

عوامل مؤثر بر انتخاب سبک زندگی سلامت محور شهروندان شهر تهران با تاکید بر مصرف رسانه‌ای

محمدسعید ذکایی (نویسنده مسئول)، استاد جامعه‌شناسی، گروه پژوهشگری، دانشگاه علامه طباطبایی،
saeedzokaei@gmail.com

ابوعلی ودادهیر، دانشیار گروه مردم‌شناسی، دانشگاه تهران و گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی ایران،
vedadha@ut.ac.ir

رضا خاشعی، دانشجوی دکتری علوم ارتباطات اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، khashei4774@yahoo.com

چکیده: امروزه با توجه به کنترل بیماری‌های واگیردار و افزایش طول عمر جوامع بشری، بیماری‌هایی بوجود آمده‌اند که کاملاً به تغذیه‌ی انسان‌ها ارتباط دارند. انواع سرطان، چاقی، دیابت، فشارخون از جمله بیماری‌هایی هستند که توجه کارشناسان را به مسئله تغذیه و سلامت دوچندان کرده است. کنترل بیماری‌های غیرواگیر تا حدود زیادی نشئت‌گرفته از سبک‌های زندگی غلطی است که منجر به انواع بیماری‌ها و مرگ و میرهای زودرس شده‌اند. امروزه جامعه‌شناسان بر این باورند که این سبک‌های زندگی افراد است که می‌تواند آنان را سالم نگه دارد یا به بیماری مبتلا کند. در این میان، غالب افراد بر این باورند که در زمینه سبک‌های زندگی، خودشان دست به انتخاب می‌زنند در حالی که تا حدود زیادی اینگونه نیست. در این پیمایش تلاش شده است تا پارامترهای تاثیرگذار (شامل: مصرف رسانه‌ای افراد، پایگاه اقتصادی - اجتماعی) بر روی سبک زندگی سلامت محور شهروندان مناطق ۲۲گانه شهر تهران مورد مطالعه قرار گیرد. نتایج به دست آمده از این پیمایش (با نمونه آماری ۸۰۲ نفر از افراد ۱۸ سال به بالا) حاکی از آن است که بین مصرف رسانه‌ای افراد و سبک زندگی سلامت محور و همچنین بین سبک زندگی سلامت محور افراد و پایگاه اجتماعی و اقتصادی آنها ارتباط معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، سبک‌های زندگی سالم‌تر بیشتر در بین افرادی که مصرف رسانه‌ای بالاتری دارند، مشاهده شده است.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سلامت محور، مصرف رسانه‌ای، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، ارتباطات و سلامت، رفتارهای سلامت محور.

مقدمه و طرح مسئله

انسان‌ها از زمان بیداری تا لحظه خواب حسب عادات خود، رفتارهایی را پیشه می‌کنند که برگرفته از روحیات، خلیقات، ادراکات و منابع فرهنگی جامعه‌ای است که در آن رشد کرده‌اند. حال اگر رفتارهای مورد انتخاب، ناسالم باشند، قطعاً دیر یا زود بیماری‌گریبان افراد را می‌گیرد و اگر رفتارهای سالم پیشه افراد باشد، به طور قطع سلامتی دستاورد چنین انتخابی خواهد بود. اطلاعات و آمارهای موجود همگی حاکی از آن است که در حال حاضر در کشور ما روند بیماری‌های مزمن در مرز هشدار قرار دارند. مطابق اظهارات دکتر علی قنبری مطلق (مدیر برنامه ملی کنترل سرطان وزارت کشور) بیش از نیمی از مردم کشور ما دارای اضافه‌وزن و چاقی، حدود ۴۰ درصد دچار کم‌تحركی، ۱۶ درصد فشار خون بالا، ۸ درصد دارای قند خون بالا و حدود ۱۰ درصد سیگاری هستند (قنبری مطلق، ۱۳۹۳، ص. ۷). همچنین بر اساس آخرین گزارش‌های وزیر بهداشت کشورمان در سال ۹۳ نرخ دیابت نوع دو به مرز ۱۸ درصد رسیده است. همچنین ۴۸ درصد مردم کشور دچار بیش-خواری، ۷۰ درصد مردم ایران دارای فقر آهن، ۳۳ درصد مردان و ۵۰ درصد زنان نیز دچار پوکی استخوان هستند. بر اساس همین گزارش ۴۶ درصد مرگ و میرهای کشور ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی و ۱۳ درصد آنها ناشی از ابتلا به انواع سرطان می‌باشد که می‌توان علت آنها را در شکل‌گیری عادات بد غذایی در خانواده‌ها، فشارخون کنترل نشده در بین مردم، فقدان سواد سلامتی اقشار مختلف جامعه، نبود سیاست‌های یکپارچه برای آموزش و اشاعه سلامتی، تغییر نامحسوس الگوهای سلامتی و در یک جمله آگاهی نداشتن افراد جامعه از سبک‌زندگی سالم جستجو کرد (قاضی‌زاده هاشمی، ۱۳۹۳، ص. ۱۳).

حال در این شرایط بغرنج اکثریت مردم انتظار دارند تا سنین بالا عمر کنند در صورتی که بیش از پیش در معرض بیماری‌های مزمنی قرار دارند که کاملاً با سبک‌های زندگی آنها در ارتباط است. بدیهی است این‌گونه بیماری‌ها را نمی‌توان مستقیم و به یکباره از طریق درمان‌های پزشکی معالجه کرد بلکه شیوه‌های عمل و سبک-های 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 و پایان زودرس زندگی را موجب شوند (کاکرهم^۱، ۲۰۱۳، ص. ۱۳۰). برای همین است که جامعه‌شناسان معتقدند این «سبک‌های زندگی»^۲ افراد است که می‌تواند آنان را سالم نگه دارد یا به بیماری مبتلا کند (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹، ص. ۱۱۴).

امروزه سلامت به عنوان یک دستاورد نگریسته می‌شود. اتخاذ یک «سبک‌زندگی سلامت‌محور»^۳ 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»^۴ متضمن تصمیمات درباره غذا، ورزش، غلبه بر استرس، سیگار کشیدن، مصرف الکل و دارو، خطر تصادفات (استفاده از کمربند) و وضع ظاهری بدن است. سبک‌های زندگی سلامت‌محور می‌تواند به عنوان شیوه‌هایی از زیستن مفهوم‌پردازی شود که عموماً افراد سالم آن را دنبال می‌کنند تا سلامت‌شان را حفظ یا بهبود بخشند و از بیماری و صدمه بپرهیزند (کاکرهم و ریچی^۵، ۱۹۹۷، ص. ۵۷).

امروزه هر نظام اجتماعی در ساخت خود به سلامت اهمیت می‌دهد و آن را ضروری می‌شناسد، زیرا بنا به تعریف جدید توسعه‌یافتگی، ثروت ملل در منابع انسانی آنها نهفته است (بابایی، ۱۳۸۶، ص. ۳۹). در این راستا

رسانه‌های جمعی علاوه بر حضور گسترده در زندگی افراد، به عنوان منبع اصلی اطلاعات مربوط به سلامتی، اثرات مهمی بر سلامت عمومی گذاشته‌اند. این رسانه‌ها در سراسر جهان، نقش بسیار مهمی در سلامت فردی و عمومی و پیشگیری از انواع بیماری‌ها بر عهده دارند و منبع مهمی برای ارتقای سلامت به شمار می‌روند (ناندی و ناندی، ۱۹۹۷، ص. ۲۳۸). در دنیای امروز رسانه‌ها به بزرگترین مربیان ما بدل شده‌اند. داشتن اطلاعات صحیح عنصری است اساسی برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه که موجبات توانمندسازی آحاد جامعه را فراهم می‌آورد (کیا و دیگران، ۱۳۹۱، ص. ۹۶). از منظر صاحب‌نظران رابطه بین رسانه‌های جمعی و سلامت یک رابطه دوجانبه تلقی می‌شود از سویی ارتقای سلامت موضوع مهمی برای رسانه‌ها محسوب می‌شود و از سویی دیگر حوزه سلامت، با توجه به رسالتی که در ارائه اطلاعات دارد، به رسانه‌های جمعی نیازمند است. رسانه‌ها امروزه نقشی اساسی در تغییر رفتارهای مربوط به حوزه سلامت ایفاء می‌کنند، زیرا عامل کلیدی انتشار اطلاعات در نظام اجتماعی به‌شمار می‌روند. «ارتباطات» و «سلامت» دو حوزه‌ای هستند که در کنار یکدیگر بر تصمیمات تقویت‌کننده سلامت فردی و اجتماعی تاثیر می‌گذارند و آن را بهبود می‌بخشند. در سال‌های نه‌چندان دور، سازمان بهداشت جهانی، برای سال‌ها حوزه سلامت را درسه بعد کلان تعریف می‌کرد که عبارت بودند از: «سلامت جسمی»^۵، «سلامت روانی»^۶ و «سلامت اجتماعی»^۷، اما بیش از سه دهه است که به دلیل اهمیت موضوع، بعد «سلامت معنوی»^۸ نیز به‌عنوان یکی از ستون‌های چهارگانه سلامت مورد تأیید و تصویب قرار گرفته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). بنابراین امروزه زندگی سالم برای آحاد جامعه در گستره ابعاد «جسمانی»، «روانی»، «اجتماعی» و «معنوی» مطرح می‌شود (پورمقیم، ۱۳۷۶، ص. ۵).

در مطالعه حاضر تلاش شده است تا پارامترهای تاثیرگذار (شامل: مصرف‌رسانه‌ای افراد، پایگاه اقتصادی - اجتماعی) بر روی سبک‌زندگی سلامت‌محور شهروندان شهر تهران و با هدف ارزیابی سبک‌های زندگی سلامت‌محور مردم تهران بر اساس میزان مصرف رسانه‌ای و پایگاه اجتماعی و اقتصادی و همچنین شناسایی میزان به‌کارگیری اطلاعات ارائه شده توسط رسانه‌ها در اتخاذ رفتارهای سلامتی مردم تهران مورد مطالعه قرار گیرند. به‌طور خلاصه این مطالعه به دنبال پاسخ به سوال بوده است که آیا میزان بهره‌گیری افراد از پیام‌های سلامتی تولید شده توسط رسانه در انتخاب سبک‌های زندگی سلامت‌محور آنان تاثیرگذار بوده است یا خیر؟ و اگر بوده است، این تاثیر در افراد مختلف در پایگاه‌های اقتصادی و اجتماعی متفاوت، چگونه بوده است؟

الگوی نظری تحقیق، مبتنی بر مدل نظری ویلیام کارگرام

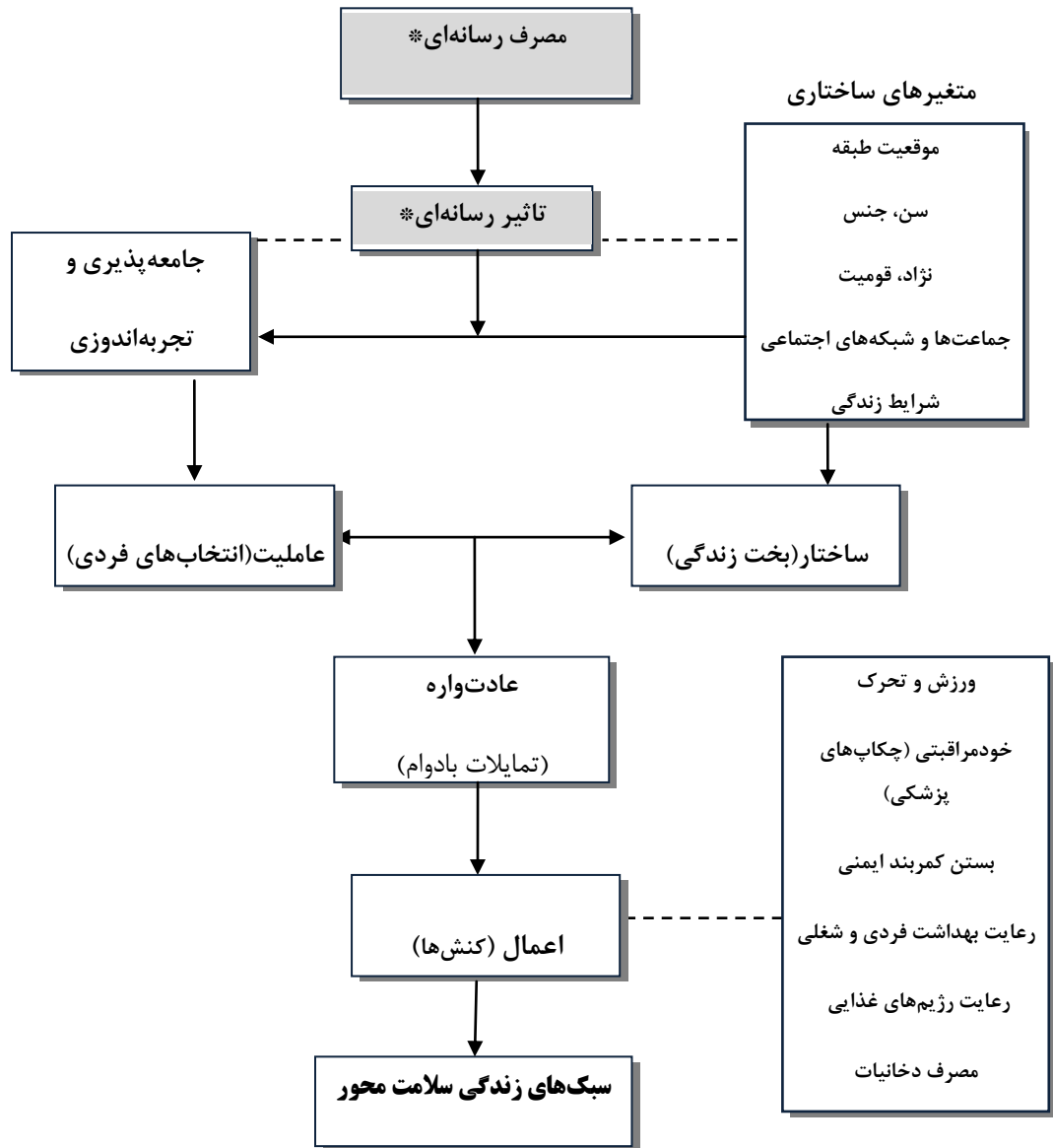
مطالعه حاضر برای یافتن شاخص‌ها و تحلیل نهایی از رویکردهای نظری «سبک زندگی سلامت‌محور» و «کارکردها و تاثیرات رسانه»، به فراخور بهره‌برداری کرده است. در این ارتباط، آنچه محور اصلی مطالعات سبک-زندگی سلامت‌محور محسوب می‌شود، الگوی نظری ارائه شده توسط ویلیام کارگرام می‌باشد. وی از جمله تاثیرگذارترین افراد در این حوزه است. مدل نظری کارگرام با عنوان «سبک‌زندگی 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»^{۱۰} فراهم می‌کند که در نتیجه آن افراد مسیر عملشان را انتخاب و

ارزیابی می‌کنند و در نتیجه به افراد این قابلیت را می‌دهد تا شرایطشان را تفسیر کنند، دست به انتخاب‌های عمدی بزنند و بر اساس معانی ذهنی خود اعمال‌شان را تنظیم کنند. از نظر کارهام سبک‌زندگی 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 کارهام، متغیرهای مختلف عوامل ساختاری، از سویی «فرصت‌های زندگی»^{۱۱} را می‌سازند و از سوی دیگر، زمینه «اجتماعی‌شدن»^{۱۲} و «تجارب»^{۱۳} مختلف را برای افراد ایجاد می‌کنند.

مدلی که کارهام ترسیم کرده است نشان می‌دهد که کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی، تمایلات افراد را به عمل، تولید می‌کند. این تمایلات خود منجر به ایجاد عادت‌واره‌ها می‌شوند. به این ترتیب عادت‌واره‌هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته‌اند، عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که 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 کارهام اضافه شده است. در الگوی نظری کارهام اشاره مستقیمی به فرهنگ‌رسانه‌ای و میزان بهره‌مندی افراد از این مولفه مورد مطالعه قرار نگرفته است. بنظر می‌رسد با توجه به جایگاه و نفوذ رسانه‌ها در زندگی روزمره افراد و نقش آموزشی آنها در تمامی عرصه‌ها بویژه سلامت عمومی، سنجش و ارزیابی این مولفه یکی از ضرورت‌ها و به نوعی تکمیل‌کننده مدل نظری کارهام باشد. در این مطالعه همچنین مفروض گرفته شد که رسانه‌ها به عنوان یک متغیر زمینه‌ای و در کنار متغیرهای ساختاری نقش بسیار مهم، سازنده و تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری افکار، تمایلات و رفتار سلامت‌محور افراد دارند. رسانه‌های گروهی از طریق تزریق و ترویج اطلاعات و نشر آگاهی‌های سلامتی تلاش می‌کنند تا در فرایند جامعه‌پذیری مخاطبان نقش‌آفرینی کنند و از این طریق تمایلات و انتخاب‌های مخاطب را تحت تاثیر قرار دهند و در نهایت از طریق تغییر عادات فردی، کنش‌های سلامتی آنان را تصحیح، تقویت و یا ایجاد نمایند. از این جهت در مدل مفهومی طراحی شده در این مطالعه جایگاه و نقش رسانه‌های گروهی در زندگی روزمره افراد و همچنین میزان استفاده و بکارگیری رسانه‌ها در انتخاب رفتارهای سلامت‌محور به مدل ویلیام کارهام به‌طور موقت اضافه شد و نهایتاً با انجام پیمایشی در سطح شهر تهران و یافته‌های به‌دست آمده از آن، مورد تأیید قرار گرفت.

مدل مفهومی - تحلیلی تحقیق



*متغیرهای مربوط به مصرف رسانه‌ای و تأثیرات رسانه‌ای توسط نگارنده به مدل نظری ویلیام کاکرهام افزوده شده است

روش‌شناسی مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران

در این پژوهش به منظور دستیابی به یک تحلیل نسبتاً جامع در حوزه سلامت از ظرفیت‌های موجود در «روش پیمایش»^{۱۴} بهره‌گیری شده است. در این پیمایش که در سطح شهر تهران و با نمونه آماری ۸۰۲ نفر از شهروندان مناطق ۲۲گانه و بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای (سه مرحله‌ای) انجام شده است، شهر تهران به ۳۲۱۰۰ بلوک ساختمانی (بلوک آماری) تقسیم شده است که در مرحله اول نمونه‌گیری، ۱ درصد و در مرحله دوم بر حسب حجم خانوارهای هر بلوک، حدود ۳ درصد خانوارهای هر بلوک ساختمانی انتخاب و در مرحله سوم نیز به‌طور اتفاقی یکی از اعضای ۱۸ سال به بالای هر خانوار مستقر در بلوک‌های ساختمانی، مورد پرسش قرار گرفته‌اند و نهایتاً داده‌ها پس از استخراج با نرم‌افزار «اس‌پی‌اس‌اس»^{۱۵} مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است. همچنین پس از جمع‌آوری تمامی یافته‌های به دست آمده، به منظور دستیابی به راهکارهای اجرایی برای بهبود وضعیت سلامت جامعه، دو جلسه «بحث‌گروهی متمرکز»^{۱۶} با خبرگان حوزه سلامت (خبرگان اجرایی-دانشگاهی) برگزار و از نتایج آن در تبیین بیشتر داده‌ها و ارائه راهکارهای نهایی پژوهش استفاده شد.

همچنین در این مطالعه برای انجام دقیق‌تر آزمون‌های همبستگی، نیاز به دسته‌بندی و ادغام متغیرهای تحقیق بود. در این راستا تمامی پاسخ‌های ارائه شده توسط پاسخگویان بر اساس نوع پاسخ به سوالات پرسشنامه و همچنین بر اساس شاخص‌های تعریف شده از سوی خبرگان دانشگاهی (ارائه شده در جلسات فوکوس گروپ) از طریق نرم‌افزار «اس‌پی‌اس‌اس» به گونه‌ای روشمند تفکیک و در قالب تیپ‌هایی مشخص و دسته‌بندی شدند و در نهایت تمامی داده‌ها در قالب چهار مولفه کلان شامل: «پایگاه اقتصادی-اجتماعی شامل: پایگاه بالا؛ پایگاه متوسط بالا؛ پایگاه متوسط؛ پایگاه متوسط پائین؛ پایگاه پائین»؛ «سبک زندگی سلامت‌محور شامل: سبک زندگی سالم؛ سبک زندگی تاحدودی سالم؛ سبک زندگی نیمه‌سالم؛ سبک زندگی تاحدودی ناسالم؛ سبک زندگی ناسالم»؛ «گونه مصرف‌رسانه‌ای شامل: مخاطب فعال؛ مخاطب نیمه‌فعال؛ غیربیننده» و «میزان مصرف‌رسانه‌ای شامل: مصرف زیاد، مصرف متوسط، مصرف کم» دسته‌بندی و تیپ‌سازی شدند.

بحث و تحلیل یافته‌های پژوهش

۱. توزیع پاسخگویان بر اساس سبک زندگی سلامت‌محور؛ پایگاه اقتصادی و اجتماعی؛ مصرف رسانه‌ای یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد، تنها ۹ درصد پاسخگویان دارای سبک زندگی «سالم» بوده 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 ۱: توزیع پاسخگویان بر اساس سبک زندگی سلامت‌محور؛ پایگاه اقتصادی و اجتماعی؛ مصرف رسانه‌ای

| درصد | فراوانی | شاخص | شاخص‌ها مولفه‌ها |
|-------|---------|-------------------------------|--------------------------|
| ۹,۰ | ۷۲ | سالم | سبک زندگی سلامت‌محور |
| 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 | |
| ۱۰ | ۴۶ | کم و خیلی کم | |
| ۱۰۰,۰ | ۴۶۲ | 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 سلامت‌محور و مصرف‌رسانه‌ای 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 مصرف‌رسانه‌ای 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 سلامت‌محور 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 ۲: آزمون ارتباطی پیرسون برای سنجش رابطه میان متغیرهای اصلی تحقیق

| پایگاه اجتماعی - اقتصادی | سبک زندگی سلامت‌محور | مصرف رسانه‌ای | نام متغیر | |
|--------------------------|----------------------|---------------|--------------|------------------------|
| ۰,۱۵۱ | ۰,۱۸۱ | ۱ | ضریب پیرسون | گونه مصرف رسانه‌ای |
| ۰,۰۰۰ | ۰,۰۰۰ | | سطح معناداری | |
| ۰,۲۰۱ | ۱ | | ضریب پیرسون | سبک زندگی سلامت‌محور |
| ۰,۰۰۰ | | | سطح معناداری | |
| ۱ | | | ضریب پیرسون | پایگاه اقتصادی-اجتماعی |
| | | | 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 سلامت‌محور، مردان از میانگین نسبتاً 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 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 سبک‌زندگی سلامت‌محور و هم در شاخص توده بدنی دارای میانگین بالاتری (ناسالم‌تر) بوده‌اند.

جدول ۳: آزمون مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق

| متغیرهای تحقیق | گروه‌ها | میانگین‌ها | آماره تی | 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 ۴: 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 | 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 | | | | | ۰,۵۲ | | | | 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 درحالی‌که 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 این‌رو، 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 سلامت‌محور وجود دارد به‌گونه‌ای که افراد دارای سبک زندگی سالم بیش از دیگران مخاطبان فعال برنامه‌های سلامت هستند و بالعکس.

جدول ۵: توزیع گونه مصرف رسانه‌ای بر حسب سبک زندگی سلامت‌محور

| مجموع | | سبک زندگی سلامت‌محور | | | | | | | | | | سبک زندگی سلامت‌محور 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 سلامت‌محور 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 سلامت‌محور وجود دارد. به عبارت دیگر افراد پایگاه‌های بالاتر دارای سبک زندگی سالم‌تری در مقایسه با پایگاه‌های پایین‌تر هستند.

جدول ۶: توزیع سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب پایگاه اقتصادی-اجتماعی

| مجموع | | پایگاه اجتماعی-اقتصادی | | | | | | | | | | سبک زندگی سلامت‌محور | |
|-------|-------|------------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|----------------------|----------------------|
| | | پایین | | متوسط پایین | | متوسط | | متوسط بالا | | بالا | | | |
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | سبک زندگی سلامت‌محور | سبک زندگی سلامت‌محور |
| ۹,۰ | ۷۵ | ۱۳,۰ | ۲۵ | ۷,۵ | ۱۶ | ۵,۹ | ۱۲ | ۱۳,۰ | ۱۸ | ۶,۰ | ۴ | سالم | سبک زندگی سلامت‌محور |
| 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 | نیمه‌سالم | |
| 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 میزان 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 ۷: 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 | |

۸. توزیع درصد میزان تاثیر برنامه‌های سلامت‌محور بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی

نتایج برآمده از این مطالعه حاکی از آن است که ۷۶ درصد از پاسخگویان پایگاه «بالا» به واسطه بهره‌گیری از برنامه‌های سلامت‌محور، هم‌نظرو هم‌رفتارشان درمورد بعضی از مسائل سلامتی تغییر کرده است. درحالی‌که در پایگاه‌های «متوسط پایین» و «پایین» این میزان حدود ۶۳ درصد می‌باشد. این میزان برای پایگاه بالا ۴ درصد و برای پایگاه متوسط پایین و پایین به ۱۵ درصد رسیده است. در مجموع، ضریب «گاما» در سطح معناداری ۰,۰۰۰ نشان می‌دهد که میان پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و میزان تاثیرپذیری آنها از برنامه‌های سلامت‌محور ارتباط معناداری وجود دارد.

جدول ۸: توزیع درصد میزان تاثیر برنامه‌های سلامت‌محور بر حسب پایگاه اجتماعی-اقتصادی

| مجموع | | پایگاه اقتصادی - اجتماعی | | | | | | | | | | تاثیر برنامه‌های سلامت‌محور |
|-------|-------|--------------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|---|
| | | پایین | | متوسط پایین | | متوسط | | متوسط بالا | | بالا | | |
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۱۱,۳ | ۵۲ | ۱۸,۲ | ۱۲ | ۱۳,۸ | ۱۶ | ۸,۷ | ۱۲ | ۸,۷ | ۸ | ۸,۰ | ۴ | برخی نظرات مراعات‌نکرده اماتأثیری روی رفتارم نداشته است |
| ۷۱,۰ | ۳۲۸ | ۶۳,۶ | ۴۲ | ۶۲,۱ | ۷۲ | ۷۶,۸ | ۱۰۶ | ۷۶,۱ | ۷۰ | ۷۶,۰ | ۲۸ | هم نظر و هم رفتارم را در مورد بعضی از مسائل سلامتی تغییر داده است |
| ۹,۵ | ۴۴ | ۳,۰ | ۲ | ۸,۶ | ۱۰ | ۸,۷ | ۱۲ | ۱۵,۲ | ۱۴ | ۱۲,۰ | ۶ | برای مدت کوتاهی درمن تغییراتی ایجاد کرد اما دوباره به روال قبل برگشته‌ام |
| ۸,۲ | ۳۸ | ۱۵,۲ | ۱۰ | ۱۵,۵ | ۱۸ | ۵,۸ | ۸ | ۰,۰ | ۰ | ۴,۰ | ۲ | هیچ تغییری درمن ایجاد نکرده است |
| ۱۰۰,۰ | ۴۶۲ | ۱۰۰,۰ | ۶۶ | ۱۰۰,۰ | ۱۱۶ | ۱۰۰,۰ | ۱۳۸ | ۱۰۰,۰ | ۹۲ | ۱۰۰,۰ | ۵۰ | مجموع |
| ۰,۰۰۰ | | | | سطح معناداری | | | | ۰,۲۷ | | | | ضریب گاما |

۹. توزیع شاخص توده بدن^{۱۷} بر حسب جنسیت

یافته‌های این مطالعه در خصوص توزیع شاخص توده بدن (بی.ام.آی) بر اساس جنسیت افراد نشان می‌دهد، ۱۸,۸ درصد از زنان چاق بوده‌اند در حالی که ۱۶,۹ درصد از مردان چاق گزارش شده‌اند. به لحاظ اضافه وزن نیز ۴۴,۴ درصد از زنان دارای اضافه وزن بوده‌اند در حالی که ۳۶,۵ درصد از مردان از اضافه وزن در رنج بوده‌اند. به لحاظ کمبود وزن هیچ مردی دارای چنین شرایطی نبوده است در حالی که ۱,۶ درصد از زنان دارای این وضعیت بوده‌اند. در مجموع، نتایج جدول زیر نشان می‌دهد بین جنسیت و شاخص توده بدن ارتباط معناداری وجود دارد.

جدول ۹. توزیع درصد شاخص توده بدن بر حسب جنسیت

| مجموع | | زن | | مرد | | جنسیت وضعیت شاخص توده بدن |
|-------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------------------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۰,۵ | ۴ | ۰,۵ | ۲ | ۰,۵ | ۲ | کمبود وزن شدید |
| ۰,۸ | ۶ | ۱,۶ | ۶ | ۰,۰ | ۰ | کمبود وزن |
| ۴۰,۳ | ۳۰۵ | ۳۴,۷ | ۱۳۳ | ۴۶,۱ | ۱۷۲ | عادی |
| ۴۰,۵ | ۳۰۶ | ۴۴,۴ | ۱۷۰ | ۳۶,۵ | ۱۳۶ | اضافه وزن |
| ۱۷,۹ | ۱۳۵ | ۱۸,۸ | ۷۲ | ۱۶,۹ | ۶۳ | چاق |
| ۱۰۰,۰ | ۷۵۶ | ۱۰۰,۰ | ۳۸۳ | ۱۰۰,۰ | ۳۷۳ | مجموع |
| ۰,۰۰۰ | | سطح معناداری | | ۰,۱۴ | | ضریب فی-وی کرامر |

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در این مقاله تلاش شد تا میزان برخورداری شهروندان شهر تهران از «سبک‌زندگی سالم» و پارامترهای تاثیرگذار بر روی انتخاب سبک‌های زندگی سلامت‌محور با تاکید بر سوال اصلی این مقاله پاسخ داده شود. بدیهی است اتخاذ یک سبک زندگی سالم به همگان این امکان را می‌دهد تا به عنوان یک اقدام پیشگیرانه، قدری کنترل شخصی بر سلامت خود داشته باشند. خلاصه‌ای از یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد:

- توزیع پاسخگویان بر اساس سبک زندگی سلامت‌محور نشان می‌دهد، فقط ۹ درصد پاسخگویان دارای سبک زندگی سالم و ۴۵ درصد دارای سبک زندگی تا حدودی سالم بوده‌اند.
- به لحاظ شاخص توده بدنی «بی‌ام‌آی»، حدود ۴۰ درصد از پاسخگویان اضافه وزن، ۱۶,۸ درصد پاسخگویان چاق، ۳۸ درصد نرمال (عادی)، و ۰,۷ درصد کمبود وزن داشته‌اند.
- نتایج به دست آمده نشان می‌دهد، مردان نسبت به زنان، سبک زندگی و رفتارهای سالم‌تری داشته‌اند.
- همچنین بین شاخص توده بدنی افراد و جنسیت آنان رابطه معناداری وجود دارد به گونه‌ای که در گروه زنان، چاقی و اضافه‌وزن بالاتری نسبت به مردان مشاهده شده است. یافته‌های این تحقیق نشان داد نه تنها بین سبک‌های زندگی سلامت‌محور و پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد رابطه معنی‌داری وجود دارد، بلکه بین سبک‌های زندگی سلامت و گونه و میزان مصرف‌رسانه‌ای افراد نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد.
- یافته‌های این مطالعه نشان داده است متغیر میزان مصرف رسانه‌ای (میزان بهره‌گیری افراد از منابع رسانه‌ای

مختلف) یکی از تاثیرگذارترین متغیرهای انتخاب سبک‌های زندگی سلامت است که تا پیش از این، از جایگاه کلیدی و ویژه‌ای برخوردار نبوده است.

مدل امروزین سبک‌زندگی سلامت که توسط ویلیام کاکرهام ارائه شده است و به عنوان مدل تحلیلی این تحقیق نیز مورد استفاده قرار گرفته است، به متغیرهای ساختاری، نقشی متناسب و موثر می‌دهد. نظریه کاکرهام نه تنها مکانیزم‌های پیوند بین طبقه اجتماعی و اقتصادی را با انواع سبک‌های زندگی سلامت برجسته می‌کند، بلکه فهم ویژه‌ای نیز از چگونگی شکل‌گیری این مکانیزم و روابط دیالکتیکی بین «عاملیت» و «ساختار» که منجر به انتخاب رفتارهای سلامتی و نهادینه شدن آنها در افراد می‌شود، به دست می‌دهد.

مدل نظری ارائه شده توسط کاکرهام به رغم تاثیرات متقابل «عاملیت» و «ساختار» و روابط دیالکتیکی بین آنها، ساختار را تا حدود زیادی مرجح می‌داند. مطابق این مدل سبک‌های زندگی سلامت، از چهار دسته متغیرهای ساختاری یعنی («اوضاع طبقاتی»؛ «سن، جنسیت، نژاد- قومیت»؛ «جماعت‌ها»؛ «شرایط زیست») تاثیر می‌پذیرند. از آنجا که مطالعات و تحقیقات تجربی انجام شده توسط کاکرهام همگی معطوف به بررسی متغیرهای ساختاری فوق‌الذکر می‌باشد، بنابراین در این تحقیق تلاش شد تا یک متغیر زمینه‌ای مهم تحت عنوان «مصرف رسانه‌ای» به عنوان سهم نظری این پژوهش به مدل نظری کاکرهام اضافه شود تا چارچوبی سودمند برای فهم بهتر و نحوه شکل‌گیری رفتارهای معطوف به سلامت مورد بررسی و آزمون علمی قرار گیرد. در این راستا و در پاسخ به سوال اصلی این مقاله می‌توان گفت، سبک‌های زندگی سلامت‌محور بیشتر نزد افرادی مشاهده شده است که از نظر گونه مصرف‌رسانه‌ای، افرادی فعال و از نظر میزان مصرف رسانه‌ای افرادی هستند که بیش از دیگران پیگیر مطالب و اخبار سلامتی بوده‌اند. همچنین این فرایند (فعال بودن و مصرف رسانه‌ای بالاتر) در پایگاه‌های اقتصادی- اجتماعی بالاتر، بیشتر مشاهده شده است، به طوری که حدود ۹۷ درصد افراد واقع در پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالا دارای مصرف رسانه‌ای خیلی زیاد بوده‌اند در حالی که این نسبت برای پایگاه اقتصادی- اجتماعی پائین حدود ۶۰ درصد بوده است.

به طور خیلی خلاصه و به عنوان مهم‌ترین نتیجه و دستاورد این تحقیق می‌توان گفت، رسانه‌های جمعی (بویژه رادیو و تلویزیون) به دلیل گستردگی و نفوذ در جامعه ایرانی و تولید و پخش بیش از ۲۲ ساعت برنامه به طور روزانه و در ۱۱ شبکه رادیویی و تلویزیونی (خاشعی، ۱۳۹۵)، مهم‌ترین (به اذعان پاسخگویان این تحقیق ۵۳ درصد تلویزیون و ۱۴ درصد رادیو)، تاثیرگذارترین (۷۰ درصد پاسخگویان این تحقیق گفته‌اند که هم نظر و هم رفتارشان بر اثر مشاهده و پیگیری برنامه‌های سلامت‌محور تغییر کرده است) مهم‌ترین متغیر تاثیرگذار بر روی انتخاب‌های افراد برای اتخاذ سبک‌های زندگی سلامت‌محور هستند. جامعه‌ای که میزان مصرف کتاب در آن به دلیل بی‌حوصلگی افراد روزه روز کاهش می‌یابد، ناخودآگاه به سمت رسانه‌های جمعی (دیداری، شنیداری و اخیراً شبکه‌های اجتماعی) کشیده می‌شود و آنها را معتبر و نظرشان را موثر می‌شمارد. بنابراین سیاست‌گذاران ما می‌توانند از این فرصت کلیدی نهایت بهره‌برداری لازم را برده و با کمک دیگر رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی به طور کاملاً هوشمندانه، نظام‌مند و هم‌افزا در جهت سلامت و سالم‌سازی آحاد جامعه تلاش کنند تا در آینده‌ای نزدیک، جامعه‌ای سالم و توسعه‌یافته‌ای را برای همگان به ارمغان بیاورند.

دیگر نتایج این تحقیق حاکی از آن است که بیش از نیمی از جامعه ما دچار چاقی و اضافه وزن هستند که این موضوع با آخرین مطالعات ملی و جهانی در خصوص جامعه ایرانی کاملاً مطابقت دارد. در این میان زنان از وضعیت نامساعدتری در مقایسه با مردان برخوردارند. بر اساس نتایج برآمده از این تحقیق سبک‌زندگی سلامت‌محور زنان جامعه ما از کیفیت و امتیاز کمتری در مقایسه با مردان برخوردار است. به عبارت دیگر زنان جامعه ما توجه کمتری به خود دارند و مدیریت ضعیف‌تری نسبت به خود و بدن خود اعمال می‌کنند. بر خورداری زنان از میانگین شاخص توده بدن ۲۸ در مقابل میانگین ۲۵,۸ شاخص توده بدن مردان بخوبی این مسئله را نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با توجه به بافت جامعه ایرانی و مشارکت بیشتر مردان در جامعه و همچنین تمکن مالی و تحرک بیشتر مردان در عرصه‌های عمومی در کنار تفکرات مردانه و مردسالارانه موجود در جامعه باعث گردیده تا مدیریت بدن و رسیدگی به خود، نزد مردان جامعه ما دارای دارای اهمیت بیشتری گردد و همچنین استفاده از باشگاه‌های ورزشی، تغذیه مناسب‌تر و فعالیت‌های جسمانی بیشتر منجر به سبک‌زندگی سالم‌تری در مردان نسبت به زنان جامعه ما شده است. در صورتی که این موضوع در کشورهای دیگر و تحقیقات صورت گرفته توسط ویلیام کاکرهام مطابقت ندارد. (در راستای نظریه بوردیو در خصوص بدن-های جنسیتی شده، مطالعات تجربی اخیر نشان داده‌اند که زنان بیش از مردان دغدغه تغذیه سالم را در طبقات مختلف دارند (کاکرهام، ۲۰۰۵؛ اویگار، ۲۰۰۰) در تحقیقی دیگر مشاهده شده است زنانی که قابلیت‌های اقتصادی بالاتری دارند آگاهی‌شان در مورد بدن نیز بالاست و از نگاهی ایده‌آلیستی برخوردارند که مستلزم آگاهی در خصوص تغذیه و ورزش است (بوردیو، ۱۹۸۴: ۳۸۴-۳۸۲).

با توجه به موارد فوق پیشنهاد می‌شود برای داشتن جامعه‌ای سالم‌تر 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 مصرف‌رسانه‌ای آحاد جامعه، آموزش‌های سلامت‌محور در تمامی رسانه‌های گروهی مورد عنایت قرار گیرد.

-
1. William Cokerham
 2. Lifestyles
 3. Health Lifestyle
 4. Health Lifestyles
 5. Cokerham & Ritchey
 6. Physical Health
 7. Mental Health
 8. Social Health
 9. Spiritual Health
 10. Life Choices
 11. Life Chances
 12. Socialization
 13. Experience
 14. Survey Method
 15. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)
 16. Focus Group Discussion
 17. Body Mass Index

منابع

منابع فارسی

- بابایی، ن. (۱۳۸۶). روش مؤثر در آگاه‌سازی رسانه‌ای در حوزه سلامت. فصلنامه سنجش و پژوهش (ویژه نامه رسانه و سلامت). تهران: مرکز تحقیقات و مطالعات سازمان صدا و سیما، ۱۴ (۴۹).
- پور مقیم، س.ج. (۱۳۷۶). اقتصاد بخش عمومی. چاپ پنجم. تهران: نشر نی.
- خاشعی، ر. (۱۳۹۵، شهریور، ۲۷). گزارش توصیفی از برنامه‌های سلامت‌محور در صدا و سیما. [گزارش منتشر نشده]. مرکز نظارت و ارزیابی صدا و سیما.
- قاضی‌زاده هاشمی، س. ح. (۱۳۹۳، شهریور، ۸). بیماری قلب علت اصلی مرگ در ایران، گزارش رسمی وزیر بهداشت. روزنامه اعتماد، شماره ۳۰۴۵.
- قنبری مطلق، ع. (۱۳۹۳، شهریور، ۱۶). سرطان با تغییر سبک زندگی مهار می‌شود. گزارش مدیر برنامه ملی کنترل سرطان وزارت کشور. روزنامه جام‌جم، شماره ۴۰۶۵.
- کیا، ع. ا. و حسین‌پور، ج. (۱۳۹۱). نقش رسانه‌ها در توسعه سلامت و رفاه اجتماعی. فصلنامه جامعه، فرهنگ و رسانه، ۱ (۲).
- میرزایی، م. و کردزنگنه، ج. (۱۳۸۹). تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران. دوفصلنامه علمی-پژوهشی نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، دانشگاه تهران، ۵ (۱۰).

منابع انگلیسی

- Cokerham, C. Willam. & Ritchey, Ferris. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. Greenwood Press, London, 57.
- Cockerham, C. William. (2013). *Medical Sociology on the Move: New Direction in theory*. Springer Dordrecht Heidelberg New York London, 127-154.
- Cockerham, C. William. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 46, 51–67.
- Nandy, B. R., & Nandy, S. (1997). Health Education by Virtue of its mission is centered on mass media and communication implications for professional preparation. *Journal of health Education*. Vol 28, 238.
- World Health Organization Publication. (2000). Primary Prevention of substance abuse . A work book for project operator.