

專輯論文

生活慣習、行為模式與健康傳播—— 以甘肅省武威市DF和HY社區為個案的 比較研究

關岳

摘要

本研究透過參與觀察和深度訪談的方式，把健康傳播置於具體的社會空間裡加以模式化的結構分析和過程展現，探討不同社會群體的生活慣習和行為模式如何成為建構具有針對性的健康傳播模式的基礎。研究結果表明，健康傳播模式呈現的是被社會角色和健康認知定義的受眾群體接收健康信息的結構過程。一個有效的健康傳播模式即是對特定人群的一套生活方式、行為模式和文化價值觀的整體性表達。

關鍵詞：健康傳播、社區、傳播習性、生活慣習、行為模式

關岳，蘭州大學新聞與傳播學院副教授。研究興趣：傳播形態與社會變遷。電郵：quey@lzu.edu.cn

論文投稿日期：2013年3月6日。論文接受日期：2014年3月5日。

Special Issue Article

Living Habits, Behavior Model, and Health Communication: A Comparative Study of Two Communities in Gansu Province

Yue QUE

Abstract

The purpose of this study is to improve communication strategies for people of different socioeconomic status in the context of China's dramatically changing macro-social environment. The research focuses on understanding the problem in the context of a particular time and space, specifically, the living habits of residents in two communities. The review of anthropological studies in the literature on health communication in communities yielded rich ethnographic details about their cultural practices and behaviors. We conducted a systematic observation of the communication between the two communities in order to determine the extent to which health information was conveyed. We attempted to link the larger issues of socioeconomic factors with the accessibility, affordability, and availability of health communication. The research findings contribute to previous observations and data in the literature by clarifying the structural components of the communication mechanism through which living habits and behavioral patterns are related to health communication among different groups of people. Specifically, the study investigated the relationships among folklore, traditional, and modern medicine, as expressed by the representative samples of two communities. This paper

Yue QUE (Associate Professor). School of Journalism and Communication, Lanzhou University. Research interests: media transformation and social change.

analyzed the participants' narratives to provide valuable insights into how to develop better messages to improve health literacy and health behaviors. The time has arrived to begin thinking systematically about patterns of health communication. This study offered a broad framework, and the findings indicated two kinds of structural elements in health communication among different groups of people.

Keywords: health communication, community, habitual nature, living habits, behavioral model

Citation of this article: Que, Y. (2015). Living habits, behavior model, and health communication: A comparative study of two communities in Gansu Province. *Communication & Society*, 31, 95–122.

鳴謝

1. 本文為教育部人文社會科學基金項目「西部地區健康教育傳播與衛生公平研究」(項目批准號: 10YJC860036)的成果之一。本篇文章採用的基礎數據均由項目組成員蘭州大學新聞與傳播學院2009級碩士研究生馮晶同學調查收集所得,特此說明,予以感謝。
2. 本文初稿曾在香港中文大學「中華傳媒與比較傳播研究中心」(C研中心)主辦的「公共參與:華人社會的健康傳播」國際會議上發表,承蒙羅文輝教授、李賴俊卿教授、周樹華教授的指教,並蒙匿名評審專家的指點,謹此致謝。

引言

在國際健康服務研究領域，通常的做法是運用定量分析方法對受眾群體進行健康資訊的傳播效果研究，其中，結合數學模型進行定量分析和比較的運籌學 (operational research) 是較常採用的一種方法。20世紀50年代，英國學者Norman Bailey利用運籌學的原理分析和比較數據，把健康服務系統首先歸結為數學模型，用數學方法對數據進行定量分析，嘗試求得對健康服務系統運行的最優方案 (Bailey, 1957)。此後，英國運籌學會為健康服務的應用研究做出了突出性的學術貢獻 (Brailsford & Harper, 2007)，其中具有深遠影響的研究成果主要集中於探討病人與醫院的優配方案 (Luck, 1971)、運用運籌學提高健康服務管理 (Cropper & Forte, 1997)，以及探討健康運營管理 (Vissers & Beech, 2005) 等領域。

伴隨健康傳播研究的不斷深入，受眾群體的人口特徵成為探討受眾群體健康傳播效果的要素。社區作為識別受眾群體社會身份與文化模式的基本單位，是研究者嘗試選擇的研究樣本。1986年，運籌學會主席Jonathan Rosenhead發起「社區運籌學倡議」，把社區群體納入到運籌學的研究視野 (Rosenhead, 1986)。在這一基礎上，社區運籌學 (community operational research) 提供了很多健康和社會服務的參與計劃 (Walsh & Hostick, 2005)。

對健康傳播公共參與性的強調，促使以「文化」為核心的健康傳播研究日漸興盛，由此呈現出跨學科的研究態勢。「文化」是人類學研究的一項核心內容。具體到與日常生活息息相關的健康領域，人類學關注的是個體或群體為生存習得或培養的習慣和行為。這種學術關懷總體呈現出兩種研究傾向。一是從體質人類學的角度探討過去人類的生活方式與身體健康之間的關係。學者運用考古生物學的試驗方法提取人類骨骼裡有關骨礦物含量、傳染病、生理應激、暴力與創傷、牙齒使用等方面的數據資料來分析和重構過去人類在飲食習慣方面的改變以及生活壓力、健康和幸福等方面值得注意的信息 (Larsen, 2002)。

一是觀察現時社會中置身於特定地域的受眾群體秉承的健康觀念、生活方式乃至情感態度等，提供他們表現在文化實踐、認知和行

為等健康方面的民族志細節。食物和飲食習慣的研究在人類學裡具有悠久的歷史。在這樣一種學術情境裡，Sahu 考察生活在印度北部比哈爾地區叢林人 (Birhor) 的飲食與健康條件，指出不同人群具體形成的飲食習慣和醫療方法是依據所在地區的生態系統和文化需要逐漸發展成為相互區別的醫療體系，因此健康和營養的文化層面十分重要 (Sahu, 1995)。在較長的一段時間裡，飲食習慣是人類學者研究健康問題的一個主要面相，所涉及的研究主題有經典食物的民族志、食物與社會變化、糧食不安全、飲食習慣與儀式和身份之間的關係等 (Mintz & Du Bois, 2002)。

與飲食受到同樣關注的研究內容是藥物。人類學把藥物也看作為一種社會與文化現象。藥方的制定、藥材的分佈、藥物的製作與銷售、藥品的購買和消費等，藥物在每個階段都有與自己相對應的語境、行為和交易，並以各種成套的價值觀和思想作為藥品生產與傳播的特徵 (Sjaak, Susan, & Anita, 1996)。

把特定人群的健康行為與其生活的社會環境結合起來加以考察，也是人類學者研究健康問題的一個主要面相。Haron 等學者對以色列切爾克斯人 (Circassian) 社區的健康和疾病的傳統觀念進行考察，去發現和理解健康觀念和切爾克斯人組成的社會組織之間的關係，認為切爾克斯人對醫療方式和健康教育的需求深深嵌入到他們所置身的文化情境中，並且伴隨著切爾克斯人的群體價值結構、生活習慣和與健康相聯繫的信仰 (Haron, Eisikovits, & Linn, 2004)。

人類學者不斷拓寬對身體健康研究的範圍，逐漸開始強調特定人群的社會心理過程和更大範圍的社會文化和社會心理等因素，試圖闡明社會心理因素與身體健康之間的關係 (Christie-Mizell, Ida, & Keith, 2010)。還需要注意的是，學者們通常把這類研究納入到「比較」研究的維度之內。如從行為比較的角度，學者發現非裔美國人 (African Americans) 的自尊更多地與社區連結程度和親密的人際關係密切相關，歐裔美國人的自尊則是與結構性目的如教育等緊密相聯 (Hughes & Demo, 1989)。或者對社會經濟指標進行比較，學者發現與白人相比非裔美國人由於較低的經濟收入和教育背景給自身健康帶來許多負面的結果 (Bailey, 2000; Corcoran, 1995; Watson, 2001)。

綜上所述，「生活慣習」和「行為模式」是人類學關注健康問題時經常選取的研究途徑。把這種研究旨趣介入到健康傳播的研究視閥裡，從個體角度來看，健康觀念的形成和健康行為的培養是融入和貫穿於個體的生活經歷和行動狀態的一種實踐；從群體角度而言，社會經濟地位和文化價值觀念塑造了不同人群的健康行為。「生活慣習」和「行為模式」是不同社會人群表明健康態度、實施健康維護的基礎，也是為健康傳播建立一個富有包容性的良好環境的依據。本篇文章嘗試把健康傳播納入到行為與社會的語境裡加以觀察和探討，以期廓清不同社區的人群在生活習慣、行為模式與健康傳播之間的邏輯關聯。

社區背景

近幾年來，健康研究領域出現的一個全球化趨勢是學者開始結合社會經濟、政治和生態因素等宏大主題來理解特定人群的健康狀態，期待把公共健康與更廣闊和宏大的社會經濟和政治語境相聯繫 (Reddy, 2008)。中國大陸遂成為研究這類問題事象較為理想的研究地域。Chen, Yang 和 Liu 等學者選擇以社會變化和社會經濟地位差異性顯著為特徵的宏觀社會語境裡考察個體健康軌跡與社會分層之間的關係 (Chen, Yang, & Liu, 2010)。這類研究呈現出中國內地的人群健康狀況與社會經濟地位 (socioeconomic status) 之間緊密的相關性。這種研究趨向為健康傳播研究帶來的思考是：如何促使醫學建議適應不同社會經濟地位人群的需要，進而被他們分享、理解甚或踐行？這個問題構成本篇文章研究的出發點。

多民族和多元的宗教信仰是西北地域社會的根本特點，但是現時西北地區的關鍵問題在於不斷加劇的社會經濟不平等是如何影響不同人群的日常生活，例如健康行為與健康結果。本文選擇的研究地點是位於中國西北地域的甘肅省武威市。它是西部經濟欠發達地區中小型城市的一個縮影：在長時段裡，武威市轄屬縣區的農業人口數遠高於市區的城市人口數；但是在近二十多年的城市化進程裡，周邊地區大量農業剩餘勞動力持續進入這座城市，大規模、高密度和異質性成為這座城市長住人群的特徵。由此，武威市成為考察中國欠發達地區在

城市化進程中如何有效實施健康傳播的一個理想地點。本篇文章即是在武威市的DF和HY兩個社區展開的個案比較研究。

DF社區位於城鄉交界處。這裡的住宅由土木結構和磚瓦結構的平房構成，社區的格局似「羊」字造型，一條南北縱向的主線道貫穿始終。從主線道的兩側延伸出東西橫向的短巷，每條巷裡分散居住著5或6戶家庭。社區公共衛生系統的現狀是：廁所公用，由社區家戶們共同出資修建；社區家戶各自擁有獨立的上水系統，共用的下水系統位於小巷入口處的西側。分佈在社區周圍的公共醫療場所有：市疾控中心、市中醫院和市兒童醫院，分別距離DF社區200米、500米和1000米的距離。這三家醫療機構並不會與DF社區居民發生切實的醫患關係。步出DF社區西行約200米，有5家診所和3家藥店，這裡才是這個社區人群選擇的醫療場所。

HY社區位於武威市區的商業中心，是在2002年修建完成的一座商業住宅小區，有12棟樓房，432戶家庭。小區專門設計了健身地帶和綠化帶供居民從事健康運動。分佈在HY社區周圍的公共醫療場所有：出社區西行200米的距離有1家診所和1家藥店，這兩家場所很少與社區居民發生醫患關係；出小區東行500處散佈有3家診所和1家藥店，社區居民更多會來這3家診所就醫。

總體來說，DF社區是經濟欠發達地區城市裡低收入人群的典型代表，居民以依靠政府發放城鎮最低保障金為生的老年人群為主；同時，這裡也是安置農業剩餘勞動力的社區。HY社區屬於經濟欠發達地區城市裡典型的小康型社區，居民以公務員和事業單位的職業人群為主體，間或有中、小商業主；人均收入高於所在城市的平均水平；在消費結構上體現出經濟欠發達地區經濟收入在中等以上人群的生活品質（見表一）。

表一 DF社區與HY社區基本結構對照表

類目	DF社區	HY社區
1 地理位置		
方位地點	位於城鄉交界處，距離市中心20分鐘車程	位於城市商業圈內，距離市中心5-6分鐘車程

類目	DF社區	HY社區
2 社區建築特徵		
房屋類型	平房居多，以土木、磚混結構為主	商業住宅樓群，以框架結構為主
公共衛生系統	獨立上水系統和公共下水系統；居民自建的共用土廁	家庭獨立上下水系統；家庭獨立衛生間
3 人口基本結構		
年齡分佈	35-60歲的人群佔主體	25-55歲的人群佔主體
人群源出	30-55歲：外地來本市打工人群 55歲以上：本地人群	以本地人群為主體
職業分佈	女性：保姆，商鋪打工者，為種子公司撿種子的零工 男性：修理自行車，燒鍋爐，拉車，在外打工	鄉鎮公務員，教師，商人
收入來源	城鎮最低保障金；打工收入	穩定的工資收入或商業利潤
教育背景	小學學歷為主，最高學歷是高中畢業	25-40歲的人群具有本科或以上學歷；41歲以上人群多數具有大專及以上學歷

資料來源：根據調查資料整理繪製

指標設計與方法應用

本項研究運用整體觀的方法從個體與社會的關係角度對「生活慣習」和「行為模式」展開觀察，盡可能地呈現個體適應生活環境、理解社會規則、學習相鄰個體生活經驗的社會化過程，呈現不同社會人群秉承的生活慣習是如何被其所處的社會經濟環境所塑造，從而內化為一種群體性行為標準的圖景。筆者把「生活慣習」分解為「時間結構」、「收支結構」、「飲食結構」和「媒介使用慣習」等4個指標進行為期兩個月的基底調查，獲取社區的整體數據以備選取參與觀察和深度訪談的研究對象。

調查者對DF社區18戶家庭和HY社區432戶家庭進行為期兩個月的基底調查，獲取了兩個社區的基本結構數據。以此為據，筆者選取

了DF社區整體18戶家庭和HY社區的18戶家庭作為1年期的觀察對象。選取上述36戶家庭樣本的原則是：

- (1) 居住時間：對DF社區而言，本地家庭戶在所屬社區擁有超過20年的居住經歷，外來人員家庭戶在所屬社區擁有超過6年的居住經歷；對HY社區而言，家庭戶在所屬社區擁有超過6年的居住經歷。
- (2) 社交網絡：選取在社區行為活躍、對社區狀況瞭解深入的家庭作為觀察對象。
- (3) 社會經濟地位：選取在經濟狀況、教育背景、媒介使用慣習等指標上符合所屬社區中間值的家庭作為觀察對象。

本項研究選取的36戶家庭共計48名社區成員(23名男性，25名女性)作為本次研究參與觀察深度訪談的對象，年齡區間為10-75歲。

參與觀察以10個月為一個觀察週期。訪談員分別於2010年1-2月和6-8月、2011年1-2月和6-8月深入社區進行觀察和訪談。觀察和訪談資料是在向被訪談者說明和解釋了研究目的與研究方法之後獲取。每次訪談時間持續1-2個小時。大部分訪談是經過向被訪談者進行2或3次的概念說明之後進行的。

結束了第一期5個月的實地調查後，筆者對收集的每位訪談者和每個家庭戶的數據資料進行單獨分析，以期獲得分解「行為模式」這一抽象概念的指標。通過這一過程，第二期5個月的觀察與訪談框架被凝煉為「人際互動」、「情緒表達」、「社會關係」、「疾病觀念」、「醫療選擇」、「地方性知識」、「媒介經驗」等7個指標，用以描述「行為模式」。

發現：生活慣習與行為模式

生活慣習與媒介使用

DF和HY兩個社區的居住人群由於教育背景和職業背景的差異，形成兩套截然不同的生活規律和收支結構，這兩項指標制約了兩類社區人群的媒介使用慣習，進而規約了兩類社區人群的飲食結構，奠定了兩類社區人群健康狀況和健康實踐的基礎。

I. 時間結構

DF社區在地理位置上更接近鄉村，周圍除了一間網吧外再沒有現代化意義的商場和諸如KTV之類的娛樂場所。社區居民以45歲以上的中老年人群和學齡兒童、少年為主體。因年齡結構和職業背景等因素，社區居民基本恪守「日出而作，日落而息」的生活方式。55歲以上的老年人群，每天凌晨5點即起床，開始一天的生活；中年人群和學生一般在早晨7點起床，開始務工和上學。無論是平日還是節假日，除學生外，居民們一律沒有超過上午8點起床的現象。午休是老年人群和家庭主婦的選擇，社區在外務工的居民沒有這一習慣。

HY社區位於城市中心區的繁華地帶，意味著社區人群有著豐富的休閒選擇。社區居民多是25-55歲、履行「朝九晚五」工作時間的政府公務員和事業單位的職員。其中，25-45歲人群的生活規律不正常，除早起時間基本固定在早上7點30分外，中午沒有午休習慣，慣常晚睡。節假日的時間，上午11點左右起床、凌晨2或3點入睡是常有的事情。45歲以上人群的生活規律與DF社區人群趨同。

睡眠質量對人群的生活作息和身心健康具有重要影響，是觀察作息時間的一項重要指標。在DF社區，經濟條件欠佳的居民們不可避免地存在許多煩心事：如孩子教育、住房問題等。然而，這些事情很少會影響他們的睡眠。他們普遍持有「想多亦無用」的心態，坦然接受生活中的種種拮据與不如意，香甜入夢。相比之下，HY社區居民的睡眠質量普遍較差，無論年齡、職業和教育背景，他們都存在不同程度的失眠現象。在訪談中，很多居民都表示因為失眠等原因導致他們長期精神狀態較差。

生活規律是對人群起居時間的常規呈現。從性質和內容兩個面向對生活規律進行觀察和區分，呈現出的是由時間結構定義的生活方式。在DF社區，時間結構把居民的日常生活劃分為三部分：作息時間、勞作時間和閒暇時間；在HY社區，時間結構對居民日常生活的區分是：工作時間、作息時間和媒介時間。其中明顯的區別在於對閒暇時間的理解：DF社區人群在閒暇時間內活動內容較為多元，通常以與街坊鄰里的互動為主；HY社區人群的閒暇時間被媒介時間所覆蓋。

II. 收支結構

DF社區屬於老城區。居住在這裡的本地人群經濟基礎薄弱，50歲以上的本地人群，除4個家庭的老年人每月領取退休金外，其餘的老人每月都領取政府發放的城鎮最低生活保障金；居住在社區的外來人群是從武威市周邊鄉村進城務工的農民。相較而言，HY社區居民們在收入狀況與消費結構方面與DF社區居民形成顯著差異（見表二）。

表二 DF社區與HY社區家庭收支結構對照表

分類	DF社區	HY社區
1 收入狀況		
	打工收入者：1,000–2,000元/月 退休工資收入者：1,000元/月 低保收入者：260元/人·月	以月薪為主，固定收入約在 2,000–4,000元/月的區間
2 消費結構		
飲食消費	春夏秋：400–600元/月； 冬：300–400元/月	800–1,000元/月
服裝消費	700元/年	約300元/月
交通消費	以自行車、步行為主，基本不發生 交通費用	約200元/月；有私家車的家 戶，每月費用400元/月左右
水電消費	約50元/月	約150元/月
房貸		800–1,000元/月
人情消費		50–200元/月
媒介消費		100元/月
機通訊費	20元/月	100元/月左右
物業費		25–50元/月
育費用	200元/月	≥ 300元/月

資料來源：根據調查資料整理繪製

III. 媒介使用

DF和HY兩類社區人群在經濟收入和教育背景等方面存在的差異，塑造了兩類人群迥異的媒介使用慣習：電視和手機是DF社區和

HY社區持有率最高的兩種媒介；電腦的持有率在兩個社區有明顯差別；存在顯著差異的媒介使用在於兩個社區對於紙質媒介的接觸，其中，HY社區41-65歲的人群有閱讀報紙期刊的習慣，DF社區的居住人群沒有這一習慣。

DF社區的家庭都有電視機，但是有線電視安裝費和每月固定的信號接收費對他們來說是一筆數額不小的支出，除3戶家庭外，其餘家庭沒有安裝電視信號數字機頂盒，電視機只能接收3個電視頻道，即中央電視台一套、武威電視台和涼州電視台，通常是在晚餐時間看電視。

雖然經濟基礎薄弱，但是並沒有妨礙電腦進入DF社區居民的生活中。DF社區擁有電腦的家庭佔總數的11.1%，多是組裝電腦或二手電腦。12-18歲的青少年在網吧裡養成了使用電腦的習慣，他們經常瞞著父母去網吧玩遊戲，耽誤了學習和睡眠時間，使DF社區的居民們對電腦有一種負面觀念，認為除了玩遊戲、QQ聊天之外，電腦沒有太大作用。在他們的意識裡，「電腦上網」就是在浪費時間和金錢。

手機是DF社區使用最為頻繁、不可或缺的媒介，其使用頻率和居民依賴程度已遠超過電視。即使55歲以上的人群都會運用手機的撥打與接聽功能。35-54歲的人群由於受教育率低，不常使用手機的文字編輯功能。雖然如此，DF社區80%的家戶都使用「山寨版」智能手機，並且一律開通上網業務，主要供家裡10-18歲的青少年使用。

相比DF社區，HY社區居民的媒介使用較為多元，報紙、期刊、電視、電腦、手機等媒介都是他們獲取資訊的渠道。其中，電視是獲取信息的常用媒介。此外，新媒體的傳播特點在HY社區裡也有著充分展現。對於25-55歲的人群而言，他們的工作與電腦須臾不分。在8小時之外的家居時間裡，他們也會通過電腦上網娛樂和查閱資訊。HY社區居民對於手機的使用頻率和依賴程度僅次於電視和電腦這兩類媒介，其中使用頻率較高的是25-40歲的人群。紙質媒介在HY社區的信息秩序中佔有重要的位置。報紙期刊是HY社區45歲以上人群獲取信息的主要渠道，其中熱衷於從中獲取健康資訊的人群以45-65歲的人群為主。

IV. 飲食結構

飲食結構是決定人群健康的重要指標。人群對日常三餐的態度、

規律性和飲食口味的輕重都會折射出兩類社區人群維護自身健康的觀念與意識。

在DF社區人群的觀念裡，一日三餐的規律性與飲食口味的清淡性是他們維護健康最為重要的方式。他們普遍重視早餐和午餐，飲食習慣大致相同：早晨7-8點吃早餐，以雞蛋、牛奶、饅頭和花卷為主；午餐很正式，以炒菜和麵食為主。他們認為晚飯吃的過多會給胃帶來負擔導致消化不良，主張晚飯一定要簡單，食量七成飽即好，喜歡吃容易消化的「湯麵」，或者各式薄粥。

DF社區的居民基本都知道食用過多油膩的食物易形成高血脂等疾病這一健康常識。他們會注意食用油的用量。每個家庭持續使用20斤食用油的週期約為3-4個月。然而，居民們很少關注飲食搭配。他們的烹飪方式和飲食搭配都依據經驗來製作。總體而言，DF社區的居民們普遍飲食清淡，多素食少肉食，很少或者幾乎沒有在外就餐的經歷。

在HY社區，年齡是區別人羣飲食結構的重要指標。21-45歲的人群沒有形成健康的飲食規律，主要體現在三餐時間和食物選擇兩個方面。這個年齡段的人群沒有早餐的習慣；午餐，由於工作地點距家較遠，多會選擇在單位食堂或者附近的小食店就近解決；晚餐，多選擇在外就餐，除工作應酬的餐會外，火鍋、燒烤和麻辣燙等都是他們經常食用和較為鍾意的種類。長期在外就餐養成了他們飲食的重口味。在家裡下廚，他們也會使用過多的調味料。這個年齡段的人群往往超過夜間12點入睡，方便面成為他們主要的夜宵。長期的三餐不規律和飲食的重口味，使這一年齡段的人群都患有不同程度的胃病。HY社區46歲及以上的人群較多患有高血壓、高血脂和糖尿病等，緣於此，他們比較注重三餐的規律性和對蔬菜、水果的攝取。

具有良好的消費能力，HY社區的居民可以購買和食用新鮮蔬菜，然而多年的飲食習慣讓他們保有對肉類較強的需求。HY社區人群幾乎每餐都有食用牛、羊、雞肉的習慣。雖然中老年人羣普遍患有高血脂等病，也知道清淡飲食對維護自身健康的重要作用，但是形成的重口味飲食習慣使他們在飲食習慣裡很難做到少油、少肉、少佐料。通過大眾媒介瞭解到的健康飲食信息很難貫穿在他們日常飲食的實踐過程中。

行為模式與健康行為選擇

本文以媒介使用慣習、情緒的緊張與緩解、社會交往等三種實際活動對這個概念進行描述，概括DF和HY社區兩類人群行為模式的基本框架，藉此說明二者在健康行為和醫療選擇等方面的異同。

I. 媒介使用慣習與健康信息選擇

在DF社區訪談的過程中會看見很多家戶的電視機表層積有灰塵，顯然長時間沒有使用。對於能夠接收衛星頻道的YP、ZXC、L三戶家庭而言，雖然接觸大眾傳播媒介的機會較其他鄰居多，但是他們使用電視的頻率並不高。

DF社區的人群多選擇武威電視台為主要收視頻道，接觸的節目類型是電視連續劇。

記錄1 —— DF社區L姓家戶電視使用慣習

時間：2011年8月22日(正在暑假期間)

內容：上午9點左右，我來到L家。當時家裡只有L的孩子，他正在收看一部名為《雪豹》的電視連續劇。電視劇是四集連播，小朋友一直在看電視劇。在廣告插播期間，他會轉台搜索其他頻道播出的《雪豹》劇。

上午11:30，電視劇結束，小朋友關了電視出去玩耍。

上午11:30到下午16:00的這段時間，L一家都在屋內午休。午休之後，小朋友的夥伴找他出去玩耍。這段時間電視都屬空閒期。

下午18:00左右，L做好晚飯，一家人圍坐在電視機前吃晚飯。此時電視的遙控器掌握在小朋友手中，收看的電視節目是卡通片。晚飯之後，孩子要學習，電視再次關閉。這時L的牌友過來叫L一起玩撲克牌。

晚上22:00，L準時回家收看電視劇《還珠格格》。全家人收看完兩集電視劇後關電視睡覺。

L姓家戶的電視使用慣習是DF社區居民電視使用慣習的縮影。由於遙控器主要掌握在婦女和孩子手裡，DF社區居民收看的電視節目主要以娛樂節目為主。

在訪談中筆者發現，每集連續劇的中間都會插播醫藥類廣告。這類醫藥廣告採用講座的形式進行病症講解和藥品介紹，時長持續約10-15分鐘。DF社區的人群對這類醫藥廣告節目深惡痛絕。他們把這種厭惡情緒逐漸蔓延到其他有關健康類或養生類的節目。因此，他們對電視台的健康類節目普遍持有不信任態度，認為這類健康節目是以「賺錢」為最終目的。在收視過程中，他們一旦接觸到這類節目就會轉台。也有例外的情況：如果健康類節目與DF社區人群的生活經驗相關時，如談到「如何做菜有益健康、日常生活裡吃什麼好」之類的節目，他們會選擇收看。但是，他們在獲取這些健康信息後，由於健康信息蘊含的經濟成本過高，她們不會付諸健康實踐。

在HY社區裡，由於經濟基礎及教育水平的影響，電視、廣播、報紙期刊、電腦和手機等媒介都會讓他們不同程度地接收到健康信息。在這些媒介裡，電視仍然是人群接觸健康信息的主要渠道。

表三 HY社區家戶T電視使用慣習的記錄表

電視使用慣習	每天接觸電視時間段	收視內容
	第一次：8:00-8:40	新聞類節目
	第二次：10:30-12:30	新聞類節目、電視連續劇
	第三次：14:30-16:00	電視連續劇
	第四次：19:00-22:00	新聞類節目、北京電視台《養生堂》節目
是否涉及到健康信息	是	

資料來源：根據調查資料整理繪製

由於身體狀況、接收習慣的影響，DF社區50歲以上的人群傾認為電視媒介有助於他們更好的理解健康知識，如養身類的健身操，養身飲食的製作等。他們經常收看的健康類電視節目有中央十套的《健康之路》、中央四套的《中華醫藥》、北京電視台的《養生堂》等健康節目。在實地調查中筆者發現，不同的健康類節目由於設定了傾向性的健康傳播信息，在HY社區擁有固定的受眾群：50歲以上的男性受眾主要收

看中央四套以傳播中華傳統醫藥文化為主要內容的《中華醫藥》節目；50歲以上的女性主要收看以傳播養生之道、傳授養生之術為主的《養生堂》節目。

表四 DF社區與HY社區電視使用慣習對照表

社區類別	選擇頻道	節目選擇	平均使用時間
DF社區	央視一套/武威電視台/涼州區電視台	動畫片 電視連續劇	10小時/周
HY社區	所有上星的電視頻道	新聞類節目 電視連續劇 飲食、養生類節目	20小時/周

資料來源：根據調查資料整理繪製

表五 DF社區與HY社區媒介使用與信息選擇對照表

社區	媒介接觸類型	媒介使用的年齡段	媒介使用的時間段	媒介功能	媒介信息選擇	健康信息選擇	媒介影響
DF	電視	5歲-50歲	偶爾 18:30-19:00； 20:30-22:00	休閒	連續劇/ 卡通片	與自己生活有密切聯繫的健康類節目，如烹飪類節目	沒有
HY	廣播、電視、電腦、報紙、期刊雜誌、手機	5歲-70歲	頻繁 9:00-13:00； 18:00-23:00	教育、休閒	資訊類節目/連續劇	與健康有聯繫的節目都會選擇，尤其是醫普類節目	有

資料來源：根據調查資料整理繪製

報紙期刊是HY社區45歲及以上人群瞭解健康信息的主要渠道。如HY社區的T女士訂閱《自主養身》期刊已經兩年多。這本健康期刊為每月兩刊，原訂價是每年60元，2011年的年訂閱費上調為72元。T女士仍然堅持訂閱。她認為，「經濟上沒有什麼壓力，通過它掌握了知識，還可以保證自己的健康。有時候你感冒了也得花幾十元錢，還不如平常多積累這方面的知識，多加預防」。

HY社區35-50歲的人群會通過網絡搜索自己感興趣的健康知識，

或者通過網絡收看健康類的電視節目。如果感覺身體不適時，他們會在網絡查閱治療疾病的方法。HY社區21-35歲的青年人群會通過手機閱讀健康信息，有時也會以網絡轉載的形式收藏很多傳播健康知識的帖子。他們對這項行為的解釋是：收藏帖子以備用，對帖子上傳播的健康知識只作粗略瞭解。對於HY社區21-45歲的女性群體而言，他們對於健康信息的需求主要集中在美容、健身、時尚運動等方面的內容，慣於搜索相關網頁來閱讀信息。

除了上述幾類大眾傳播媒介外，HY社區居民還會通過牆體宣傳畫、健康傳播類宣傳手冊等瞭解有關健康信息。

II. 人際互動與情緒緊張

在現代醫學的解釋框架裡，個體情緒的波動、倒錯和緊張狀態不僅影響個體的身心健康，也會關涉到群體安全。觀察不同社區人群如何緩解與釋放不良情緒，可以有效地探討不同社區人群的互動模式。

場景1 —— YN家庭矛盾場景記述

時間：2011年8月7日，19點

地點：DF社區

內容：訪談者來到DF社區，時間已經過了吃飯的飯點。YN坐在自家門口，身旁坐著她家的房客ZS。YN對面坐著LN，LN的旁邊是W3。訪談者就站在W3旁邊。不一會兒，ZS又換坐在LN旁邊。大家只是靜靜坐著，沒有過多的交談，只有相鄰的ZS和LN在一旁壓低聲音交談。隨後，YN的兒子出來叫母親(YN)吃飯。YN讓他們先吃，沒有起身。接著，孫子出來對YN說：「奶奶，你吃不吃？」這時YN的口氣變了：「不吃！」也許大家都瞭解發生了什麼事情，開始勸YN進家吃飯。YN推脫說自己已經吃過飯了。YN對面的LN勸說道：「趕緊吃飯去吧，不吃飯能行嗎？」ZS也在旁幫忙搭腔道：「就是，孫子小著呢，不會說話，又不是不叫你吃飯，你這麼老了，賭什麼氣呢？」YN回答說：「就是不叫我吃飯，我吃啥呢！」一會兒，孫子又出來叫YN，口氣換了一種方式，「奶

奶，吃飯了！」於是，YN在大家的勸告下進家吃飯。YN回家吃飯後，訪談者向鄰居們瞭解到：YN患有多年的糖尿病，最近跟兒媳婦鬧彆扭，已經一個月沒有吃兒媳婦做的飯了。在深圳打工的兒子因為這件事情，提前回到家裡，解決婆媳矛盾。對於引發這次矛盾的具體原因，沒有人能說清楚。

後續：在隨後一天的訪談中，YN的兒媳婦Q也提到了這次婆媳矛盾。她認為「(這次矛盾)確實挺磨人的，老太太不吃飯，有個什麼差錯，就是我媳婦的不是，但是你說做了飯人家不吃，我又有什麼辦法。當時我也急的很那，那兩天心情也不好。」據YN的鄰居LN講，在YN與兒媳婦Q發生矛盾的幾天後，她與Q出去散步的時候，Q將自己的這件煩惱事情告訴了LN，LN對Q進行了安慰和勸說。

上述YN與兒媳婦發生矛盾的場景是DF社區日常生活中較為常見的事情，是家庭生活裡的緊張情緒不斷積累之後產生的常規效應。在上述場景裡，YN與兒媳婦Q發生矛盾，對婆媳二人的內心都產生了緊張情緒。這種情緒通過鄰里之間的「好言相勸」得到緩解和稀釋，沒有對YN及其家庭帶來更進一步的傷害。在田野作業裡，類似YN這一類的家庭矛盾在DF社區裡較為常見。DF是一個老型社區，「抬頭不見低頭見」的居住格局使居民在長時間的相處中形成熟稔的關係。大眾媒介沒有過多地佔用DF社區居民的閒暇時間，鄰里街坊之間頻繁互動，使聊天這種人際傳播模式成為當事人釋放和緩解緊張情緒的重要途徑，各類不滿或不良情緒被有效地發洩和疏通，已有的不快或壓力沒有對身體健康形成負面影響。

如果說人際傳播對DF社區人群的緊張情緒具有緩解和疏導作用，那麼在大眾媒介主導下的HY社區人群，就遠沒有如此幸運。

記錄2 —— HY社區居民TYH和LQ對各自緊張情緒的描述

(1) TYH，女，國營單位職員

「感覺自己承受的壓力挺多的，一直要面對各種各樣的問題。現在

很多事情也會幹擾我的心情，有時候想著孩子的就業問題，就特別的發愁，情緒就特別的低落，每當這個時候就感覺自己精神狀態特別的不好。有時候愁的都吃不下去飯。」

(2) LQ，男，政府公務員

「怎麼可能沒有壓力，雖然現在工作穩定了，但是還有很多事情要做，工作中領導給你佈置的任務你能不能較好的完成，孩子的上學問題，住房問題等等，有時候晚上想起來都睡不著覺。」

在HY社區的訪談裡，筆者發現居民們都不同程度地沉浸在緊張情緒裡，其中21-45歲的群體是因為住房、工作壓力、孩子教育等問題；46歲以上的群體是因為子女就業、婚姻和自身的健康問題等。

記錄3——HY社區居民TYH的自我健康敘述

2000年，家裡很多事情讓我很煩心，經常會生氣、發脾氣。過了一段時間，感覺身體不舒服，就去醫院做了「宮頸細胞學塗片」的檢查，當時檢查結果是子宮肌瘤。後來醫生診斷子宮肌瘤是多發性的，必須將子宮全切。以前我不知道，現在我就知道了，按照中醫的說法，女性經常發怒，脾氣不好，容易鬱結在子宮內，就容易得腫瘤。

HY社區屬新型社區，與DF這樣的傳統社區具有顯著區別的是，前者的鄰里關係鬆散、冷漠，無法似後者那樣形成守望相助的人際交往模式。他們不習慣通過現實中的鄰里聊天來解決屬於自己隱私範疇的問題。鄰里之間少有往來，使大眾媒介成為HY社區人群緩解緊張情緒的主要途徑。

處於情緒緊張狀態時，HY社區居民通過看電視、上網、吃零食等方式來緩解情緒，過於焦慮的生活壓力和緊張情緒不能通過人際傳播的方式進行疏通。然而，大眾媒介不能夠完全或有效地消釋鬱積在他們內心的壓力和不良情緒，導致居民們在遇到情緒緊張時不能夠以積極的心態面對，無限制地放大緊張情緒，給自己的生理與心理健康帶來負面影響。這也是HY社區居民普遍睡眠質量低乃至失眠的重要誘因。

III. 社會關係與醫療行為選擇

無論是DF社區還是HY社區的居民，都秉承著「小病自己治，大病上醫院」的醫療觀念。什麼是「小病」、什麼是「大病」? 大病是去「醫院」還是「診所」? DF和HY小區的居民對此都有各自的理解和選擇。DF社區居民認為「不能起身、臥病在床」的是大病，其餘狀況均為小病。HY社區居民依據疾病的持續時間和對身體的傷害程度來判斷「大病」或「小病」。患病之後，「社會關係」成為區別兩個社區人群醫療行為選擇的參考性指標。

對於「小病」的治療，DF社區人群採取兩種醫療行為方式：一是依據生活經驗自行診治；一是去社區附近的小型藥店諮詢藥師購買藥品。DF社區附近有3家小型藥店。社區人群患有他們無法自行治療的「小病」時，選擇去藥店諮詢自己熟悉的藥師來購買藥品。藥店的藥師選擇藥物時會考慮到他們的經濟承受能力。如果社區的患者在使用某種藥物後感覺病情得到好轉或者完全治癒，在下次遇到類似的疾病時，他們會購買相同的藥物。熟悉這類藥物的藥效和使用條件之後，他們就把這些經驗作為在鄰里之間進行健康傳播的內容。

「熟人介紹」是DF社區居民在身患「大病」時醫療選擇的依據，社會關係網絡與醫療選擇密切關聯。他們會盡力在自己的社會關係網絡中尋找認識的醫生。然而，DF社區居民的社會關係裡很少有醫生職業的「熟人」。因此，私人診所是他們首選的醫療途徑。DF社區附近有5家診所。社區居民往往選擇距離DF社區最遠的、步行有6、7分鐘路程的診所去就醫。即使在2011年的6-9月間，通往這家診所的馬路因為施工修建被封堵，需要繞行並且多花費十幾分鐘的路程時間，DF社區的大部分居民仍然選擇來這家診所就醫。

訪談員在實地調查中瞭解到，這家診所已經開業十餘年，最初是由一位何姓醫生坐診看病，因為醫術精湛，在DF社區及其附近地帶享有名氣。後來，何姓醫生被返聘到涼州醫院，他僱傭其他醫生坐診。其中有一位醫生在這家診所坐診近10年，對DF社區居民的身體健康狀況比較瞭解。對於DF社區經常就醫的人群而言，他們在這家診所裡可以很好地與醫生互動，在一種放鬆的狀態下敘述自己的病症。這位醫生會根據他們的實際健康狀況和經濟狀況選擇藥物，會在講解藥理的同時，與

患者商量是否能夠承受藥費，如果藥費過高，醫生就會選擇類似的藥物進行替代。如果在一段時間裡這些老人經濟拮据，診所會允許他們「賒欠」藥費，待生活有所好轉後再償還醫藥費。醫生與患者形成的良好醫患關係促使DF社區的居民對這家診所產生了依賴。

雖然DF社區裡的大部分人群會選擇如前述及的那家診所，但是也有一些住戶有其他的選擇：

記錄4——對DF社區LN女士醫療選擇的敘述

我病了會在榮華公司那一直看病(受訪者所指的地方距離DF社區步行需要十分鐘的路程)。也不是說這裡的醫生看的多好，主要是他是我兒子的朋友，我就覺得肯定不會騙人。這個醫生我也不清楚(醫術怎樣)，就是兒子認識就去他那看病。中醫、西醫他都看，可能36歲左右吧，也不知道開(診所)多久了，我們都在那看病。孫子有感冒就去他那看，還行吧。

對於DF社區的居民而言，因為診病的關係與醫生相互認識之後，會逐步形成比較固定的社會網絡關係。患病之後首先考慮的是去向自己經常接觸的醫生就診。即使身患重病需要去大型醫院就診，對於如何選擇醫生和確定治療方案等方面的選擇，他們仍然去諮詢自己比較信任的、屬他們自己社會網絡的醫生。

HY社區居民獲取健康信息的渠道較為多元，健康素養相對DF社區人群較高，對於疾病的認知較為清晰。對於常見的疾病，他們會選擇依據自己積累的經驗自行醫治。但是在治療疾病的過程中，他們會比較關注疾病的發展，如果發現異樣，會及時採取其他的措施治療。

在醫療選擇方面，HY社區居民認為遇到身體不適的情況傾向於去醫院進行治療。他們普遍認為，診所醫治疾病的種類有限，診所醫生的治療水平和醫療設備僅限於常見型疾病；醫院有相對完備的醫療設備，醫生接觸的病人更多，積累的醫療經驗也更為豐富。只有在罹患重症時，社會關係網絡才會對HY社區居民的醫療選擇產生影響。社區很多居民的親戚或朋友從事醫務工作，患重症的居民會向這些職業人士諮詢，根據他們的建議選擇相應的醫院進行治療。

表六 DF社區與HY社區健康維護項目對照表

社區	疾病觀念	常用藥物的選擇	健康維護消費
DF	常見病是「小病」；不常見的病是「大病」。	克感敏、土黴素、阿莫西林、速效傷風膠囊、安乃靜、雙魚兒鎮痛藥、藿香正氣水、白葡萄止咳片、小蘇打、四消丸、桔紅丸等	沒有真正意義的健康維護消費； 醫療費：100元以內/月·戶
HY	主要以病症的持續時間和對身體的傷害程度來辨別是「大病」或是「小病」。	白加黑感冒膠囊、康泰克、感康、頭孢、三九胃泰、健胃消食片、21金維他、排毒養顏膠囊等	主要為體檢和營養保健品消費； ①體檢費：200-1,000元/年·戶 ②營養保健品： 45歲以下：50-100元/月 46歲以上：強調食補，費用計入每月的飲食消費裡

資源來源：根據調查資料整理繪製

結果：傳播習性與健康傳播

通過在武威市HY社區和DF社區的參與觀察，筆者對不同人群的傳播習性有了進一步理解。人群的傳播習性與其社會經濟地位和文化價值觀念保持著深層次的聯繫。這種深層次的聯繫主要有兩個向度的延伸：一是不同群體的傳播習性在一定的客觀條件或文化社會環境中長期養成，是特定社會空間內在化和具體化的呈現；二是群體性的傳播習性會自發地激活與之相適應的實踐活動。DF和HY兩個社區人群貫穿於健康行為方面的傳統經驗和媒介經驗即是對其傳播習性的充分展現。

人際傳播與「地方性知識」

在DF社區的人口結構中，60歲以上的老人居總人數的70%以上。在他們身上積累和沉澱的醫療傳統形構了他們的健康經驗。「土方子」作為他們的醫療經驗，成為一種地方性知識。DF社區的老人都掌握一套自成體系的「土方子」，是祖輩沿用至今的驅病手段，主要針對的是常見病的治療，如感冒、咳嗽、牙疼、胃疼等。

「土方子」裡很少含有藥劑的成分，多取材於日常生活中隨手可得的果蔬作料，如香菜具有消毒作用、鹽水具有消腫作用等。2011年8月訪談者在DF社區實地調查時，正是當地一種名為「蚰蚰菜」的野菜長成的季節。社區裡60歲以上的女性會結伴去採集這種野菜。她們說，「我們小的時候，家裡的老人就告訴過我們，牛羊胃裡不舒服的時候就會找蚰蚰菜來吃。這種菜對胃有好處，還能治便秘」。她們把採集的「蚰蚰菜」焯熟後涼拌食用，認為可以「清腸胃的油」。

DF社區的W2女士在2011年的春季有失眠的現象。她沒有採取任何醫療手段，僅僅通過食用「棗」減輕了失眠症狀。

訪談1——DF社區婦女有關W2治療失眠的訪談記錄

DF-W2：我一直失眠，最近吃棗才好些。一覺能睡到早上六點多。

問：你吃了多久的棗？棗有助於睡眠的知識你從哪裡獲得？

DF-W2：這個麼，小小的時候就知道。上一輩人就一直這麼做，我們也就這麼做。棗補血養生大家都知道啊。……貴的東西我們也吃不起，棗兒也不貴，還能買的起。

問：一般怎麼吃棗啊？

DF-W2：我喜歡洗乾淨了直接吃。但是棗兒還是要熬一下，裡面的營養才能出來，人吃著更好，就是麻煩。

儘管現在醫療條件有所改善，他們仍然習慣於傳統的醫療方式，認為雖然見效慢，但是付出的經濟代價和對身體的副作用都要少許多。DF社區裡約52%的家戶是三代同居的家庭結構，家裡的中青年夫婦甚至於孫輩都會在日常生活中接觸到長輩傳授的保健常識和醫療經驗。對於中青年人而言，每月的收入不超過2000元，除了承擔家庭的日常開銷和孩子的教育費用之外，沒有多餘的現金來支付家庭成員的醫療開支。向長輩請教和學習傳統的醫療方式是他們能夠採取的最為廉價和有效的維護健康的辦法。DF社區的家戶都傳承自成體系的醫療常識。如感冒，可以劃分為熱性感冒、涼性感冒、停食感冒等等；根

據舌苔的黃白、血液的顏色、身體體表的冷熱來判斷身體的健康狀況等。得益於代際傳播的醫療經驗，DF社區的人群可以不去醫院就能治療自身的一些常見疾病，並取得比較好的效果。

在DF社區訪談會發現，成年女性對於現在較為普遍的「乳腺自查」等方法並不瞭解，也不知道如何做相關的保養，但是這個社區的乳腺增生或乳腺癌的發病率幾乎為零。社區裡60歲以上的女性對這一現象的解釋是：「我們小的時候只穿背心，到二十多歲才開始穿文胸。平日在家也很少穿。……前一陣聽人說二十幾歲的娃娃得乳腺增生，覺得吃驚，……這都是文胸戴的太早了。我的姑娘，她小的時候我就不讓她戴(文胸)，等長到17、8(歲)了才讓戴(文胸)的。」在DF社區裡，類似這樣通過代際傳播健康知識並影響健康行為的事例有很多。依靠代際傳承的醫療經驗傳統會在不自覺的狀態下塑造DF社區人群的健康認知和健康行為。

在代際傳播醫療經驗傳統的同時，社會關係網絡形塑的鄰里傳播模式也是DF社區人群進行醫療經驗交流的另一條途徑。它不斷豐富社區人群關於醫療選擇的「地方性知識」。如前所述，DF社區屬傳統社區，這種「傳統」更多地體現在鄰里交往模式。不論春夏秋冬，DF社區的人群總會在晚飯後聚集在巷口聊天，話題多是以日常的生活際遇為核心內容。如果有人說起自己頭痛、腰疼之類的話題，就會有旁人向他介紹自己曾經運用哪一種方式或者服用了哪一類藥物使病情有所好轉甚至恢復；被介紹者採取了同樣的醫療實踐之後感覺不錯，會繼續在下一次的聊天中提及這件事情，大家會就這次的醫療行為做進一步的交流。鄰里傳播的相互影響促使整體社區人群在不知不覺中對於健康維護形成近乎同質性的認知。

大眾傳播與媒介經驗

對於「土方子」的應用，HY社區的居民認為雖然可以取得較好的治療效果，但是缺乏科學依據。

記錄6—HY社區TYH對於「土方子」的觀點

背景：TYH，女性，55歲，事業單位職工

內容：對「土辦法」來說，可能有它存在的合理性，但是我們自己掌握的知識太少了，不能夠很好的理解，所以在生活中也很少用到。這些「土辦法」必須要在安全的係數上才可以使用。年輕插隊的時候，農村的老太太有很多土辦法，我沒有學會，象血治療感冒。放血療法在中醫上也是一種很好的辦法，就是掌握程度的問題不好把握。

傳統的醫療經驗已經極少被HY社區居民採用。形成這種局面的客觀原因是家庭結構的變遷。HY社區多是45歲以下的核心家庭，缺乏醫療經驗的代際傳播環境。從主觀原因來講，生活節奏的加快和現代醫療方式的深入，促使HY社區居民傾向於治療方式簡便、治療時間短、治療效果好的現代醫藥技術。傳統醫療方式因其操作過程繁複、療效慢，被HY社區的居民們棄用。

HY社區居民比較關注媒介傳播的健康信息，有意識的積累與自己相關的健康信息。如T女士為了治療她的「三高」病症，除了嚴格執行醫生的診療方案外，還通過報紙和電視來瞭解相關的「三高」治療信息。她會根據媒介傳播的健康信息重新調整自己的生活行為：看到報紙刊載的文章講吃山楂對治療「三高」疾病有幫助，就多食用山楂；電視播放的健康節目講「三高」患者要注意飲食清淡，她就改變自己「重口味」的飲食習慣。

表七 HY社區不同年齡階段人群的媒介選擇

年齡階段	21-35歲	35-50歲	51歲以上
媒介選擇	手機、網絡	電視、網絡、圖書期刊	電視、報紙、廣播

資料來源：根據調查資料整理繪製

及時獲取大眾傳播的健康信息並且積極參與，是HY社區人群健康實踐的特點。「乳腺自查」是近幾年來在國內廣泛推介的女性自測乳房健康的方法。通過大眾傳播，HY社區的中老年女性都積極響應這一健康活動。2007年，M女士在進行「乳腺自查」時，發現自己乳房有一個

粒米大小的疙瘩。在自行服用兩天消炎藥後仍不見效果的情況下，她立即到醫院進行檢查，結果是良性腫瘤。她的病症得到及時治療。

記錄7——HY社區BGJ先生接收電視傳播健康信息的敘述

《健康之路》節目播出很長時間了，主要是以「專家電視坐堂」的節目形式播出，辦的相當不錯。通過這個節目，我瞭解很多陌生的疾病，豐富了我的知識。在我們的這個年齡段，健康是最重要的事情。收看這些節目，我可以在平常的生活中預防這些疾病。而且這些節目邀請的都是知名的專家，信息的權威性較高。

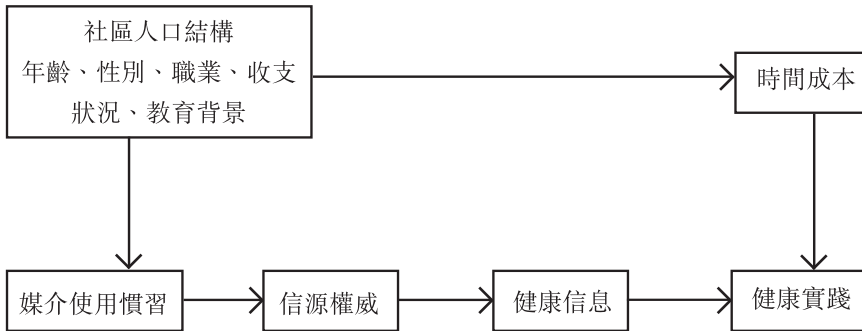
普適性的家庭醫療方法經由大眾傳播內化為HY社區居民的媒介經驗，成為他們維護健康、進行自我治療的重要依據。在獲取媒介經驗的過程中，社區居民注重健康信息的信源權威性，尤其是45歲以上的人群比較信任電視、廣播、報紙期刊等傳統媒介傳播的健康信息。

討論：兩種健康傳播模式的結構性要素

一種有效的健康傳播模式，必須考慮到各種制約性要素之間的次序及其相互關係，健康信息藉此在空間結構和時間序列上循序傳播。傳播習性內化了受眾接受健康信息的社會化過程，濃縮了受眾的外部社會地位、生存狀況，促使受眾融入到所屬群體的集體歷史和文化傳統之中。同時，這種社會化過程督促或制約受眾的健康實踐。因此，受眾學習和理解健康信息的行為與具體的社會空間彼此交織，影響健康傳播活動的實效性。

對西部地區小康型社區的群體實施健康傳播，「時間成本」、「信源權威」和「媒介使用慣習」是塑造這類健康傳播模式的結構性要素。它們對進入此類社會空間的健康信息進行篩選和分流，被特定的受眾群體接收和利用，健康信息有效地轉換為健康實踐。HY社區居民即是這類健康信息傳播的典型代表。

圖一 西部地區小康型社區健康傳播結構示意圖



以代際傳承的健康經驗和人際傳播的健康信息共同塑造的「地方性知識」，會同「經濟成本」和「人際傳播」，成為針對西部地區溫飽型社區人群健康傳播模式的結構性要素。這類健康傳播模式要注意兩個環節：一是考量健康信息付諸實踐的經濟成本，二是傳播人員必須深入現場對國家衛生政策和公共健康知識向特定受眾群體進行面對面的宣傳和講解。以DF社區的人群為例，健康經驗的代際傳承塑造他們的健康認知，這種健康認知又受到鄰里間人際傳播的健康經驗的補充，並且被相關的經濟成本規約之後，發生了具體的健康行為改變。因此，只有制定與特定人群具體生活經濟環境相適應的健康信息，採用專業人員面對面人際傳播的方式，是在西部地區溫飽型社區有效開展健康傳播的保障。

綜上所述，健康傳播是對不同社會群體獲取健康信息和應用健康信息的平衡狀態的呈現。它聚合了社區人群在長時段裡沿襲的生活慣習和行為模式。健康傳播可以被視作為由社會角色和群體性健康認知定義的受眾群體接收健康信息的結構過程。有效的健康傳播即是對特定人群的一套生活方式、行為模式和文化價值觀的整體性表達。

參考文獻

- Bailey, E. J. (2000). *Medical anthropology and African American health*. Westport, CT: Bergin and Garvey.
- Bailey, N. T. (1957). Operational research in hospital planning and design. *Operational Research in Quantitatively*, 8, 149–157.

- Brailsford, S., & Harper, P. (Eds). (2007). Special issue: Operational research in health. *The Journal of the Operational Research Society*, 58(1), 141–270.
- Chen, F., Yang, Y., & Liu, G. (2010). Social change and socioeconomic disparities in health over the life course in China: A cohort analysis. *American Sociological Review*, 75(1), 126–150.
- Christie-Mizell, A., Ida, A. K., & Keith, V. M. (2010). African Americans and physical health: The consequences of self-esteem and happiness. *Journal of Black Studies*, 40(6), 1189–1211.
- Corcoran, M. (1995). Rags to rags: Poverty and mobility in the U.S. *Annual Review of Sociology*, 21(3), 237–267.
- Cropper, S., & Forte, P. (Eds). (1997). *Enhancing health services management*. Buckingham: Open University Press.
- Haron, Y., Eisikovits, R., & Linn, S. (2004). Traditional beliefs concerning health and illness among members of the Circassian community in Israel. *Journal of Religion and Health*, 43(1), 59–72.
- Hughes, M., & Demo, D. H. (1989). Self-perceptions of Black Americans: Self-esteem and personal efficacy. *American Journal of Sociology*, 95(3), 132–159.
- Larsen, C. S. (2002). The lives and lifestyles of past people. *Journal of Archaeological Research*, 10(2), 119–166.
- Luck, G. M., Luckman, J., Smith, B. W., & Stringer, J. (1971). *Patients, hospitals, and operational research*. London: Tavistock.
- Mintz, S. W., & Du Bois, C. M. (2002). The anthropology of food and eating. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 99–119.
- Reddy, S. (2008). Health of tribal women and children: An interdisciplinary approach. *Indian Anthropologist*, 38(2), 61–74.
- Rosenhead, J. (1986). Custom and practice: Inaugural presidential address. *The Journal of the Operational Research Society*, 37(1), 335–343.
- Sahu, C. (1995) Food and health condition of the Birhor: A vanishing tribe of Bihar. *Indian Anthropologist*, 25(2), 13–24.
- Sjaak van der, G., Susan, R. W., & Anita, H. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, 25(2), 153–178.
- Vissers, J., & Beech, R. (Eds). (2005). *Health operations management*. London: Routledge.
- Walsh, M., & Hostick, T. (2005). Improving health care through community OR. *The Journal of the Operational Research Society*, 56(2), 193–201.
- Watson, S. D. (2001). Race, ethnicity, and quality of care: Inequalities and incentives. *American Journal of Law and Medicine*, 27(1), 203–334.

本文引用格式

關岳 (2015)。〈生活慣習、行為模式與健康傳播——以甘肅省武威市 DF 和 HY 社區為個案的比較研究〉。《傳播與社會學刊》，第 31 期，頁 95–122。