

# Evaluating the Role of Social Media in Promoting a Health-Oriented Lifestyle and Behavior Change: A Health Management Approach

Mohammad Amin. Shahidi Bonjar<sup>1</sup>, Zahra. Nobakht Ramezani<sup>2\*</sup>, Mehdi. Naderi Nasa<sup>2</sup>, Seyed Abbas. BiNiaz<sup>2</sup>, Arefeh. Jamshidi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Sports Management, Department of Physical Education and Sport Sciences, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Physical Education and Sports Sciences, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

\* Corresponding author email address: Z.nobakht@iau.ac.ir

## Article Info

### Article type:

Original Research

### How to cite this article:

Shahidi Bonjar, M. A., Nobakht Ramezani, Z., Naderi Nasa, M., BiNiaz, S. A., & Jamshidi, A. (2025). Evaluating the Role of Social Media in Promoting a Health-Oriented Lifestyle and Behavior Change: A Health Management Approach. *Longevity*, 3(3), 1-19. <https://doi.org/10.61838/kman.longevity.69>



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

## ABSTRACT

Social media has become a powerful setting in which health-related information, norms, and everyday lifestyle choices are shaped. Yet its role in promoting a health-oriented lifestyle is not uniform because outcomes depend on content credibility, network dynamics, and contextual constraints such as access costs, infrastructure quality, filtering, and government interference. This study evaluated the role of social media in promoting a health-oriented lifestyle and explained the mechanism of behavior change from a health management perspective using a mixed-methods design. In the qualitative phase, experts in sport, health, and social media were recruited through purposive snowball sampling until theoretical saturation. Interviews were analyzed using systematic grounded theory (open and axial coding) to build a paradigm-based conceptual model. In the quantitative phase, sport media consumers completed a researcher-developed questionnaire; 374 valid responses were analyzed. The measurement and structural models were examined using PLS-SEM (SmartPLS), with convergent validity assessed via AVE and discriminant validity via the Fornell-Larcker criterion. Qualitative findings organized the phenomenon into seven domains: informational factors, cultural factors, campaigns/online communities, communication pathways, intervening factors, contextual conditions, and outcomes, with social media identified as the core phenomenon, behavior change as the main strategy, and a health-oriented lifestyle as the final outcome. Quantitative results showed that all main paths were significant ( $p < .001$ ): causal conditions predicted the core phenomenon; the core phenomenon predicted strategies; contextual and intervening factors affected strategies; and strategies predicted outcomes. The strongest indicators were sport culture (0.91), communication pathways (0.89), accessible/new information (0.87), and campaigns/online communities (0.81), while intervening constraints were dominated by filtering (0.92) and government interference (0.86). The model explained moderate variance in endogenous constructs ( $R^2 = 0.47$  for the core phenomenon, 0.45 for strategies, and 0.42 for outcomes). Social media can facilitate healthier lifestyles through staged behavior change, provided that supportive conditions are strengthened and constraining factors are managed.

**Keywords:** social media; health-oriented lifestyle; behavior change; health management; grounded theory.

## Extended Abstract

### Introduction

Over the past two decades, social media has become one of the most influential communication phenomena globally, reshaping how people access information, form social ties, and make everyday decisions (boyd & Ellison, 2007; Kaplan & Haenlein, 2010). In the health domain, this shift is especially consequential because a “health-oriented lifestyle” is built through repeated daily choices—nutrition, physical activity, sleep, stress management, and adherence to medical advice—whose cumulative impact determines individual and population health outcomes. Social media platforms, therefore, are not only spaces for entertainment or interpersonal connection; they also operate as environments where attitudes, norms, and behavioral models are produced, circulated, and reinforced.

From a health management perspective, the key issue is not simply the production of health messages. Rather, health management implies designing, steering, and monitoring social–communicative processes that support prevention, empowerment, and sustainable change. Social media offers attractive capacities for such processes—rapid diffusion, wide reach, targeting of specific audiences, and two-way interaction—making it a practical channel for health promotion campaigns and sport/physical activity initiatives (Kite et al., 2023; Moorhead et al., 2013). At the same time, social media can also enable the spread of low-credibility or misleading health content, creating risks for public understanding and behavior (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021). The diffusion advantage is “two-sided”: the same network mechanisms that help disseminate desirable behaviors can also accelerate misinformation and impulsive, non-evidence-based practices (Vosoughi et al., 2018).

Behavior change itself is rarely instantaneous; it typically unfolds as a staged process that moves from lack of awareness to contemplation, planning, action, and maintenance with relapse prevention (Prochaska & DiClemente, 1983). Social media may influence multiple layers of this process. First, it can contribute to awareness and knowledge by distributing health information and resources (Moorhead et al., 2013). Second, it can shape attitudes and norms by repeatedly presenting certain behaviors as common, acceptable, or “doable,” consistent with media effects perspectives (Gerbner et al., 2002). Third, it can influence motivation and persistence through social reinforcement, role modeling, and self-efficacy mechanisms emphasized in social cognitive theory (Bandura, 2004). Fourth, it may support self-regulation and monitoring through goal-tracking content and integration with tools aligned with intervention design frameworks (Michie et al., 2011). Yet, these potential pathways may be strengthened or weakened by contextual constraints such as infrastructure, access costs, and policy-level limitations on platforms and content exposure.

Accordingly, this study aimed to evaluate the role of social media in promoting a health-oriented lifestyle and to explain the mechanism of “behavior change” within a health management approach. Rather than presuming social media is inherently beneficial or harmful, the study sought to identify (a) what conditions drive its health-related impact, (b) what contextual and intervening factors shape this impact, and (c) how these elements combine to produce behavior change and, ultimately, a health-oriented lifestyle.

### Methods

A mixed-methods design (qualitative–quantitative) was used to develop and test a model of health-oriented lifestyle promotion influenced by social media through behavior change mechanisms. The study

was applied in purpose and relied on grounded theory as the main strategy, with a qualitative phase to build a conceptual model and a quantitative phase to test the model empirically.

### **Qualitative phase (model development)**

The qualitative population consisted of experts and knowledgeable stakeholders in sport, social media, sport management, and health-related domains. Sampling was purposive and expanded via snowball procedures until theoretical saturation was achieved. Data were collected through in-depth, open-ended interviews. Saturation was reached after 17 interviews; to increase confidence, interviews continued up to 21 participants. Data collection began in September 2024.

Analysis followed the systematic grounded theory approach using the paradigmatic (paradigm) model. Interviews were fully transcribed, then coded through open and axial coding. In open coding, initial concepts were extracted from participants' statements and grouped into categories and subcategories. In axial coding, relationships among categories were specified, and the core phenomenon was identified. This phase produced seven main categories and seventeen conceptual domains, which formed the basis of the final model.

### **Quantitative phase (model testing)**

The quantitative population included consumers of sport media. Based on Morgan's table, a sample size of 385 was estimated; 374 complete questionnaires were returned and used for analysis. Sampling in this phase was purposive and convenience-based. A researcher-developed questionnaire measured the model constructs. Data were coded and analyzed using Excel, SPSS, and SmartPLS. Descriptive statistics and normality checks (Kolmogorov–Smirnov) were conducted, followed by structural equation modeling (SEM) in SmartPLS to test measurement and structural relationships. To support trustworthiness in the qualitative phase, credibility, dependability, transferability, and confirmability were addressed using criteria aligned with Guba and Lincoln. Inter-coder reliability was assessed via intra-subject agreement between two coders, yielding 76.6%, indicating acceptable consistency in qualitative coding.

## **Results**

### **Qualitative findings**

Qualitative analysis identified social media as the **core phenomenon** in the process of promoting a health-oriented lifestyle. The phenomenon was organized into **seven main domains**: informational factors, cultural factors, campaigns/online communities, communication pathways, intervening factors, contextual conditions, and outcomes. Across these domains, **seventeen conceptual areas** were extracted, including: access, novelty, credibility and accuracy of content, dissemination and promotion of behavioral models, socio-political and health-related campaigns, awareness-raising and supportive functions, influencer roles, climatic–geographical considerations, filtering and government intervention, social media management, internet infrastructure, access costs, behavior change, and health-oriented living as the final outcome. The model conceptualized a causal chain in which (1) causal conditions shape (2) the core phenomenon (social media), which then influences (3) strategies (behavior change), leading to (4) outcomes (health-oriented lifestyle), while contextual and intervening factors modify the strength and direction of these effects.

### **Quantitative findings**

Measurement testing indicated adequate convergent validity (AVE values above common thresholds) and discriminant validity (Fornell–Larcker criterion), supporting the measurement model’s adequacy. In the structural model, relationships between constructs and their indicators, as well as the main paths between core constructs, were statistically significant ( $p < .001$ ).

Within **causal conditions**, the strongest explanatory components were:

- Sport culture ( $\beta = 0.91$ )
- Communication pathways ( $\beta = 0.89$ )
- Accessible and new information ( $\beta = 0.87$ )
- Campaigns/online communities ( $\beta = 0.81$ )

Within **contextual conditions**, the most prominent components were:

- Social media management ( $\beta = 0.84$ )
- Internet infrastructure ( $\beta = 0.84$ )
- Access costs ( $\beta = 0.82$ )

Within **intervening factors**, the strongest components were:

- Filtering ( $\beta = 0.92$ )
- Government interference ( $\beta = 0.86$ )

All primary structural paths were significant, indicating that:

- Causal conditions significantly predicted the core phenomenon (social media).
- The core phenomenon significantly predicted strategies (behavior change).
- Contextual and intervening factors significantly influenced strategies.
- Strategies significantly predicted outcomes (health-oriented lifestyle).

The model’s explanatory power ( $R^2$ ) for endogenous constructs was reported as **0.47** for the core phenomenon, **0.45** for strategies, and **0.42** for outcomes—interpreted as moderate-to-high structural fit in the thesis. Predictive relevance ( $Q^2$ ) was presented using conventional thresholds (0.02 weak, 0.15 moderate, 0.35 strong), indicating the model’s relevance for prediction assessment within the PLS-SEM framework as applied in the study.

## Discussion

This study provides a context-sensitive explanation of how social media can contribute to a health-oriented lifestyle through behavior change, while demonstrating that this contribution is conditional on specific drivers and constraints. The results support a view of social media as an enabling environment when it is embedded in strong causal conditions (sport culture, effective communication pathways, access to new and relevant information, and active online communities) and supported by contextual enablers (infrastructure, affordable access, and purposeful management). The strong role of communication pathways and accessible information aligns with broader evidence that social media can enhance awareness, enable interactive learning, and empower users in health-related decisions (Moorhead et al., 2013). Similarly, the prominence of campaigns/online communities resonates with network-based findings showing that behavior can “spread” through online ties, where peer exposure and interaction reinforce social norms and behavioral uptake (Centola, 2010). In this sense, social media does not merely transmit health information; it also creates a social arena where individuals observe others’ behaviors, compare experiences, and interpret what is normal, achievable, and valued. These mechanisms complement theoretical accounts of gradual norm shaping (Gerbner et al., 2002) and social reinforcement/self-efficacy processes (Bandura, 2004).

Importantly, the study's emphasis on staged behavior change is consistent with the transtheoretical model (Prochaska & DiClemente, 1983): social media may influence early phases by improving awareness and shaping perceptions, while later phases depend more on reinforcement, supportive communities, and strategies that help maintain new behaviors. The inclusion of "social media management" as a contextual factor is particularly relevant for health management: outcomes depend not only on content accuracy but also on how exposure, engagement, and supportive interaction climates are designed and maintained—an idea consistent with the need for structured, well-managed public health communication approaches (Kite et al., 2023).

A distinctive contribution of this model is the explicit identification of policy and access constraints—especially filtering and government intervention—as powerful intervening factors. This highlights that health impacts of social media are not only psychological or informational; they are also shaped by institutional and infrastructural realities. Where access is unstable, platform availability is restricted, or costs are high, users may shift toward fragmented and less verifiable channels, potentially increasing exposure to misinformation (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021) and accelerating the spread of low-credibility content through network diffusion dynamics (Vosoughi et al., 2018).

Practically, the findings imply that health policymakers and managers who aim to use social media as a lever for lifestyle improvement should invest in: (1) mechanisms that enhance credibility and health/media literacy; (2) supportive, structured campaigns and communities rather than purely promotional messaging; (3) infrastructure and affordability improvements that reduce access barriers; and (4) balanced policy approaches that avoid undermining trust and pushing audiences toward unreliable sources. For practitioners and content producers in sport and health, the model suggests that credible, culturally aligned messaging combined with supportive social interaction can help translate awareness into sustained behavior change.

Several limitations remain. The quantitative sample was convenience-based and focused on sport media consumers, which may limit generalizability to other groups. Measures were self-reported, introducing possible social desirability and recall bias. The quantitative phase was cross-sectional, limiting causal inference despite the time-dependent nature of behavior change. Future research should therefore prioritize longitudinal and quasi-experimental designs, platform-level comparisons, and objective behavioral indicators (e.g., app or wearable data) where feasible. Additionally, testing moderators such as health literacy, source trust, and interaction climate could further explain when and for whom social media most effectively supports health-oriented lifestyle change.

### **Conflict of Interest**

There is no conflict of interest in conducting the present study.

### **Acknowledgments**

We sincerely thank all the elderly participants who, despite the numerous challenges we faced, supported us in completing this research.

### **Authors' Contributions**

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection, analysis and interpretation of the findings, drafting the manuscript, critical revision for important intellectual content, and approval of the final version. All authors take responsibility for the integrity of the work.

### **Ethical Considerations**

This study was conducted in compliance with all ethical principles in human research.

### **Data Transparency**

The data and sources used in this study will be made available upon request from the corresponding author, in compliance with copyright regulations.

### **Funding**

The authors declare that no financial support was received for the research and/or publication of this article.

## ارزیابی نقش رسانه‌های اجتماعی در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور و تغییر رفتار: رویکرد مدیریت سلامت

محمد امین شهیدی بنجار<sup>۱</sup>، زهرا نوبخت رضانی<sup>۲\*</sup>، مهدی نادری نسب<sup>۳</sup>، سید عباس بی‌نیاز<sup>۴</sup>، عارفه جمشیدی<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران  
۲. استادیار گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: Z.nobakht@iau.ac.ir

### اطلاعات مقاله

### چکیده

### نوع مقاله

پژوهشی اصیل

### نحوه استناد به این مقاله:

شهیدی بنجار، محمد امین، نوبخت رضانی، زهرا، نادری نسب، مهدی، بی‌نیاز، سید عباس، و جمشیدی، عارفه. (۱۴۰۴). ارزیابی نقش رسانه‌های اجتماعی در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور و تغییر رفتار: رویکرد مدیریت سلامت. *طول عمر*، ۳(۳)، ۱۹-۱.



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف از این مطالعه، ارزیابی نقش رسانه‌های اجتماعی در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور و تبیین سازوکار «تغییر رفتار» با رویکرد مدیریت سلامت بود. پژوهش از نوع آمیخته بوده است؛ در بخش کیفی، نمونه‌گیری به روش گلوله‌برفی تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و داده‌ها با رویکرد نظریه داده‌بنیاد سیستماتیک (الگوی پارادایمی) و از طریق کدگذاری باز و محوری تحلیل شدند. در بخش کمی، جامعه آماری مصرف‌کنندگان رسانه‌های ورزشی بودند؛ بر اساس جدول مورگان ۳۸۵ نفر برآورد شد و در نهایت ۳۷۴ پرسشنامه کامل برای تحلیل استفاده گردید. یافته‌های کیفی نشان داد پدیده مورد مطالعه در قالب ۷ زمینه اصلی (اطلاعاتی، فرهنگی، کمپین‌ها/جوامع آنلاین، ارتباطی، عوامل مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای و پیامدها) و ۱۷ حیطه کلیدی صورت‌بندی می‌شود؛ از جمله دسترسی، نوآوری، اعتبار و صحت محتوا، انتشار/تبلیغ الگوهای رفتاری، انواع کمپین‌های سیاسی-اجتماعی، آگاهی‌بخشی و حمایتی، نقش اینفلوئنسرها، مؤلفه‌های اقلیمی-جغرافیایی، فیلترینگ و دخالت‌های دولت، مدیریت رسانه‌های اجتماعی، زیرساخت‌های اینترنت، هزینه‌های دسترسی، تغییر رفتار و نهایتاً زندگی سلامت‌محور. در بخش کمی، نتایج تحلیل عاملی و مسیر نشان داد در «شرایط علی»، فرهنگ ورزشی (۰/۹۱)، راه‌های ارتباطی (۰/۸۹)، اطلاعات قابل دسترس و جدید (۰/۸۷) و کمپین‌ها/جوامع آنلاین (۰/۸۱) بیشترین نقش تبیینی را دارند و در عوامل زمینه‌ای، مدیریت رسانه‌های اجتماعی و زیرساخت‌های اینترنت (هرکدام ۰/۸۴) و هزینه‌های دسترسی (۰/۸۲) برجسته‌اند؛ همچنین در عوامل مداخله‌گر، فیلترینگ (۰/۹۲) و دخالت‌های دولت (۰/۸۶) بیشترین اثر را نشان دادند. نتایج آزمون مدل (SmartPLS) نشان می‌دهد هم روابط «سازها با شاخص‌هایشان و هم روابط بین سازها» اصلی معنادارند ( $T > 0/842$  و  $P = 0/001$ ). به‌طور خلاصه، زیرمؤلفه‌های هر بخش مدل همگی معنادار شده‌اند: شرایط علی: (اطلاعات قابل دسترس و جدید، فرهنگ ورزشی، کمپین‌ها/جوامع آنلاین، راه‌های ارتباطی)؛ عوامل زمینه‌ای: (مدیریت رسانه‌های اجتماعی، زیرساخت‌های اینترنت، هزینه‌های دسترسی)؛ عوامل مداخله‌گر: (فیلترینگ، دخالت‌های دولت) و عوامل زمینه‌ای: (مدیریت رسانه‌های اجتماعی، زیرساخت‌های اینترنت، هزینه‌های دسترسی). پدیده محوری این پژوهش، رسانه‌های اجتماعی در نظر گرفته شد، راهبرد اصلی، تغییر رفتار تعریف گردید و پیامد نهایی نیز زندگی سلامت‌محور گزارش شد. در بررسی روابط علی بین سازها، مسیرهای اصلی همگی معنادار بودند؛ به‌گونه‌ای که شرایط علی بر پدیده محوری اثر معنادار داشت، «پدیده محوری به‌صورت معنادار، راهبردها را پیش‌بینی کرد، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر نیز بر راهبردها اثرگذار بودند و در نهایت راهبردها به‌طور معنادار پیامدها را تبیین کردند. از نظر قدرت تبیین مدل ( $R^2$ )، مقدار  $R^2$  برای پدیده محوری ۰/۴۷، برای راهبردها ۰/۴۵ و برای پیامدها ۰/۴۲ گزارش شد و بر اساس تفسیر ارائه‌شده در متن، این مقادیر نشان‌دهنده برازش متوسط تا بالا در بخش ساختاری مدل هستند. همچنین معیار  $Q^2$  به‌عنوان شاخص قدرت پیش‌بینی معرفی شد و مقادیر ۰/۰۲ به‌عنوان پیش‌بینی ضعیف، ۰/۱۵ به‌عنوان پیش‌بینی متوسط و ۰/۳۵ به‌عنوان پیش‌بینی قوی تفسیر گردید. بر این اساس، رسانه‌های اجتماعی، تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل علی (مثل فرهنگ ورزشی، ارتباطات، اطلاعات و کمپین‌ها) و در بستر شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر (مثل زیرساخت، مدیریت، هزینه دسترسی، فیلترینگ و دخالت دولت)، به‌طور معنادار از مسیر «تغییر رفتار» می‌توانند به تحقق «سبک زندگی سلامت‌محور» منجر شوند.

**کلیدواژگان:** رسانه‌های اجتماعی؛ سبک زندگی سلامت‌محور؛ تغییر رفتار؛ مدیریت سلامت؛ نظریه داده‌بنیاد.

## مقدمه

در دو دهه اخیر، رسانه‌های اجتماعی به یکی از اثرگذارترین پدیده‌های ارتباطی جهان تبدیل شده‌اند و شیوه دریافت اطلاعات، شکل‌گیری تعاملات اجتماعی و حتی تصمیم‌گیری‌های روزمره افراد را دگرگون کرده‌اند (Boyd & Ellison, 2007; Kaplan & Haenlein, 2010). این پلتفرم‌ها صرفاً ابزار سرگرمی یا ارتباطات شخصی نیستند؛ بلکه به محیط‌هایی برای شکل‌دهی نگرش‌ها، هنجارها و الگوهای رفتاری تبدیل شده‌اند؛ به‌ویژه در حوزه سلامت، جایی که مجموعه‌ای از تصمیم‌های کوچک اما مستمر (مانند انتخاب غذا، میزان تحرک، خواب، مدیریت استرس و پیگیری توصیه‌های پزشکی) در بلندمدت مسیر سلامت فرد و جامعه را تعیین می‌کند (Lupton, 2015; Moorhead et al., 2013). در چنین بستری، سبک زندگی سلامت‌محور دیگر فقط محصول آموزش‌های رسمی و پیام‌های یک‌سویه نیست؛ بلکه تحت تأثیر تعاملات شبکه‌ای، تجربه‌های به‌اشتراک گذاشته‌شده، روایت‌های شخصی، ترندها و سازوکارهای انگیزشی ناشی از دیده‌شدن و تعلق اجتماعی قرار می‌گیرد. شواهد تجربی نیز نشان می‌دهد رفتار می‌تواند در شبکه‌های آنلاین سرایت کند و الگوهای رفتاری از طریق ارتباطات اجتماعی گسترش یابد (Centola, 2010). بنابراین، رسانه‌های اجتماعی می‌توانند هم به‌عنوان «اهرِم» تغییر رفتار عمل کنند و هم «ریسک» تغییر مسیر باشند؛ یعنی همان‌قدر که ظرفیت ترویج رفتارهای سالم را دارند، امکان گسترش الگوهای ناسالم و اطلاعات غیرمعتبر را نیز فراهم می‌کنند (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021; Vosoughi et al., 2018). این دوگانه، ضرورت بررسی دقیق نقش رسانه‌های اجتماعی در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور و سازوکارهای تغییر رفتار را برجسته می‌کند.

از منظر مدیریت سلامت، مسئله صرفاً تولید پیام‌های سلامت یا انتشار توصیه‌های عمومی نیست؛ بلکه «مدیریت» به معنای طراحی، هدایت و پایش یک فرایند اجتماعی-ارتباطی برای پیشگیری، توانمندسازی و ایجاد تغییر پایدار است (Moorhead et al., 2013). رسانه‌های اجتماعی ویژگی‌هایی دارند که آن‌ها را برای مداخلات ارتقای سلامت جذاب می‌کند: سرعت انتشار بالا، دسترسی گسترده، امکان هدف‌گیری گروه‌های مختلف و قابلیت تعامل دوسویه. به همین دلیل، بسیاری از کمپین‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی (برای فعالیت بدنی، تغذیه سالم و...)، از این ظرفیت برای آگاهی‌بخشی، انگیزش و ایجاد «همراهی اجتماعی» بهره می‌برند (Kite et al., 2023). با این حال، استفاده مؤثر از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت به شرط‌هایی وابسته است: کیفیت و اعتبار اطلاعات، شیوه ارائه محتوا، نوع تعاملات (حمایتی در برابر قضاوت‌گرانه) و سازگاری پیام با زمینه فرهنگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مخاطبان (Kite et al., 2023; Kreuter & McClure, 2004). در غیر این صورت، همان بستری که قرار بود رفتار سالم را تقویت کند، ممکن است به پیامدهای آسیب‌زا منجر شود؛ از جمله عادی‌سازی توصیه‌های غیرعلمی، انتشار اطلاعات پزشکی نادرست، افزایش اضطراب ناشی از مقایسه اجتماعی و کاهش اعتماد عمومی به منابع معتبر سلامت (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021; Vosoughi et al., 2018). در سطح نظری، تغییر رفتار سلامت‌محور معمولاً یک رویداد لحظه‌ای نیست، بلکه فرایندی مرحله‌مند است که از «عدم آگاهی/بی‌توجهی»، به «تفکر درباره تغییر»، سپس «تصمیم و برنامه‌ریزی»، بعد «اقدام» و نهایتاً «حفظ رفتار جدید و پیشگیری از بازگشت» حرکت می‌کند (Prochaska & DiClemente, 1983). رسانه‌های اجتماعی می‌توانند در چند لایه از این فرایند نقش‌آفرینی کنند. نخست، در لایه آگاهی و دانش، با افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت و تقویت یادگیری و انگیزش برای تغییر (Moorhead et al., 2013)، دوم، در لایه نگرش و هنجار، از طریق اثرگذاری تدریجی و تجمعی رسانه‌ها بر ادراک و هنجارهای اجتماعی (Gerbner et al., 2002) و نیز از طریق دینامیک شبکه‌ها که سرایت هنجارها و رفتارها را تسهیل می‌کند (Centola, 2010). سوم، در لایه انگیزش و پایداری، با تقویت اجتماعی و یادگیری مشاهده‌ای؛ سازوکاری که در چارچوب شناختی-اجتماعی می‌تواند به خودکارآمدی، استمرار رفتار و مدیریت موانع کمک کند (Bandura, 2004). چهارم، در لایه خودتنظیمی و پایش، با فراهم کردن بستر پیگیری

اهداف و استفاده از ابزارها/اپلیکیشن‌های مرتبط با رفتار سالم؛ موضوعی که با چارچوب‌های طراحی مداخلات تغییر رفتار نیز هم‌خوانی دارد (Michie et al., 2011). در نتیجه، اگر رسانه‌های اجتماعی با تأکید بر «اطلاعات معتبر» و مدیریت محتوایی/شبکه‌ای هدفمند به کار گرفته شوند، می‌توانند محیطی توانمندساز برای تغییر رفتار و ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور باشند (Kite et al., 2023; Moorhead et al., 2013). اما اگر فضای محتوا و تعاملات رها، غیرهدفمند و کم‌اعتبار باشد، به‌واسطه قابلیت انتشار سریع در شبکه‌ها، زمینه برای گسترش اطلاعات نادرست و شکل‌گیری رفتارهای هیجانی و غیرمبتنی بر شواهد افزایش می‌یابد (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021; Vosoughi et al., 2018). نکته کلیدی در این پژوهش، تمرکز بر «ارزیابی» است؛ یعنی به جای پذیرفتن پیش‌فرض مفید بودن رسانه‌های اجتماعی در سلامت یا خطرناک بودن آن‌ها، باید روشن شود که دقیقاً چه سازوکارهایی اثرگذارند، این اثرگذاری در چه شرایطی تقویت یا تضعیف می‌شود، و چه عواملی تعیین می‌کنند که خروجی نهایی به سمت سبک زندگی سلامت‌محور میل کند یا بالعکس. برای مثال، نوع محتوایی که منتشر می‌شود (آموزشی، انگیزشی، داستان‌محور، علمی، تبلیغاتی)، اعتبار منبع محتوا، میزان تعاملی بودن پیام، و کیفیت شبکه حمایتی پیرامون فرد، همگی می‌توانند شدت و جهت اثر را تغییر دهند. همچنین، تفاوت‌های فردی و جمعیت‌شناختی اهمیت دارند: گروه‌های سنی مختلف ممکن است به انواع متفاوتی از پیام‌ها پاسخ دهند؛ برخی گروه‌ها به حمایت اجتماعی حساس‌ترند و برخی به اطلاعات دقیق؛ زمینه فرهنگی نیز تعیین می‌کند که چه چیز «قابل پذیرش» و «قابل عمل» تلقی می‌شود. حتی مسئله زمان نیز مهم است: تغییر رفتار پایدار به مدت‌زمان، تداوم مواجهه با پیام، و تجربه موفقیت‌های کوچک و پی‌درپی نیاز دارد؛ بنابراین باید بررسی شود که مداخلات رسانه‌ای در چه بازه‌ای و با چه الگویی بیشترین اثر را دارند.

در عین حال، چالش «اطلاعات نادرست» و «مرجعیت علمی» در رسانه‌های اجتماعی، به یکی از حساس‌ترین محورهای مدیریت سلامت تبدیل شده است. کاربران غالباً با حجم بزرگی از توصیه‌ها مواجه‌اند که برخی بر شواهد علمی تکیه دارد و برخی صرفاً بر تجربه شخصی یا تبلیغات. سرعت بالای انتشار، الگوریتم‌های پیشنهاددهنده، و جذابیت محتوای هیجانی می‌تواند محتوای کم‌اعتبار را در معرض دید بیشتری قرار دهد. این وضعیت، اگر با سواد سلامت و سواد رسانه‌ای پایین همراه شود، احتمال تصمیم‌های نادرست و رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، اثرات روان‌شناختی استفاده مداوم از رسانه‌های اجتماعی—مثل اضطراب، استرس، و مقایسه اجتماعی—می‌تواند مستقیماً رفتارهای سلامت‌محور را تضعیف کند (مثلاً کاهش انگیزه ورزش، اختلال خواب، یا گرایش به رژیم‌های افراطی). بنابراین، ارزیابی نقش رسانه‌های اجتماعی باید هم «فرصت‌ها» را ببیند و هم هزینه‌ها، اثرات رفتاری مستقیم و پیامدهای غیرمستقیم روانی-اجتماعی را بسنجد. بر این اساس، این پژوهش با رویکرد مدیریت سلامت، به دنبال آن است که تصویری واقع‌بینانه و تحلیلی از نقش رسانه‌های اجتماعی در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور و تغییر رفتار ارائه دهد. هدف صرفاً توصیف حضور رسانه‌های اجتماعی در زندگی مردم نیست؛ بلکه شناسایی عوامل اثرگذار، تبیین روابط میان این عوامل، و کمک به طراحی راهبردهایی است که بتواند اثربخشی مداخلات سلامت‌محور را افزایش دهد. این ارزیابی می‌تواند هم برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت مفید باشد (در طراحی کمپین‌ها و پیام‌های عمومی) و هم برای متخصصان و تولیدکنندگان محتوا (در انتخاب فرم، لحن و محتوای مناسب) و هم برای جامعه (در تقویت تعاملات حمایتی و افزایش سواد رسانه‌ای). در نهایت، با توجه به گسترش روزافزون رسانه‌های اجتماعی و اتکای بخش بزرگی از جامعه به‌ویژه نسل‌های جوان‌تر به این فضا برای دریافت اطلاعات، پرداختن به این موضوع نه یک انتخاب، بلکه ضرورتی برای مدیریت کارآمد سلامت عمومی و پیشگیری از آسیب‌های قابل اجتناب است.

## روش پژوهش

روش تحقیق با رویکرد آمیخته (کیفی-کمی) و با هدف تدوین و آزمون مدل ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور متأثر از رسانه‌های اجتماعی انجام شد. از نظر هدف، پژوهش کاربردی و از نظر راهبرد، مبتنی بر نظریه داده‌بنیاد (Grounded Theory) است. در مرحله کیفی، داده‌ها به‌منظور ساخت الگوی مفهومی و در مرحله کمی، برای آزمون الگو گردآوری و تحلیل شدند. در فاز کیفی، جامعه پژوهش شامل متخصصان و نخبگان حوزه ورزش، رسانه‌های اجتماعی، مدیریت ورزشی و سلامت بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با روش گلوله‌برفی انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق و باز صورت گرفت که در مجموع ۱۷ مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری انجام شد؛ هرچند برای اطمینان، مصاحبه‌ها تا نفر بیست‌ویکم ادامه یافت. پس از مصاحبه هفدهم، داده‌های به‌دست‌آمده تکراری بوده و اشباع نظری حاصل شد. گردآوری داده‌ها از شهریور ۱۴۰۳ آغاز گردید. تحلیل داده‌های کیفی با استفاده از رویکرد سیستماتیک نظریه داده‌بنیاد و بر اساس الگوی پارادایمی انجام شد. بدین منظور، پس از پیاده‌سازی کامل مصاحبه‌ها، فرآیند کدگذاری باز و محوری صورت گرفت. در کدگذاری باز، مفاهیم اولیه از دل داده‌ها استخراج و مقوله‌های اصلی و فرعی شناسایی شدند. در مرحله کدگذاری محوری، ارتباط میان مقوله‌ها برقرار و پدیده محوری مشخص گردید. در نهایت، هفت مقوله اصلی و هفده حیطه مفهومی شامل ابعاد اطلاعاتی، فرهنگی، ارتباطی، کمپین‌ها، عوامل مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای و پیامدها استخراج شد که مبنای طراحی مدل نهایی قرار گرفت. در فاز کمی، جامعه آماری شامل کلیه مصرف‌کنندگان رسانه‌های ورزشی بود. بر اساس جدول مورگان، ۳۸۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که ۳۷۴ پرسشنامه قابل تحلیل بازگشت داده شد. نمونه‌گیری در این بخش به‌صورت هدفمند و در دسترس انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته جمع‌آوری و پس از کدگذاری با نرم‌افزارهای Excel، SPSS و Smart PLS تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. به‌منظور اطمینان از روایی و پایایی در بخش کیفی، معیارهای قابلیت اعتبار، اتکا، انتقال و اطمینان بر اساس دیدگاه گوبا و لینکن رعایت شد. همچنین پایایی کدگذاری با روش توافق درون‌موضوعی بین دو کدگذار محاسبه شد که میزان آن ۶/۷۶ درصد به‌دست آمد و بیانگر پایایی قابل قبول تحلیل‌هاست.

## یافته‌ها

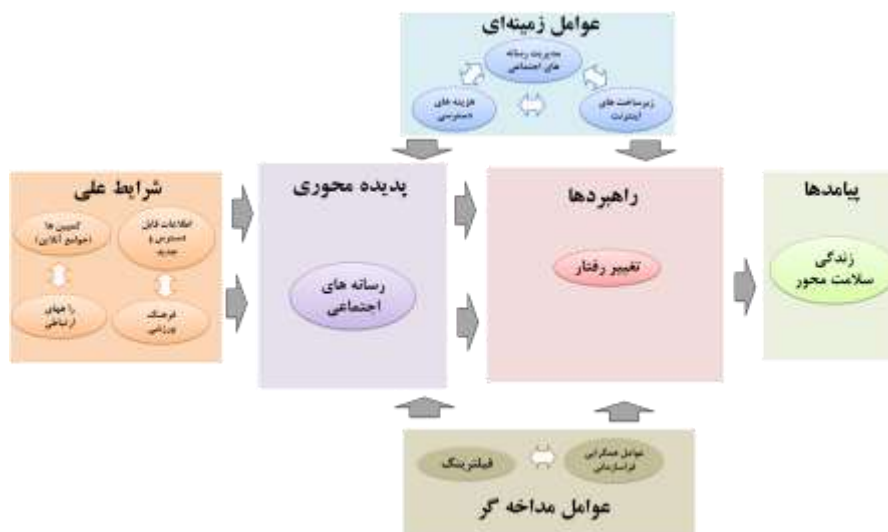
نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد نظریه داده‌بنیاد و با بهره‌گیری از سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی نشان داد که رسانه‌های اجتماعی به‌عنوان پدیده محوری، نقشی تعیین‌کننده در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور ایفا می‌کنند. در این چارچوب، شرایط علی شامل دسترسی سریع، آسان و مستمر به اطلاعات متنوع و به‌روز، ترویج فرهنگ ورزشی و ارائه الگوهای رفتاری سالم، و شکل‌گیری کمپین‌ها و جوامع آنلاین در حوزه‌هایی چون سلامت جسمی و روانی، حقوق اجتماعی و حفاظت از محیط‌زیست شناسایی شد. راه‌های ارتباطی نظیر شبکه‌های آنلاین و انتقال سریع اطلاعات، زمینه تبادل تجربه و هم‌افزایی اجتماعی را فراهم می‌سازد. در عین حال، عواملی مانند فیلترینگ و مداخلات دولتی به‌عنوان عوامل مداخله‌گر، می‌توانند کارکرد مثبت رسانه‌های اجتماعی را محدود کنند. عوامل زمینه‌ای شامل مدیریت صحیح استفاده از رسانه‌های اجتماعی، توسعه زیرساخت‌های اینترنت پرسرعت و قابل قبول بودن هزینه‌های دسترسی، نقش مهمی در اثربخشی این پدیده دارند. راهبرد اصلی استخراج‌شده، تغییر رفتار تدریجی کاربران از مرحله عدم آگاهی تا حفظ رفتارهای سالم است. در نهایت، پیامد این فرایند، دستیابی به زندگی سلامت‌محور با ارتقای سلامت جسمی، روانی و توانمندی کلی افراد در انجام فعالیت‌های روزمره عنوان شد.

شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد که بر اساس نتایج بخش کیفی و تحلیل داده‌ها با رویکرد نظریه داده‌بنیاد طراحی شده است. در این مدل، شرایط علی، عوامل زمینه‌ای و عوامل مداخله‌گر در تعامل با پدیده محوری (رسانه‌های اجتماعی)، راهبردهای تغییر

رفتار را شکل می‌دهند و در نهایت به پیامد نهایی یعنی ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور منجر می‌شوند. این مدل، چارچوب نظری حاکم بر روابط میان متغیرهای اصلی پژوهش را به صورت یکپارچه تبیین می‌کند. شکل ۲ روابط ساختاری بین متغیرهای اصلی پژوهش را در قالب مدل‌سازی کمی و به‌منظور آزمون تجربی مدل مفهومی نمایش می‌دهد. در این شکل، مسیرهای علی بین سازه‌ها مشخص شده و ضرایب مسیر برای بررسی شدت و جهت تأثیر متغیرها بر یکدیگر برآورد شده‌اند. این مدل مبنای آزمون فرضیه‌ها و ارزیابی برازش مدل با استفاده از روش معادلات ساختاری قرار گرفته است.

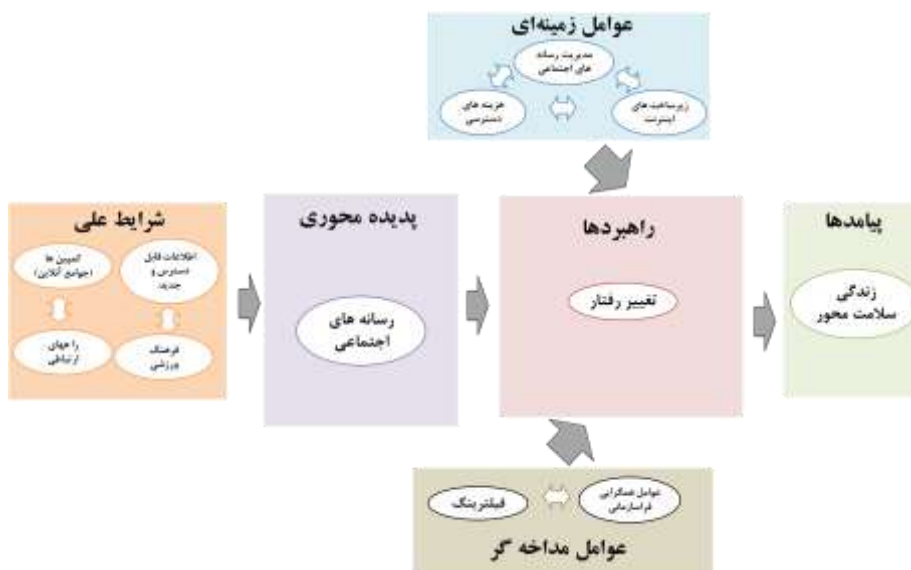
شکل ۱

مدل مفهومی پژوهش



شکل ۲

تعیین روابط بین متغیرهای اصلی پژوهش جهت آزمون مدل‌سازی کمی



نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که تمامی روابط بین سازه‌ها و زیرسازه‌ها معنادار بوده‌اند و در این میان، بیشترین اثر مربوط به پیامدها بر زندگی سلامت‌محور ( $P=0/99$ ) و کمترین اثر مربوط به عوامل مداخله‌گر بر راهبردها ( $P=0/25$ ) است که بیانگر نقش قوی راهبردهای مبتنی بر رسانه‌های اجتماعی در شکل‌دهی سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد.

### جدول ۱

ضرایب مسیر و معناداری روابط بین عوامل مؤثر بر ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور متأثر از رسانه‌های اجتماعی

P Values	ضریب مسیر	میزان اثر هر یک از عامل‌ها برهم و بر زیر عامل‌ها
0/001	0/87	شرایط علی --> اطلاعات قابل دسترس و جدید
0/001	0/91	شرایط علی --> فرهنگ ورزشی
0/001	0/81	شرایط علی --> کمپین‌ها (جوامع آنلاین)
0/001	0/89	شرایط علی --> راه‌های ارتباطی
0/001	0/84	عوامل زمینه‌ای --> مدیریت رسانه‌های اجتماعی
0/001	0/84	عوامل زمینه‌ای --> زیرساخت‌های اینترنت
0/001	0/82	عوامل زمینه‌ای --> هزینه‌های دسترسی
0/001	0/92	عوامل مداخله‌گر --> فیلترینگ
0/001	0/86	عوامل مداخله‌گر --> دخالت‌های دولت
0/001	0/70	پدیده محوری --> رسانه‌های اجتماعی
0/001	0/88	راهبردها --> تغییر رفتار
0/001	0/99	پیامدها --> زندگی سلامت‌محور
0/001	0/69	شرایط علی --> پدیده محوری
0/001	0/53	پدیده محوری --> راهبردها
0/001	0/36	عوامل زمینه‌ای --> راهبردها
0/001	0/25	عوامل مداخله‌گر --> راهبردها
0/001	0/65	راهبردها --> پیامدها

نتایج ارائه‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر AVE تمامی سازه‌ها و ابعاد آنها بالاتر از حد آستانه 0/5 بوده و از این رو روایی همگرای مدل اندازه‌گیری در سطح مطلوبی تأیید می‌شود؛ همچنین با توجه به مقایسه جذر AVE هر سازه با همبستگی‌های بین‌سازه‌ای (جدول ۳)، روایی واگرایی مدل نیز بر اساس معیار فورنل و لاکر مورد تأیید قرار گرفت.

### جدول ۲

شاخص‌های روایی همگرا (AVE) سازه‌ها و ابعاد مدل اندازه‌گیری

متغیر	AVE	ابعاد	AVE
شرایط علی	0/58	اطلاعات قابل دسترس و جدید	0/53
		فرهنگ ورزشی	0/59
		کمپین‌ها (جوامع آنلاین)	0/63
		راه‌های ارتباطی	0/59
عوامل زمینه‌ای	0/65	مدیریت رسانه‌های اجتماعی	0/57
		زیرساخت‌های اینترنت	0/63

۰/۷۷	هزینه‌های دسترسی		
۰/۷۰	فیلترینگ	۰/۶۷	عوامل مداخله‌گر
۰/۶۵	دخالت‌های دولت		
۰/۶۳	رسانه‌های اجتماعی	۰/۶۳	پدیده محوری
۰/۵۸	تغییر رفتار	۰/۵۸	راهبردها
۰/۶۳	زندگی سلامت محور	۰/۶۰	پیامدها

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار جذر AVE هر سازه (اعداد روی قطر اصلی ماتریس) در تمامی موارد بزرگ‌تر از ضرایب همبستگی آن سازه با سایر سازه‌هاست که این امر بیانگر تأیید روایی واگرایی مدل اندازه‌گیری بر اساس معیار فورنل و لاکر می‌باشد.

### جدول ۳

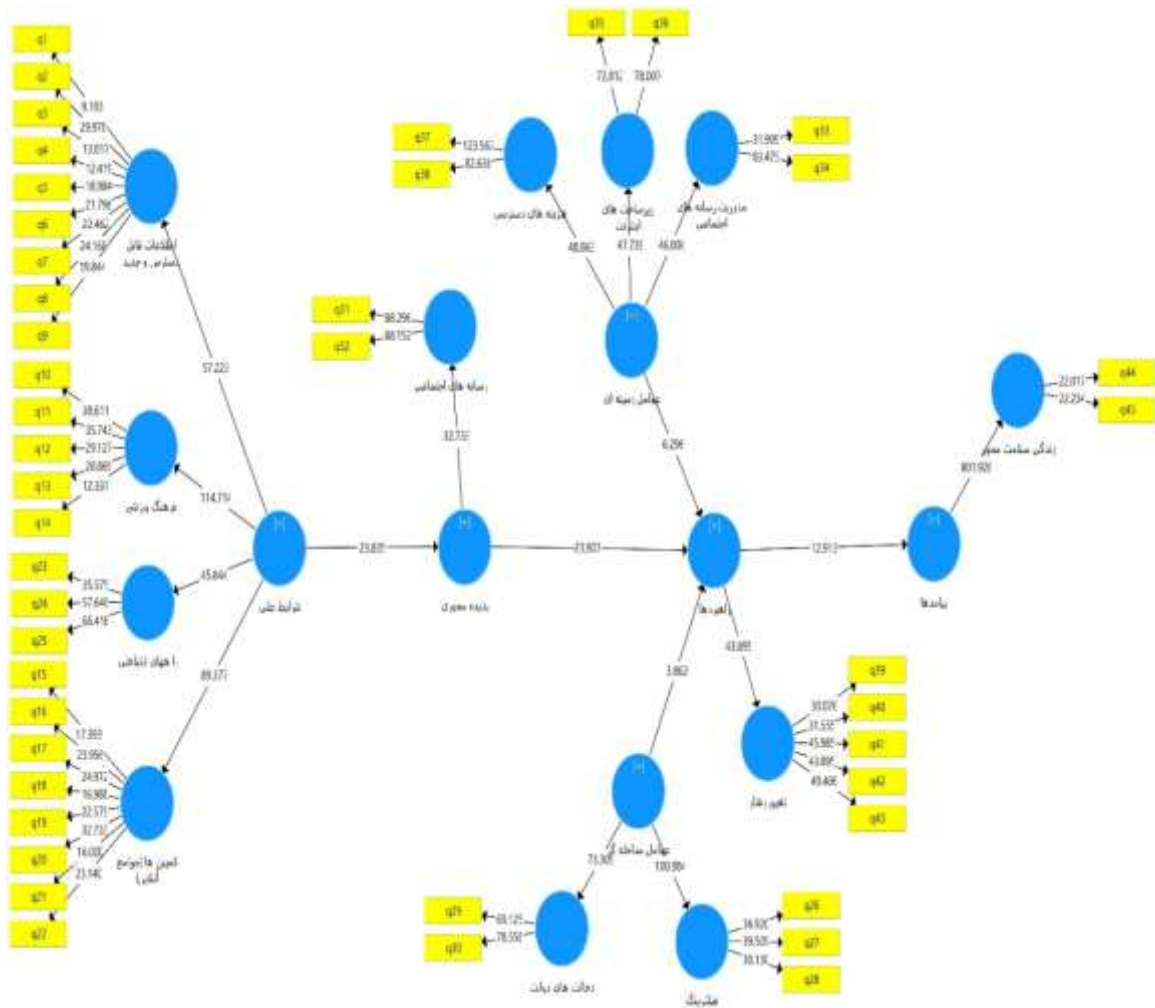
روایی واگرا (معیار فورنل و لاکر)

۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
																	اطلاعات قابل دسترس و جدید
																۰/۷۶	۰/۶۷
																۰/۸۰	۰/۶۴
																۰/۷۷	۰/۳۶
																۰/۷۶	۰/۵۶
																۰/۸۸	۰/۵۴
																۰/۷۷	۰/۵۲
																۰/۷۹	۰/۴۵
																۰/۷۶	۰/۴۰
																۰/۸۰	۰/۵۲
																۰/۸۲	۰/۵۹
																۰/۷۷	۰/۳۶
																۰/۸۳	۰/۵۶
																۰/۷۵	۰/۴۸
																	رسانه‌های اجتماعی
																	هزینه‌های دسترسی
																	پدیده محوری
																	پیامدها
																	کمپین‌ها (جوامع آنلاین)

شکل ۳ نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری را نشان می‌دهد که در آن روابط علی بین شرایط علی، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر با پدیده محوری رسانه‌های اجتماعی تبیین شده و اثر آن‌ها بر راهبردهای تغییر رفتار و در نهایت پیامد نهایی یعنی زندگی سلامت‌محور تأیید شده است؛ ضرایب مسیر و مقادیر معناداری حاکی از برازش مناسب مدل و نقش کلیدی رسانه‌های اجتماعی در جهت‌دهی به تغییر رفتار سلامت‌محور کاربران است.

شکل ۳

ضریب معناداری (*T-values*) روابط هریک از عامل‌های اصلی با یکدیگر



جدول ۴

ضریب معناداری (*T-values*) روابط هریک از عامل‌های اصلی با یکدیگر

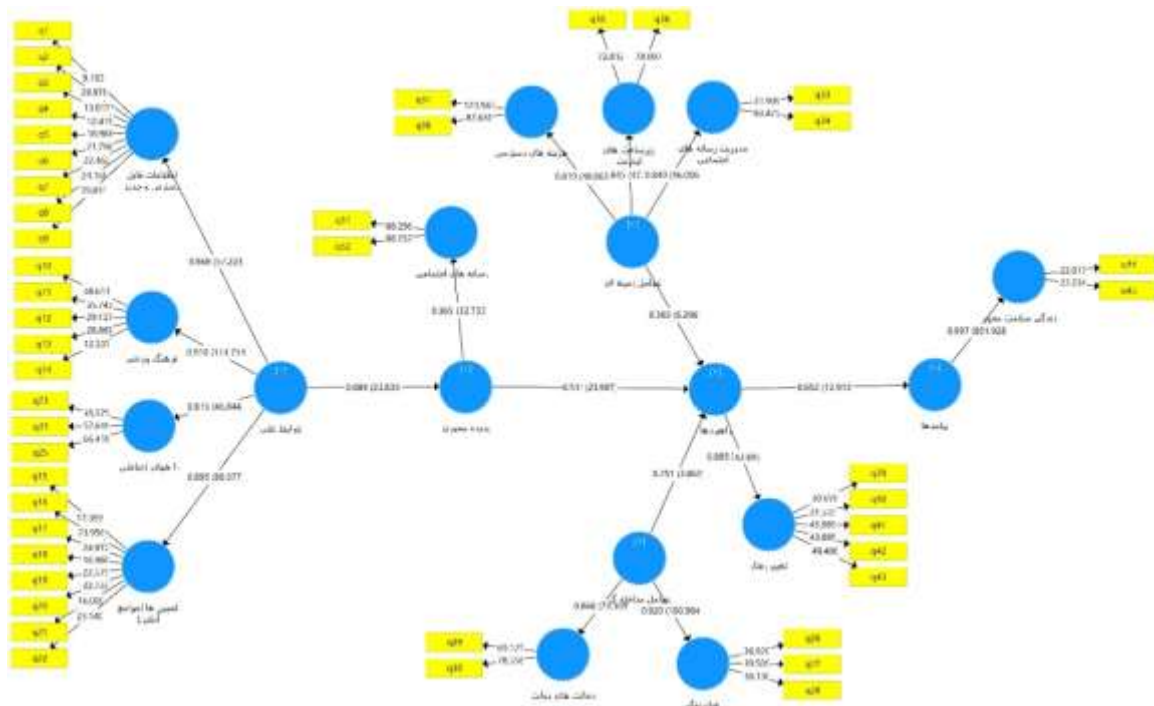
P Values	T-values	میزان معنی داری هریک از عامل‌ها برهم و بر زیر عامل‌ها
۰/۰۰۱	۵۷/۲۲	شرایط علی --> اطلاعات قابل دسترس و جدید
۰/۰۰۱	۱۱۴/۷۱	شرایط علی --> فرهنگ ورزشی
۰/۰۰۱	۴۵/۸۴	شرایط علی --> کمپین‌ها (جوامع آنلاین)
۰/۰۰۱	۸۹/۳۷	شرایط علی --> راه‌های ارتباطی
۰/۰۰۱	۴۶/۰۰	عوامل زمینه‌ای --> مدیریت رسانه‌های اجتماعی
۰/۰۰۱	۴۷/۷۴	عوامل زمینه‌ای --> زیرساخت‌های اینترنت
۰/۰۰۱	۴۸/۸۶	عوامل زمینه‌ای --> هزینه‌های دسترسی
۰/۰۰۱	۱۰۰/۹۸	عوامل مداخله‌گر --> فیلترینگ
۰/۰۰۱	۷۳/۹۰	عوامل مداخله‌گر --> دخالت‌های دولت
۰/۰۰۱	۳۲/۷۳	پدیده محوری --> رسانه‌های اجتماعی

۰/۰۰۱	۴۳/۸۹	راهبردها --> تغییر رفتار
۰/۰۰۱	۸۰/۱۹۳	پیامدها --> زندگی سلامت محور
۰/۰۰۱	۲۳/۸۳	شرایط علی --> پدیده محوری
۰/۰۰۱	۲۳/۹۱	پدیده محوری --> راهبردها
۰/۰۰۱	۶/۲۹	عوامل زمینه‌ای --> راهبردها
۰/۰۰۱	۳/۸۶	عوامل مداخله‌گر --> راهبردها
۰/۰۰۱	۱۲/۹۱	راهبردها --> پیامدها

با توجه به اینکه مسیرهای روابط بین مؤلفه‌های پژوهش همه مسیره‌ها بزرگتر از ۱/۹۶ و معنی دار است، این معناداری حاکی از پیش بینی صحیح روابط مدل پژوهشی است. شکل ۴ نشان می‌دهد که شرایط علی از طریق پدیده محوری رسانه‌های اجتماعی و با تأثیرپذیری از عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر، به‌طور معناداری راهبردهای تغییر رفتار را تقویت کرده و در نهایت به پیامد نهایی یعنی ارتقای زندگی سلامت‌محور منجر می‌شود.

شکل ۴

نتایج ضرایب مسیر و سطح معنی‌داری فرضیه‌های اصلی مدل پژوهش



## جدول ۵

نتایج ضرایب مسیر و سطح معنی‌داری فرضیه‌های اصلی مدل پژوهش

P Values	T-values	ضریب مسیر	میزان معنی‌داری هر یک از عامل‌ها برهم و بر زیر عامل‌ها
۰/۰۰۱	۵۷/۲۲	۰/۸۷	شرایط علی --> اطلاعات قابل دسترس و جدید
۰/۰۰۱	۱۱۴/۷۱	۰/۹۱	شرایط علی --> فرهنگ ورزشی
۰/۰۰۱	۴۵/۸۴	۰/۸۱	شرایط علی --> کمپین‌ها (جوامع آنلاین)
۰/۰۰۱	۸۹/۳۷	۰/۸۹	شرایط علی --> راه‌های ارتباطی
۰/۰۰۱	۴۶/۰۰	۰/۸۴	عوامل زمینه‌ای --> مدیریت رسانه‌های اجتماعی
۰/۰۰۱	۴۷/۷۴	۰/۸۴	عوامل زمینه‌ای --> زیرساخت‌های اینترنت
۰/۰۰۱	۴۸/۸۶	۰/۸۲	عوامل زمینه‌ای --> هزینه‌های دسترسی
۰/۰۰۱	۱۰۰/۹۸	۰/۹۲	عوامل مداخله‌گر --> فیلترینگ
۰/۰۰۱	۷۳/۹۰	۰/۸۶	عوامل مداخله‌گر --> دخالت‌های دولت
۰/۰۰۱	۳۲/۷۳	۰/۷۰	پدیده محوری --> رسانه‌های اجتماعی
۰/۰۰۱	۴۳/۸۹	۰/۸۸	راهبردها --> تغییر رفتار
۰/۰۰۱	۸۰۱/۹۳	۰/۹۹	پیامدها --> زندگی سلامت‌محور
۰/۰۰۱	۲۳/۸۳	۰/۶۹	شرایط علی --> پدیده محوری
۰/۰۰۱	۲۳/۹۱	۰/۵۳	پدیده محوری --> راهبردها
۰/۰۰۱	۶/۳۹	۰/۳۶	عوامل زمینه‌ای --> راهبردها
۰/۰۰۱	۳/۸۶	۰/۲۵	عوامل مداخله‌گر --> راهبردها
۰/۰۰۱	۱۲/۹۱	۰/۶۵	راهبردها --> پیامدها

براساس جدول ۵ و شکل ۴ نتایج تحلیل عاملی نشان داد که:

در بخش شرایط علی به ترتیب فرهنگ ورزشی (۰/۹۱)، راه‌های ارتباطی (۰/۸۹)، اطلاعات قابل دسترس و جدید (۰/۸۷) و کمپین‌ها (جوامع آنلاین) (۰/۸۱) بیشترین تبیین را در بخش شرایط علی داشتند. در بخش عوامل زمینه‌ای به ترتیب مدیریت رسانه‌های اجتماعی و زیرساخت‌های اینترنت (۰/۸۴) و هزینه‌های دسترسی (۰/۸۲) بیشترین تبیین را در بخش عوامل زمینه‌ای داشتند. در بخش عوامل مداخله‌گر به ترتیب فیلترینگ (۰/۹۲) و دخالت‌های دولت (۰/۸۶) بیشترین تبیین را در بخش عوامل مداخله‌گر داشتند. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که شرایط علی با ضریب (۰/۶۹) اثر معنی‌داری بر پدیده محوری داشت. پدیده محوری با ضریب (۰/۵۳) اثر معنی‌داری بر راهبردها داشت. عوامل زمینه‌ای با ضریب (۰/۳۶) اثر معنی‌داری بر راهبردها داشت. عوامل مداخله‌گر با ضریب (۰/۲۵) اثر معنی‌داری بر راهبردها داشت. راهبردها با ضریب (۰/۶۵) اثر معنی‌داری بر پیامدها داشت.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد رسانه‌های اجتماعی به‌عنوان پدیده محوری، در صورت فراهم بودن مجموعه‌ای از شرایط علی و زمینه‌ای و با مدیریت موانع مداخله‌گر، می‌توانند از مسیر «تغییر رفتار» به ارتقای «سبک زندگی سلامت‌محور» منجر شوند. در بخش کیفی، صورت‌بندی پدیده در قالب ۷ زمینه اصلی و ۱۷ حیطه کلیدی نشان داد که ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور در رسانه‌های اجتماعی یک سازوکار تک‌عاملی نیست، بلکه برهم‌کنش هم‌زمان «دسترسی و کیفیت اطلاعات»، «فرهنگ ورزشی و الگوهای رفتاری»، «کمپین‌ها و جوامع آنلاین»، «شبکه‌های ارتباطی»، «مدیریت مصرف رسانه»، «زیرساخت و هزینه دسترسی» و همچنین «محدودیت‌های سیاستی و فنی» استوار

است. در بخش کمی نیز نتایج مدل سازی معادلات ساختاری این الگو را تأیید کرد؛ به گونه‌ای که در شرایط علی، فرهنگ ورزشی و راه‌های ارتباطی و سپس اطلاعات قابل دسترس و جدید نقش تبیینی بالایی داشتند و در عوامل زمینه‌ای، مدیریت رسانه‌های اجتماعی و زیرساخت اینترنت برجسته بودند. از سوی دیگر، در عوامل مداخله‌گر، فیلترینگ و دخالت‌های دولت بیشترین اثر را نشان دادند که تأکیدی روشن بر اهمیت زمینه نهادی و سیاستی در اثربخشی مداخلات مبتنی بر رسانه‌های اجتماعی است. در سطح روابط ساختاری نیز مسیرهای اصلی معنادار بودند و نتایج نشان دادند شرایط علی پدیده محوری را پیش‌بینی می‌کند، پدیده محوری راهبردها را توضیح می‌دهد و راهبردها در نهایت پیامدها (زندگی سلامت‌محور) را تبیین می‌کنند؛ علاوه بر این، قدرت تبیین مدل ( $R^2$ ) برای پدیده محوری، راهبردها و پیامدها در بازه متوسط تا بالا گزارش شد که نشان می‌دهد مدل از توان توضیح‌دهندگی قابل اتکا برخوردار است. این نتایج با ادبیات پیشین هم‌راستا است که رسانه‌های اجتماعی را فراتر از ابزار ارتباط شخصی، به‌عنوان محیط شکل‌دهنده نگرش‌ها، هنجارها و رفتارهای سلامت‌محور معرفی می‌کند (Boyd & Ellison, 2007; Kaplan & Haenlein, 2010; Lupton, 2015). برجسته شدن «دسترسی سریع و آسان به اطلاعات» و «راه‌های ارتباطی» با یافته‌های مطالعاتی که بر نقش رسانه‌های اجتماعی در افزایش آگاهی، تعامل دوسویه و توانمندسازی کاربران در تصمیم‌های سلامت تأکید دارند، هم‌خوان است (Moorhead et al., 2013). همچنین نقش پررنگ فرهنگ ورزشی و الگوهای رفتاری و کمپین‌ها/جوامع آنلاین، با ایده «سرایت رفتار در شبکه‌ها» و انتقال هنجارها در تعاملات اجتماعی قابل تبیین است (Centola, 2010)؛ یعنی کاربران نه تنها از محتوا یاد می‌گیرند، بلکه از مشاهده رفتار دیگران و تجربه‌های روایت‌شده، معیارهای «هنجار» و «ممکن بودن تغییر» را بازتعریف می‌کنند. از منظر نظریه تغییر رفتار نیز نتیجه راهبردی پژوهش (تغییر رفتار مرحله‌مند) با مدل مراحل تغییر سازگار است (Prochaska & DiClemente, 1983) و می‌توان استدلال کرد رسانه‌های اجتماعی در مراحل مختلف آگاهی تا حفظ رفتار به شیوه‌های متفاوت اثرگذارند؛ برای مثال در مراحل آغازین، نقش اطلاعات و آگاهی‌بخشی پررنگ‌تر است و در مراحل اقدام/حفظ، حمایت اجتماعی، یادگیری مشاهده‌ای و افزایش خودکارآمدی اهمیت بیشتری می‌یابد (Bandura, 2004). یافته‌های مربوط به ضرورت «مدیریت استفاده از رسانه‌های اجتماعی» نیز با دیدگاه مدیریت سلامت هم‌خوان است؛ زیرا اثربخشی مداخلات دیجیتال نه فقط به محتوای درست، بلکه به طراحی تجربه کاربری، تنظیم شدت مواجهه، و ایجاد محیط حمایتی وابسته است (Kite et al., 2023; Kreuter & McClure, 2004). در عین حال، برجسته شدن «فیلترینگ و دخالت‌های دولت» به‌عنوان عوامل مداخله‌گر، یک نکته زمینه‌ای مهم را به ادبیات اضافه می‌کند: بسیاری از مدل‌های مداخله سلامت در رسانه‌های اجتماعی در بسترهای با دسترسی آزاد و زیرساخت پایدار توسعه یافته‌اند، اما در زمینه‌هایی که دسترسی ناپایدار، محدودیت پلتفرم و هزینه‌های دسترسی وجود دارد، سازوکار تغییر رفتار ممکن است تضعیف شود یا به سمت منابع غیررسمی و کم‌اعتبار رانده شود؛ موضوعی که می‌تواند ریسک اطلاعات نادرست را افزایش دهد (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021; Vosoughi et al., 2018). از نظر پیامدهای مدیریتی، این پژوهش نشان می‌دهد سیاست‌گذاران و مدیران سلامت اگر رسانه‌های اجتماعی را به‌عنوان «اهر» تغییر رفتار می‌بینند، باید هم‌زمان روی چهار محور سرمایه‌گذاری کنند: ارتقای سواد رسانه‌ای/سلامت و سازوکارهای اعتبارسنجی محتوا، طراحی و پشتیبانی کمپین‌های آنلاین با ساختار حمایتی (نه صرفاً تبلیغاتی)، بهبود زیرساخت و دسترسی مقرون‌به‌صرفه، و در نهایت سیاست‌گذاری متوازن که مانع کاهش اعتماد و روی‌آوری کاربران به کانال‌های غیرقابل اتکا شود. همچنین برای تولیدکنندگان محتوا و متخصصان ورزش و سلامت، تمرکز بر روایت‌های قابل فهم، الگوسازی رفتاری و ایجاد تعاملات حمایتی می‌تواند و تغییر رفتار را از سطح آگاهی به سطح اقدام و تثبیت برساند.

در کنار قوت‌ها، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد: نخست، بخش کمی مبتنی بر نمونه‌گیری در دسترس از مصرف‌کنندگان رسانه‌های ورزشی است و این می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌ها (مثلاً کاربران غیرورزشی، سالمندان یا گروه‌های آسیب‌پذیر) را محدود کند. دوم، داده‌ها عمدتاً خودگزارشی‌اند و امکان سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا خطای یادآوری وجود دارد. سوم، ماهیت مقطعی بخش کمی، استنباط

علی را محدود می‌کند؛ در حالی که تغییر رفتار ماهیتی زمان‌مند دارد. چهارم، اثر پلتفرم‌های مختلف و الگوریتم‌های پیشنهاددهنده به صورت تفصیلی تفکیک نشده و این می‌تواند بخشی از واریانس توضیح‌داده‌نشده را شکل دهد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به سمت طراحی مطالعات طولی یا شبه‌آزمایشی (پیش‌آزمون/پس‌آزمون کمپین‌ها)، مقایسه بین پلتفرم‌ها و گروه‌های سنی، و نیز سنجش عینی‌تر رفتار (مثلاً داده‌های فعالیت بدنی از ابزارهای پوشیدنی یا اپلیکیشن‌ها) حرکت کنند. همچنین آزمون نقش میانجی/تعدیل‌گر متغیرهایی مانند سواد سلامت، اعتماد به منبع، نوع تعاملات اجتماعی (حمایتی در برابر قضاوت‌گرانه)، و کیفیت محتوا می‌تواند توضیح دهد که چرا در برخی شرایط رسانه‌های اجتماعی به رفتار سالم منجر می‌شود و در برخی شرایط پیامدهای ضعیف‌تری دارد. در جمع‌بندی، این پژوهش با تلفیق داده‌های کیفی و کمی، مدلی بومی و مبتنی بر مدیریت سلامت ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد رسانه‌های اجتماعی در یک زنجیره علی-زمینه‌ای-راهبردی، می‌توانند به شکل معنادار به تغییر رفتار و ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور کمک کنند، مشروط به آنکه زیرساخت، مدیریت مصرف و سیاست‌گذاری حمایتی، هم‌راستا با اهداف سلامت عمومی تنظیم شوند.

### تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که با پژوهشگران همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر نمایند.

### مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

### موازن اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاق در پژوهش‌های انسانی انجام شده است.

### شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی‌رایت ارسال خواهد شد.

### حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- boyd d, m., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210-230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>

- Centola, D. (2010). The spread of behavior in an online social network experiment. *Science*, 329(5996), 1194-1197. <https://doi.org/10.1126/science.1185231>
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorielli, N., & Shanahan, J. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (2nd ed., pp. 43-67). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*, 53(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2009.09.003>
- Kite, J., Chan, L., MacKay, K., Corbett, L., Reyes-Marcelino, G., Nguyen, B., Bellew, W., & Freeman, B. (2023). A model of social media effects in public health communication campaigns: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e46345. <https://doi.org/10.2196/e46345>
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439-455. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>
- Lupton, D. (2015). Health promotion in the digital era: A critical commentary. *Health Promotion International*, 30(1), 174-183. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau091>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., & Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.1933>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Suarez-Lledo, V., & Alvarez-Galvez, J. (2021). Prevalence of health misinformation on social media: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e17187. <https://doi.org/10.2196/17187>
- Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359(6380), 1146-1151. <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>