتصادی «پایین» قرار گرفته‌اند.

جدول شماره ۴: توزیع پاسخگویان بر اساس سبک زندگی سلامت محور؛ پایگاه اقتصادی و اجتماعی؛ مصرف رسانه‌ای

درصد	فراوانی	شاخص	شاخص‌ها مولفه‌ها
۹,۰	۷۲	سالم	سبک زندگی سلامت محور
۴۴,۹	۳۶۰	تا حدودی سالم	
۳۵,۹	۲۸۸	نیمه سالم	
۹,۵	۷۶	تا حدودی ناسالم	
۰,۷	۶	ناسالم (پر خطر)	
۱۰۰,۰	۸۰۲	مجموع	
۲۲,۲	۱۷۸	بالا	پایگاه اقتصادی و اجتماعی
۲۵,۳	۲۰۳	متوسط بالا	
۲۵,۴	۲۰۴	متوسط	
۱۷,۲	۱۳۸	متوسط پایین	
۹,۹	۷۹	پایین	
۱۰۰,۰	۸۰۲	مجموع	
۳۷,۴	۳۰۰	مخاطب برنامه های سلامت نیستند	گونه مصرف رسانه‌ای
۴,۷	۳۸	مخاطب غیرفعال (منفعل)	
۵۷,۹	۴۶۴	مخاطب فعال و پیگیر	
۱۰۰,۰	۸۰۲	مجموع	
۷۵,۸	۳۵۰	زیاد و خیلی زیاد	میزان مصرف رسانه‌ای
۱۴,۳	۶۶	متوسط	

١٠	٤٦	كم و خيلى كم	
١٠٠,٠	٤٦٢	مجموع	

۲. سنجش ارتباط میان متغیرهای تحقیق

برای یافتن رابطه میان متغیرهای تحقیق از «آزمون ضریب همبستگی پیرسون» بهره گرفته شده است. نتایج حاصل از این آزمون نشان می‌دهد که میان متغیرهای تحقیق ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد، میان سبک زندگی سلامت محور و مصرف رسانه‌ای رابطه‌ای با شدت ۰,۱۸ و در سطح معناداری ۰,۰۰۰ مشاهده شده است. این محاسبه حاکی از 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 ۰,۱۵۱ و در سطح معناداری ۰,۰۰۰ نشان از وجود رابطه مثبت و معنادار میان دو متغیر در سطح بسیار بالای احتمال (۹۹ درصد) دارد. در نهایت نیز، رابطه‌ای مثبت و معنادار میان سبک زندگی سلامت محور و پایگاه اقتصادی-اجتماعی مشاهده شده است. این رابطه نیز با اطمینان ۹۹ درصد و در سطح بسیار بالای آماری ۰,۰۰۰ مورد تایید قرار گرفته است.

جدول شماره ۵: آزمون ارتباطی پیرسون برای سنجش رابطه میان متغیرهای اصلی تحقیق

نام متغیر		مصرف رسانه‌ای	سبک زندگی سلامت محور	پایگاه اجتماعی - اقتصادی
گونه مصرف رسانه‌ای	ضریب پیرسون	۱	۰,۱۸۱	۰,۱۵۱
	سطح معناداری		۰,۰۰۰	۰,۰۰۰
سبک زندگی سلامت محور	ضریب پیرسون		۱	۰,۲۰۱
	سطح معناداری			۰,۰۰۰
پایگاه اقتصادی-اجتماعی	ضریب پیرسون			۱
	سطح معناداری			

۳. آزمون مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق

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 سلامت-محور، مردان از میانگین نسبتاً بهتری نسبت به زنان برخوردار بوده‌اند و تفاوت میانگین این دو گروه جنسیتی

در سطح معناداری ۰۰۰۰ بوده است. در نتیجه می‌توان گفت، مردان به دلایل متعددی چون تمکن مالی بیشتر، تحرک و فعالیت‌های فیزیکی و همچنین انجام فعالیت‌های ورزشی بیشتر، نسبت به زنان از رفتارها و سبک زندگی سالم‌تری برخوردار بوده‌اند و زنان در مقابل به دلایل مختلفی چون 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 و هم در شاخص توده بدنی دارای میانگین بالاتری (ناسالم‌تر) بوده‌اند.

جدول شماره ۶: آزمون مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق

متغیرهای تحقیق	گروه‌ها	میانگین‌ها	T آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
گونه مصرف‌رسانه‌ای	مرد	۷,۷۸	۰,۲۱۹	۴۳۴	۰,۸۲۴
	زن	۷,۸۱			
میزان مصرف‌رسانه‌ای	مرد	۲۲,۷	۱,۱۶	۴۹۴	۰,۲۴۰
	زن	۲۳,۳			
سبک زندگی سلامت‌محور	مرد	۱,۰۷	۱,۲۴	۷۴۲	۰,۰۰۰
	زن	۱,۱			
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	مرد	۳,۰۵	۶,۵۷	۸۰۰	۰,۲۱۲
	زن	۳,۱۶			
شاخص توده بدن	مرد	۲۵,۸۱	۰,۰۵۰	۷۵۴	۰,۰۰۹
	زن	۲۸,۰۴			

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 پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسط بالا مخاطبان فعال برنامه‌های سلامت می‌باشند. در حالی که در افراد پایگاه پایین و متوسط پایین این نسبت به ترتیب به ۵۸ و ۴۵ درصد تقلیل 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 می‌باشد. 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 شماره ۷: توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب پایگاه اقتصادی-اجتماعی

مجموع		پایگاه اقتصادی-اجتماعی										پایگاه اقتصادی-اجتماعی مصرف رسانه‌ای	
		بالا		متوسط بالا		متوسط		متوسط پایین		پایین			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵۷,۸	۴۶۴	۶۰,۵	۱۱۴	۶۲,۰	۱۲۶	۶۰,۰	۱۲۲	۴۵,۰	۶۲	۵۸,۰	۴۰	مخاطب فعال	گونه مصرف رسانه‌ای
۴,۷	۳۸	۱,۰	۲	۳,۰	۶	۷,۰	۱۴	۶,۰	۸	۱۱,۵	۸	مخاطب غیرفعال (منفعل)	
۳۷,۵	۳۰۰	۳۸,۵	۷۲	۳۵,۰	۷۱	۳۳,۰	۶۸	۴۹,۰	۶۸	۳۰,۵	۲۱	غیر مخاطب	
۱۰۰,۰	۸۰۲	۱۰۰,۰	۱۸۸	۱۰۰,۰	۲۰۳	۱۰۰,۰	۲۰۴	۱۰۰,۰	۱۳۸	۱۰۰,۰	۶۹	مجموع	
۰,۰۴۴		سطح معناداری					۰,۰۵۲					ضریب گاما	

۵. توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب سبک زندگی سلامت محور

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 دسته 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 غیر فعال جای نگرفته است. علاوه بر این، نزدیک به دوسوم افراد برخوردار از سبک زندگی ناسالم نیز افرادی بوده‌اند که مخاطب برنامه‌های سلامت نبوده‌اند. این موضوع توسط ضریب «گاما» در سطح معناداری ۰,۰۰۰ نشان می‌دهد ارتباط مستقیمی میان گونه مصرف رسانه‌ای و سبک زندگی سلامت محور وجود دارد به گونه‌ای که افراد دارای سبک زندگی سالم بیش از دیگران مخاطبان فعال برنامه‌های سلامت هستند و بالعکس.

جدول شماره ۸: توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب سبک زندگی سلامت محور

مجموع		سبک زندگی سلامت محور										سبک زندگی سلامت - محور مصرف رسانه‌ای	
		ناسالم (پرخطر)		تا حدودی ناسالم		نیمه سالم		تا حدودی سالم		سالم			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	گونه مصرف رسانه‌ای	
۵۷,۹	۴۶۴	۳۳,۳	۲	۴۲,۱	۳۲	۵۳,۵	۱۵۴	۶۰,۶	۲۱۸	۸۰,۶	۵۸		مخاطب فعال
۴,۷	۳۸	۰,۰	۰	۲,۶	۲	۵,۶	۱۶	۵,۶	۲۰	۰,۰	۰		مخاطب غیر فعال (منفعل)
۳۷,۴	۳۰۰	۶۶,۷	۴	۵۵,۳	۴۲	۴۱,۰	۱۱۸	۳۳,۹	۱۲۲	۱۹,۴	۱۴		غیر مخاطب
۱۰۰,۰	۸۰۲	۱۰۰,۰	۶	۱۰۰,۰	۷۶	۱۰۰,۰	۲۸۸	۱۰۰,۰	۳۶۰	۱۰۰,۰	۷۲	مجموع	
۰,۰۰۰		سطح معناداری				۰,۲۷				ضریب گاما			

۶. توزیع سبک زندگی سلامت محور بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهند، ۴۸ درصد افراد پایگاه بالا، و ۵۰ درصد افراد پایگاه متوسط بالا سبک زندگی تا حدودی سالم داشته‌اند در حالی که در پایگاه‌های پایین و متوسط پایین به ترتیب به ۴۲ و ۲۷,۵ درصد تقلیل 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 پاسخگویان پایگاه پایین سبک زندگی نیمه سالمی داشته‌اند. ضریب محاسبه شده گاما در سطح معناداری ۰,۰۳۰ نشان می‌دهد که ارتباط مستقیمی میان پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور وجود دارد. به عبارت دیگر افراد پایگاه‌های بالاتر دارای سبک زندگی سالم‌تری در مقایسه با پایگاه‌های پایین‌تر هستند.

جدول شماره ۹: توزیع سبک زندگی سلامت محور بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی

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

۷. مقایسه میزان مصرف رسانه‌ای در بین پایگاه‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد، هیچ‌یک از افراد پایگاه بالا و متوسط بالا مصرف رسانه‌ای خیلی کم نداشته‌اند. علاوه بر این، حدود ۵۶ درصد 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 نشان می‌دهد که بین میزان مصرف رسانه‌ای و پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد ارتباط معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۱۰: مقایسه میزان مصرف رسانه‌ای در بین پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی

مجموع		پایگاه اقتصادی - اجتماعی										پایگاه اقتصادی - اجتماعی مصرف رسانه‌ای	
		بالا		متوسط بالا		متوسط		متوسط پایین		پائین			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۲,۶	۱۲	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۱,۵	۲	۶,۵	۶	۰,۸	۴	خیلی کم	میزان مصرف رسانه‌ای
۷,۴	۳۴	۰,۰	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	
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	
۱۰۰,۰	۴۶۲	۱۰۰,۰	۶۸	۱۰۰,۰	۱۱۶	۱۰۰,۰	۱۳۶	۱۰۰,۰	۹۲	۱۰۰,۰	۵۰	مجموع	
۰,۰۰۰				سطح معناداری				۰,۳۸				ضریب گاما	

ج- بخش کیفی

این بخش از تحقیق نتیجه مصاحبه‌های عمیقی است که با خبرگان و متولیان حوزه سلامت در هر چهار رسانه منتخب (رادیو، تلویزیون، وبسایت سلامت‌نیوز، 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 ماموریت‌های ابلاغی توسط خود رسانه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفته است و نتیجه در قالب جدول زیر تنظیم شده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۱۱ مشاهده می‌شود، «مهار بیماری‌های واگیردار» و «مهار بیماری‌های غیر واگیر» همچنین «آموزش روش‌های بهبود و تغذیه» در هر دو رسانه (رادیو و تلویزیون) در بازه زمانی مورد بررسی «خوب» و «خیلی خوب» مورد پرداخت قرار گرفته است. 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 مذکور 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 گرفته است.

در هفته‌نامه سلامت نیز «پرهیز از خوددرمانی و مصرف بی‌رویه دارو» به‌طور «خیلی خوب» و مواردی چون «حفظ سلامت دهان و دندان» و «پیشگیری از حوادث و سوانح» به‌طور «خیلی ضعیف» پرداخته شده است.

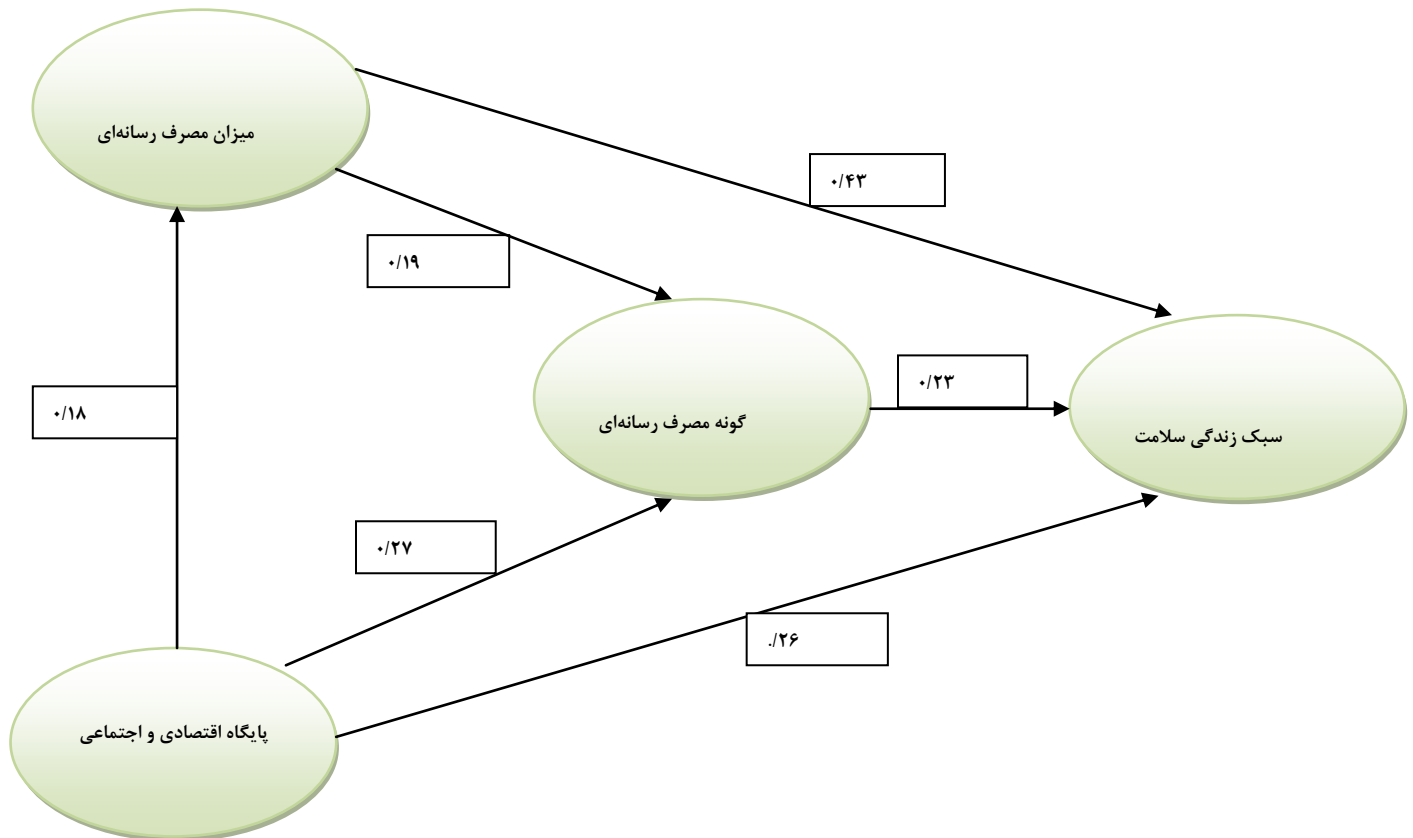
این درحالی است که نتایج این تحقیق نشان می‌دهد پرداختن به بیماری‌های قلبی و عروقی و انواع سرطان همچنین پیشگیری از سوانح شغلی و حوادث رانندگی و اعتیاد در اولویت‌های نسبتاً بعدی رسانه‌های مورد بررسی قرار دارند.

جدول شماره ۱۱: ارزیابی میزان توجه رسانه‌های مورد بررسی به «سیاست‌های ابلاغی خودشان در حوزه سلامت»

میزان پرداخت در تلویزیون					میزان پرداخت در رادیو سلامت					سیاست‌های اعلامی از سوی رسانه‌ها
خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	
										پرهیز از خود درمانی 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 و 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
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 خود درمانی 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 و 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

تحلیل مسیر روشی است برای مطالعه تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهایی که به عنوان «علت» در نظر گرفته شده‌اند و متغیرهایی که به عنوان «معلول» فرض گردیده‌اند. باید توجه داشت که از تحلیل مسیر در کشف علت‌ها استفاده نمی‌شود بلکه این روش در مورد مدل‌هایی بکار می‌رود که بر مبنای دانش ملاحظات نظری تدوین شده باشند (کرلینجر و پدهاوزر، ۱۳۸۸: ص ۶۰۶). به عبارت دیگر تحلیل مسیر برای آزمون مدل‌های علی به کار می‌رود و مستلزم تنظیم مدلی به صورت نمودار علی است و به ما کمک می‌کند ببینیم در پی چه چیزی هستیم. اصولاً در تحلیل مسیر از رگرسیون استفاده می‌شود، از این رو می‌توان میزان مناسب بودن مدل را ارزیابی کرد 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 به ساز و کار اثر متغیرها بر یکدیگر پی ببریم و مشخص می‌کند اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم است و تا چه حد غیرمستقیم. بدین ترتیب، تحلیل مسیر به طریق قابل فهم و ساده‌ای اطلاعات زیادی درباره فرآیندهای علی فراهم می‌آورد (دواس، ۱۳۸۵، ص ۲۲۲).

در نمودار زیر تحلیل مسیر سبک زندگی سلامت در این تحقیق به نمایش گذاشته شده است.



بحث و نتیجه‌گیری

به طور خیلی خلاصه این تحقیق به دنبال تبیین بیشتر این موضوع بوده است که آیا اصولاً رسانه‌های جمعی بر روی تصمیم‌هایی که مردم در خصوص نوع و کیفیت تغذیه، ورزش، استعمال دخانیات و سایر موارد سلامتی اتخاذ می‌کنند، تاثیرگذار است؟ اگر اینگونه است این تاثیرگذاری بر روی کدامیک از پایگاه‌های اقتصادی- اجتماعی بیشتر است؟ آیا شخصی که دسترسی بیشتری به رسانه‌ها دارد سبک زندگی سالم‌تری نیز دارد؟ همچنین آیا پیام‌های تولید شده توسط رسانه‌های جمعی با سیاست‌های اعلامی از سوی خودشان، تطابق دارد؟ و آیا پیام‌های تولید شده با انتظارات و نیازهای مردم نیز منطبق است؟ و نهایتاً آیا سیاست‌های کلان سلامتی با سیاست‌ها و اقدامات رسانه‌ها همخوانی دارد؟

نتایج کلی برآمده از این تحقیق نشان می‌دهد، متغیر میزان مصرف رسانه‌ای با $0/43$ قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی سلامت می‌باشد. بعد از متغیر «میزان مصرف رسانه‌ای» به ترتیب متغیرهای «پایگاه اجتماعی- اقتصادی» با $0/26$ و «گونه مصرف رسانه‌ای» با $0/23$ بیشترین تاثیر را بر روی متغیر «سبک زندگی سلامت» داشته‌اند. همچنین دیگر نتایج برآمده از این تحقیق نشان می‌دهد نه تنها بین سبک‌های زندگی سلامت و پایگاه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد، بلکه بین سبک‌های زندگی سلامت و گونه و میزان مصرف رسانه‌ای افراد نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین متغیر میزان مصرف رسانه‌ای (میزان بهره‌گیری و مصرف افراد از منابع رسانه‌ای مختلف) یکی از تاثیرگذارترین و قوی‌ترین متغیرهای انتخاب سبک‌های زندگی سلامت است که تا پیش از این تحقیق مورد بررسی و تایید قرار نگرفته است.

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

همچنین بر اساس دیگر نتایج تحلیل محتوای انجام گرفته در این تحقیق، در حال حاضر آنچه در حوزه سلامت از رسانه‌های ما بویژه رادیو و تلویزیون ترویج و آموزش داده می‌شود از بین چهار بعد سلامتی (جسمانی؛ اجتماعی؛ روانی؛ معنوی) غالباً به بعد جسمانی سلامت معطوف شده است که آن هم با نیاز و مصلحت آحاد جامعه تطابق چندانی ندارد. همچنین بر اساس سیاست‌های کلانی که بر گرفته از اسناد بالادستی نظام جامع سلامت کشور می‌باشد نیز سیاست‌گذاری و هدف‌گذاری نشده است.

از طرف دیگر بر اساس نتایج به دست آمده از بخش کیفی تحقیق و مصاحبه‌های عمیقی که با متولیان رسانه‌های منتخب صورت گرفته، متأسفانه علیرغم وجود سازمان‌های متعدد در عرصه سلامت و همچنین وجود 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؛ هفته‌نامه سلامت) اهداف و سیاست‌های اعلامی خود را به طور کامل پوشش نداده‌اند و بیشتر مطابق میل و اقتضات 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 اعلامی خود نداشته‌اند.
- هیچ نهاد نظارتی برای ارزیابی کمی و کیفی پیام‌های تولید شده در حوزه سلامت، کنترل دقیقی بر روی رسانه‌های مورد بررسی نداشته است. در صورتی که در نقشه سلامت کشور، مسئولیت نظارت به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شده است.
- سبک‌های زندگی سلامت مردم با آن چیزی که در رسانه‌ها بازتولید می‌شود و آن چیزی که در سیاست‌های کلان کشور وجود دارد مطابقت و ثقی ندارد. مطابق نتایج این تحقیق تنها ۹ درصد پاسخگویان دارای سبک زندگی سالم بوده‌اند و در واقع مطابق استانداردهای غذایی رفتار می‌کنند.

در خاتمه بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق راهکارهای رسانه‌ای زیر پیشنهاد می‌شود:

۱- یافته‌های این ارزیابی حاکی از آن است که از میان ابعاد چهارگانه سلامت (سلامت جسمانی؛ سلامت اجتماعی؛ سلامت روانی؛ سلامت معنوی) بیشترین توجه برنامه‌های رادیو و 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 پرداخت 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 به عنوان فرهنگ‌سازان و پیش‌قراولان عرصه سلامتی داشت

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

۳- نتایج برآمده از این تحقیق حاکی از آن است که سبک زندگی سلامت زنان جامعه ما در مقایسه با مردان از امتیاز پائین تری برخوردار است. به عبارت دیگر زنان جامعه ما توجه کمتری به خود دارند و مدیریت ضعیف تری نسبت به خود و بدن خود اعمال می کنند (میانگین بالاتر شاخص توده بدن زنان (۲۸) نسبت به مردان (۲۵/۸)؛ مشاهده چاقی و اضافه وزن بیشتر در زنان در مقایسه با مردان بویژه در زنان پایگاه های پایین تر و مسن تر. لذا با توجه به موارد فوق پیشنهاد می شود برای داشتن جامعه ای سالم تر در آینده بیش از هر چیز به موضوع سلامت از طریق ارتباطات و با تمرکز بر روی زنان خانواده توجه بیشتری شود و در این مسیر با هدف ارتقاء سطح مصرف رسانه ای آحاد جامعه، آموزش های سلامت محور در تمامی رسانه های گروهی مورد عنایت قرار گیرد.

۴- از آنجا که بین سیاست های اعلامی توسط نهادهای دولتی و عملکرد آنها در طول زمان و همچنین ماموریت رسانه های مورد بررسی و عملکرد مردم (سبک های زندگی سلامت پاسخگویان) هیچگونه همسویی و قرابت وثیقی وجود ندارد، انتظار می رود رسانه های جمعی بویژه رادیو و تلویزیون (به دلیل مرجعیت، نفوذ و گستردگی) در این خصوص دست به ابتکار عمل زده و با ساخت برنامه های خلاقانه و چالشی نقش حرفه ای و رسانه ای خود را برای مطالبه از مسئولان و متولیان سلامت کشور مردم ایفاء نماید و در راستای همسویی و هم افزایی دستگاه ها به عنوان واسطه ای بین مردم و مسئولان سلامت کشور تلاش کند.

۵- با توجه به اهمیت محوری سلامت در جامعه (مهم ترین دغدغه زندگی انسان ها و هدف دولت ها) و با عنایت به پائین بودن سبک زندگی سالم در جامعه (۹ درصد بر اساس نتایج تحقیق) پیشنهاد می شود، تمامی رسانه های جمعی بویژه رسانه های مجازی به دلیل حضور گسترده در سبک مصرف رسانه ای آحاد جامعه، از ظرفیت کنشگرانه افراد برای ایجاد یک تحول لازم و ضروری استفاده کنند. برای این منظور لازم است تا رسانه ها با تزریق اطلاعات سلامت محور از ظرفیت های موجود در تک- تک افراد جامعه برای بهبود وضعیت سلامت عمومی و تحقق شعار انسان سالم، محور توسعه کشور بهره گیری نمایند. چرا که همواره تغییراتی که درون ذهن انسان ها (تغییرات درونزا) بوقوع می پیوندد، نتایج قوی تر، موثرتر و پایدارتری به همراه خواهند داشت.

- پناهی، مهدی. (۱۳۹۵). لطفاً اشتباه برداشت نکنید، نشریه رصد، ویژه‌نامه تحلیلی نظام سلامت، مشهد: دفتر پژوهش موسسه فرهنگی هنری، شماره ۳۱.
- پور مقیم، سید جواد. (۱۳۷۸). *اقتصاد بخش عمومی*، چاپ پنجم، تهران: نشر نی.
- ترکمندی، شیرین. (۱۳۹۱). *رابطه برنامه‌های سلامت محور سیمای جمهوری اسلامی ایران و رفتارهای بهداشتی از دیدگاه مخاطبان تهرانی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه ارتباطات، دانشکده ارتباطات، دانشگاه صدا و سیما.
- خانیکی، هادی. (۱۳۹۳، ۳ بهمن). *ارتباطات سلامت؛ زمینه‌ها و دورنمای آن در توسعه*، پایگاه اطلاع‌رسانی هادی خانیکی، بازیابی شده در ۱۳۹۵/۸/۵ از: <http://www.khaniki.com/?p=252>
- دواس، دی‌ای. (۱۳۸۵). *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایی، چاپ هفتم، تهران: نشر نی.
- ربر، آرتور. (۱۳۹۰). *فرهنگ توصیفی روان‌شناسی*، ترجمه یوسف کریمی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- شمس، لقمان. (۱۳۸۹). *مطالعه سبک‌های زندگی سلامت محور در شهرستان بوکان*، دانشگاه تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- قاسمی، وحید؛ ربانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی؛ علیزاده اقدم، محمداقبر. (۱۳۸۷). *تعیین کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور*، نشریه علمی-پژوهشی *زیان و ادبیات فارسی*، سال ۱۶، شماره ۶۳.
- کیا، علی اصغر و حسین پور، جعفر. (۱۳۹۱). *نقش رسانه‌ها در توسعه سلامت و رفاه اجتماعی*، فصلنامه *جامعه، فرهنگ و رسانه*، سال اول، شماره ۲.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۸). *جامعه‌شناسی پزشکی*، چاپ نهم، تهران: انتشارات طهوری.
- میرزایی، محمد و کردزنگنه، جعفر. (۱۳۸۹). *تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت محور در شهر تهران*، *دوفصلنامه علمی-پژوهشی نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، دانشگاه تهران، سال پنجم، شماره ۱۰.
- Cockerham, C. William. (2013). *Medical Sociology on The Move; New Direction in theory*, Springer Dordrecht Heidelberg, New York, London.
- Cokerham, C. Willam, & Ritchey, Ferris. (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 certered around mass media and communication implications for professional preparation, *Journrnal of health Education* . Vol 28.
- Suruchi, Sood, Shefner-Rogers, Corinne L. & Sengupta, Manisha. (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* 16 (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.

پی نوشت ها:

¹. * دکترای علوم ارتباطات، دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی، mahdizadeh45@yahoo.com
** نویسنده مسئول، دکترای علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی، khashei4774@yahoo.com

- 2 . Disease
- 3 . Health
- 4 . Screening
5. Health Lifestyle
- 6 . Health Lifestyles
- 7 . Cokerham & Ritchey
- 8 . Suruchi. Sood & Manisha. Sengupta
- 9 . Nandy & Nandy
- 10 . William C.Cockerham
11. Lifestyles
- 12 . William C.Cockerham
- 13 . Life Choices
- 14 . Life Chances
- 15 . Socialization
- 16 . Experience
- 17 . Quantitative
- 18 . Qualitative
- 19 . Sequential Form
- 20 . Mixed Method Design
- 21 . Focus Group Discussion
- 22 . Content Analysis
- 23 . Rolling or Composite Week
- 24 . Survey
- 25 . Multistage Sampling
- 26 . Semi-Structured Interview
- 27 . Health
- 28 . World Health organization(WHO)
- 29 . Physical Health
- 30 . Social Health
- 31 . Mental Health
- 32 . Spiritual Health
- 33 . Health Lifestyles
- 34 . Statistical package for the Social Science(SPSS)
- 35 . Path Analyti

این مقاله پیش از این در فصلنامه علمی- پژوهشی «پژوهش‌های ارتباطی» / سال بیست و پنجم / شماره (2 پیاپی) 94 تابستان 1397 / به چاپ رسیده است.