

## سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن

دکتر منصور ساعی<sup>✉</sup>، دکتر محمد حسینی مقدم\*، دکتر حسین بصیریان جهرمی\*\*

### چکیده

سواد سلامت به‌عنوان یک مسئله جهانی در قرن ۲۱ از اهمیت روزافزون برخوردار است. هدف از این مقاله، سنجش سطح سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن با تأکید بر رابطه آن با سواد رسانه‌ای بوده است. از این رو، به دلیل گستردگی و توزیع جامعه آماری مورد مطالعه در سطح شهر تهران، از روش پژوهش پیمایشی استفاده شده است. واحد تحلیل جامعه آماری این پژوهش «فرد»، قلمرو مکانی آن، شهروندان ساکن مناطق ۲۲ گانه تهران و قلمرو زمانی، سال ۱۳۹۷ بوده است. نمونه‌گیری بر مبنای «خوشه‌بندی ۱۰ گانه مناطق و محلات شهر تهران» صورت گرفته و حجم نمونه ۱۲۰۰ نفر بوده است. نتایج نشان می‌دهد که عوامل / متغیرهای چهارگانه فردی، جمعیت‌شناختی، اجتماعی و اطلاعاتی، در کنار متغیر سواد رسانه‌ای، در تعیین سطح سواد سلامت شهروندان نقش دارند. همچنین افزایش دسترسی رسانه‌ای و توان ارزیابی انتقادی که از عوامل مهم سواد رسانه‌ای هستند، بر توان ارتباطی شهروندان، افزایش ظرفیت آنان برای حفظ و پردازش اطلاعات سلامت و در نهایت، تقویت مهارت‌هایشان در به‌کارگیری فناوری‌های نوین اثرگذارند.

کلید واژه‌ها: سواد سلامت، شهروندان تهرانی، سواد رسانه‌ای، عوامل اجتماعی، عوامل فردی

---

✉ نویسنده مسئول: دکترای علوم ارتباطات، استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

Email: m.saei@ihcs.ac.ir

\* دکترای فرهنگ و ارتباطات، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی

\*\* دکترای علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی

تاریخ دریافت: ۹۸/۵/۲۲ پذیرش نهایی: ۹۸/۷/۱

DOI: 10.22082/CR.2019.112855.1908

## مقدمه

در دوران کنونی، به دلیل نقش مؤثر سلامت در توسعه پایدار اجتماعی و اقتصادی جوامع، مفهوم «سواد سلامت» به‌عنوان یک مسئله مهم جهانی مورد توجه قرار گرفته است (ناتبیم<sup>۱</sup> و کیکبوش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰)؛ تا جایی که سازمان سلامت جهانی در گزارشی، «سواد سلامت» را از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت برشمرده است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). همچنین سواد سلامت، به‌عنوان یک مسئله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده و پژوهش‌های صورت گرفته نیز نشان داده است که سواد سلامت اندک، نمایانگر یک مانع اساسی بر سر راه آموزش بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است (ویلیام<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). از سویی، مطالعات مختلف دیگر مؤید این واقعیت است که بین سواد سلامت و پیامدهای نادرست آن، رابطه وجود دارد. به این معنا که هرچه دانش در زمینه شرایط و موقعیت‌های بهداشتی، ضعیف‌تر باشد، استفاده از خدمات پیشگیری‌کننده نیز کمتر خواهد بود (دبلیو.اچ.سی.ای<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). در کشور ایران بر مبنای نتایج یک پژوهش ملی (در مناطق شهری و روستایی)، در سال ۱۳۹۳ میانگین سطح سواد سلامت کشور ۲۹ درصد بوده است (نکوئی مقدم و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج این پژوهش زمانی از اهمیت برخوردار می‌شود که آن را با آمار ۹۳ درصدی افراد باسواد عمومی و همچنین ضریب نفوذ بالای رادیو، تلویزیون، اینترنت و رسانه‌های اجتماعی جدید در ایران مقایسه کنیم.

با توجه به توسعه همه‌جانبه تهران به‌عنوان پایتخت ایران، نیاز به برنامه‌ای مدون برای سلامت شهری ضروری به نظر می‌رسد. برنامه‌ریزی برای اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی رفتارهای سالم و ایمن، ارتقای موقعیت‌های مختلف برای زندگی شهری، مشارکت دولت در برنامه‌های سلامت شهری و ایجاد دسترسی بیشتر و بهتر مردم به خدمات سلامتی و اجتماعی، می‌تواند از جمله برنامه‌هایی باشد که برنامه‌ریزان شهری باید برای بهبود و ارتقای کیفیت زندگی شهری در نظر بگیرند. در واقع سیاستگذاری،

1. Nutbeam

2. Kickbusch

3. World Health Organization (WHO)

4. Williams

5. WHCA

هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های درست و هدفمند در حوزه سلامت و بهداشت در کلان‌شهر تهران به‌عنوان پایتخت ایران، نیازمند سنجش وضع موجود سواد سلامت شهروندان است. زیرا با شناخت وضع موجود می‌توان به ارزیابی دقیق از آمار و اطلاعات مورد اعتماد برای برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی دست یافت تا با چشم‌اندازی روشن برای آموزش هدفمند، فرهنگ‌سازی، افزایش و ارتقای سطح سلامت و در نهایت، کیفیت زندگی اقدام کرد (خسروی و همکاران، ۱۳۹۴).

حال مسئله حایز اهمیت این است که تهران به‌عنوان یک کلان‌شهر، در سال‌های اخیر، شاهد رشد جمعیتی فزاینده‌ای بوده است و در عین حال، در مورد وضعیت و سطح سواد سلامت شهروندان اطلاع دقیقی در دست نیست. در چنین تراکم جمعیتی، توجه به مقوله ارتقای سلامت و بهداشت عمومی، به‌ویژه سواد سلامت، یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده سلامت شهری به شمار می‌رود. به همین اعتبار، شایسته است که مسئولان شهری ضمن آگاهی و شناخت سواد سلامت و سواد رسانه - سلامت شهروندان، فرصت‌های بسیاری را برای ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم آورند.

در مجموع، با توجه به اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت در کیفیت زندگی و ارتقای سلامت مردم در سطح شهر تهران، هدف مقاله حاضر، سنجش سطح سواد سلامت شهروندان تهرانی بوده است. به این ترتیب، پرسش اصلی مقاله این است که وضعیت سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن چگونه است؟ همچنین راهکارهای ارتقای سواد سلامت شهروندان کدام‌اند؟

بررسی و شناخت سطح سواد سلامت شهروندان، به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حوزه سلامت شهری کمک می‌کند تا راهکارهای مناسب و مداخلات مؤثر برای یکسان‌سازی سطح سلامت در مناطق و محلات شهر تهران طراحی و تدوین شود.

### پرسش‌های پژوهش

۱. وضعیت سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن چگونه است؟
۲. راهکارهای مناسب برای افزایش سواد سلامت شهروندان کدام‌اند؟

### پیشینه پژوهش

بر اساس یافته‌های کنتر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای ملی، با عنوان «ارزیابی ملی سواد سلامت بزرگسالان در ایالات متحده آمریکا»، درصد کمی از افراد کم‌سواد، نسبت به افراد دارای سواد سلامت پایه، متوسط و کافی، اطلاعات‌شان را درباره سلامت، از منابع نوشتاری (روزنامه‌ها، مجله‌ها، کتاب‌ها یا بروشورها و اینترنت) به دست می‌آورند در حالی که بیشتر افراد دارای سطح سواد سلامت متوسط و کافی، عمده اطلاعات‌شان را در مورد سلامت از رادیو، و تلویزیون دریافت می‌کنند.

ویتن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهشی درباره «آموزش آنلاین بهداشت برای افراد باسواد سلامت پایین، ارزیابی وب سایت دیابت و شما»، نشان دادند کاربرانی که مشغول سایت و علاقه‌مند به آن بودند، دانسته‌هایشان درباره دیابت و خطرات آن افزایش یافته بود. شین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز در پژوهش خود با عنوان «سواد سلامت و رابطه آن با استفاده از منابع اطلاعات و موانع جستجوی اطلاعات در کلینیک زنان باردار» نشان دادند که مشارکت کنندگان باسواد پایین، کمتر از اینترنت استفاده می‌کنند و موانع خودکارآمدی در مقایسه با کسانی دارند که سواد سلامت بالایی داشته‌اند. مداخلات برای ارتقای مهارت‌های جستجوی اطلاعات سلامت و دسترسی به اینترنت برای زنان باسواد سلامت پایین، از نتایج این مطالعه بوده است. دانل<sup>۴</sup> و هافمن گوئتز<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) نیز به بررسی «سواد سلامت و بحث‌های سلامت در میان زنان سیاهپوست امریکای شمالی» پرداختند. با توجه به این نکته که در دنیای امروز، زنان به‌طور فزاینده‌ای از اینترنت برای جستجوی اطلاعات سلامت استفاده می‌کنند، این مطالعه پایلوت استفاده از چت روم‌ها را به‌عنوان منبع بالقوه ارتقای سلامت برای زنان رنگین پوست بررسی کرده است. دو چت روم در امریکای شمالی در فاصله زمانی ۲۰۰۲-۲۰۰۳ و ۲۰۰۴-۲۰۰۵ مورد تحلیل محتوای کیفی قرار گرفتند؛ نتایج نشان داد که چت روم‌ها اطلاعاتی برای ارتقای سلامت و حمایت اجتماعی در سطوح خوانش توصیه شده ارائه می‌دهند و گویای جهت‌گیری مجدد خدمات ارتقای سلامت هستند.

1. Kutner

2. Whitten

3. Shien

4. Donelle

5. Hoffman-Goetz

در ایران نیز مطالعات مربوط به سواد سلامت همانند دیگر کشورهای جهان از قدمت چندانی برخوردار نیست. تهرانی بنی هاشمی و همکاران (۱۳۸۶)، مطالعه‌ای را با عنوان «سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن» انجام داده‌اند که به‌طور کلی، نتایج آن نشان می‌دهد؛ سواد سلامت مردم در استان‌های مورد بررسی پایین است. سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت دارد و پایین‌تر بودن سواد سلامت در زنان، در گروه‌های سنی بالاتر و ساکنان روستا، به‌طور عمده مربوط به پایین‌تر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌هاست.

علی‌پور (۱۳۹۱) به بررسی «نقش برنامه‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون در سلامت جسمانی و روانی پیامگیران» پرداخته است. وی اشاره کرده است؛ یکی از مهم‌ترین کارکردهای رسانه، آموزش و آگاهی‌دهی به‌منظور بالا بردن دانش سلامت مخاطبان است، رسانه‌ای چون تلویزیون، می‌تواند به‌عنوان یک ابزار قدرتمند در ارائه اطلاعات واقعی و آموزش بهداشت و سلامت، به تغییر نگرش‌ها و متعاقب آن، رفتارهای سالم منجر شود. برنامه‌های بهداشتی و پزشکی به‌عنوان یک راهبرد کلیدی برای اطلاع‌رسانی به عموم، پیرامون نگرانی‌های آنان نسبت به مسائل بهداشت و سلامت شناخته می‌شوند. با توجه به این مهم، آنچه در این پژوهش مورد توجه قرار دارد، پرداختن به نقش رسانه تلویزیون در سلامت جسمی و روانی مخاطبان، با هدف اصلی پرداختن به تأثیر برنامه‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون بر سلامت جسمی و روانی زنان خانه‌دار، به‌عنوان یکی از که بخش‌های مهم و تأثیرگذار جامعه، همچنین بررسی میزان استفاده و رضامندی مادران از این برنامه‌هاست.

مطالعه عباسی (۱۳۹۲) در خصوص «رابطه سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان در استفاده از اینترنت: از دیدگاه دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران» نشان داده است که سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان متوسط است. بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت، رابطه وجود دارد در حالی که بین جنسیت و سواد رسانه‌ای، همچنین بین جنسیت و سواد سلامت رابطه‌ای دیده نمی‌شود. بین میزان سواد رسانه‌ای و میزان استفاده از اطلاعات سلامت اینترنت رابطه برقرار است.

چهری و همکاران (۱۳۹۴)، به «بررسی میزان سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش‌دبستانی» پرداخته‌اند. نتایج نشان داده است والدینی که در منزل کتاب مراقبت از کودک دارند دارای سواد سلامت بالاتری هستند و کسانی که از اینترنت برای جستجوی اطلاعات بهداشتی استفاده می‌کنند، نسبت به سایر روش‌های سنتی جستجوی اطلاعات از سواد سلامت بالاتری برخوردارند. با افزایش سطح تحصیلات والدین، سواد سلامت بالاتر می‌رود. داشتن کتاب‌های مرتبط، مراقبت و پرورش کودکان در منزل و جستجو برای کسب اطلاعات صحیح، نه تنها نشان‌دهنده احساس مسئولیت، بلکه حاکی از سواد سلامت بالاتر است.

سالمی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «تلویزیون و ارتباطات سلامت»، به این نتیجه رسیده است که از منظر انگیزه‌بخشی، هیچ‌گفتمان واحدی بر برنامه‌های سلامت‌محور سیما حاکم نیست. همچنین از منظر تعامل با مخاطب، راه‌های ارتباطی مخاطبان با برنامه‌های سلامت‌محور سیما به پیامک، تلفن و وبگاه برنامه محدود شده است؛ از این رو، در سال‌های اخیر، رسانه‌های اجتماعی، بستر در دسترس و سریع‌تری برای تبادل نظر با برنامه‌سازان و مجریان تلقی می‌شوند. در واقع فناوری‌های جدید، به مدد ارتباطات سلامت آمده‌اند اما تلویزیون نسبت به آنها بی‌توجه یا کم‌توجه است.

### ادبیات نظری پژوهش و تعریف مفاهیم

هم‌اکنون سواد سلامت به‌عنوان مسئله‌ای جهانی در قرن بیست و یکم معرفی شده است. در خصوص این مفهوم تعاریف مختلفی ارائه شده است که در زیر به بررسی آنها می‌پردازیم.

- سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه‌ای است که برای تصمیم‌گیری در حوزه سلامت لازم است (بوهلمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).
- سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً

---

1. Bohlman

به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (سوهیتا<sup>۱</sup> و لنارد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). این تعریف بیانگر، تعریف سواد پایه سلامت است.

• توانایی افراد در انجام وظایف پایه‌ای خواندن و شمارش مورد نیاز برای عملکرد در محیط مراقبت و سلامت

• توانایی برای دسترسی، درک، ارزیابی و ارتباط اطلاعات به‌عنوان راهی برای ترویج، حفظ و بهبود سلامت در انواع تنظیمات در سراسر دوره زندگی

• بیانگر طیفی از مهارت‌ها و منابع مرتبط با توانایی پردازش اطلاعات مرتبط با سلامت

• سواد سلامت، ظرفیت افراد برای به دست آوردن، تفسیر و درک محصولات و خدمات اطلاعات سلامت و صلاحیت استفاده از این اطلاعات و خدمات در روش‌هایی است که سلامت را ارتقا می‌بخشد.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در مکزیک، سواد سلامت را به‌عنوان مهارت‌هایی شناختی و اجتماعی معرفی کرد که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات به طریقی هستند که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها خواهد شد. در این کنفرانس بیان شد که سواد سلامت را نه فقط به‌عنوان یک ویژگی و مشخصه فردی بلکه به‌عنوان یک تعیین‌کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت باید در نظر گرفت (رئیس و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۷۰).

با بررسی و تحلیل این تعاریف می‌توان اذعان کرد که در صورت دسترسی آسان مردم به اطلاعات بهداشتی و افزایش توانایی آنان در به کار بردن مؤثر این اطلاعات، سواد سلامت کلید توانمندسازی مردم خواهد بود. این برداشت، بازتابی از عناصر تعریف سواد انتقادی است که پیش‌تر به آن اشاره شد؛ همچنین به‌طور قابل‌توجهی، محتوای آموزش بهداشت و ارتباطات را می‌گستراند. سواد سلامت، هر دو نفع فردی و اجتماعی را در برمی‌گیرد؛ ضمن آنکه تعریفی عمیق از روش‌های ارتباطات و آموزش را شامل می‌شود. منظور از «محتوا»، تلاش‌هایی است که در راه اصلاح دانش، درک و ظرفیت عملکرد افراد صورت می‌گیرد، نه تنها با هدف تغییر سبک زندگی فردی و یا

استفاده از خدمات بهداشتی، بلکه برای افزایش آگاهی‌های اجتماعی، اقتصادی و توجه به عوامل محیطی که به همین دلیل، مبتنی بر ارتقای فعالیت‌های فردی و اجتماعی است. در چنین تعریفی، مفهوم منفعت سلامت، حاکی از آن است که این امر نه تنها به‌عنوان یک منبع شخصی منجر به نفع فردی می‌شود (مانند انتخاب سبک زندگی سالم‌تر یا استفاده از خدمات بهداشتی در دسترس)، بلکه مبین دستیابی به سطح بالاتر سواد سلامت از بعد اجتماعی است (برای مثال، مشارکت و تعاون از طریق توانمندسازی در عمل اجتماعی مؤثر برای سلامتی و مشارکت در گسترش ظرفیت اجتماعی). به این ترتیب، به نظر می‌رسد که سواد سلامت، وابسته به سطوح پایه‌ای سواد و پیشرفت شناختی (سواد تعاملی و انتقادی) است و یکی از مؤلفه‌های مهم در اتخاذ تصمیمات مناسب و صحیح بهداشتی تلقی می‌شود.

### تعیین‌کننده‌های سواد سلامت

«سواد سلامت» به‌عنوان مفهومی جدید در مطالعات و پژوهش‌های حوزه سلامت، از ۳۰ سال قبل، یعنی از حدود سال ۱۹۷۰ مورد استفاده قرار گرفته است. بر اساس مطالعات صورت گرفته در مرکز راهبردهای مراقبت سلامتی امریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک (کم سواد) اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده از سوی متخصصان سلامتی را کمتر درک می‌کنند و به دستورات داده شده توجه چندانی ندارند؛ به همین دلیل نیز وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آنان بیشتر است (بارکر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)، همچنین در مهارت‌های خود مراقبتی، ضعیف عمل می‌کنند (فرگوسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸)، مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (اسکات<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) و در نتیجه، هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند (هووارد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

در ادامه، برخی از مدل‌های نظری و مفهومی را که پژوهشگران برجسته حوزه سواد

1. Baker

2. Ferguson

3. Scott

4. Howard



سلامت در مطالعات خود ارائه کرده اند و در آن به توصیف و تبیین عوامل و متغیرهای مرتبط با سواد سلامت پرداخته‌اند، بررسی خواهیم کرد.

بیکر، از پژوهشگران برجسته حوزه سواد سلامت، در مدل مفهومی خود، به تبیین رابطه بین «ظرفیت‌های فردی مرتبط با مهارت سواد (روان‌خوانی متن و دانش قبلی)»، «میزان پیچیدگی پیام‌های حاوی اطلاعات سلامت مکتوب و شفاهی» و عوامل دیگری همچون «موانع فرهنگی هنجاری» پرداخته است (ترجمه ناییب، ۱۳۷۷).

«پاشه ارولو و ولف»<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) یک مدل مفهومی را برای تبیین و توصیف روابط سواد سلامت ناکافی و پیامدهای بهداشتی و سلامت پیشنهاد داده‌اند که بر اساس آن، سواد سلامت، متأثر از ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی (سن، زبان، فرهنگ، قومیت، نژاد، سطح تحصیل و آموزش، شغل، درآمد و حمایت اجتماعی) همچنین توانایی‌های شناختی و فیزیکی (مهارت‌های چهارگانه ارتباطی، حافظه، استدلال) است که در عین حال، خود از تعیین‌کننده‌های مهم پیامدهای بهداشتی و سلامت هستند.

مک کورمک<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) چارچوبی مفهومی را برای سواد سلامت فردی ارائه داده است که نشان می‌دهد سواد سلامت در سطح فردی چگونه عمل می‌کند، وی اذعان دارد که عواملی بیرون از فرد، از جمله خانواده، محیط، جامعه، فرهنگ و رسانه، همه روابط متغیرها را در مدل تحت تأثیر قرار می‌دهند. این چارچوب دارای ۴ عنصر اولیه است: ۱) محرک‌های مرتبط با سلامت (بروشورهای آموزشی، گفتگو با پزشک)؛ ۲) عواملی که بر توسعه و استفاده از مهارت‌های سواد سلامت تأثیر می‌گذارند، مانند ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی، منابع، دانش قبلی و قابلیت‌ها؛ ۳) مهارت‌های سواد سلامت نیاز به درک محرک‌ها و اجرای مأموریت و وظیفه دارند و ۴) میانجی‌های فردی بین سواد سلامت و پیامدهای بهداشتی شامل انگیزش، نگرش‌ها، هیجانات و خودکارآمدی هستند. همچنین پیامدهای مرتبط با سلامت، شامل رفتار و وضعیت است. در این مدل، شاخص‌های متغیرها به صورت زیر تعریف شده‌اند:

1. Paasche-Orlow wolf

2. McCormak

- \* جمعیت‌شناختی: سن، قومیت، نژاد و جنسیت
- \* محرک‌های مرتبط با سلامت: بروشورهای آموزشی، گفتگو با پزشک
- \* منابع: شغل، اشتغال، درآمد، حمایت اجتماعی، فرهنگ، زبان، آموزش، ادبیات
- \* دانش قبلی: واژه‌شناسی (دایره واژگان)، دانش مفهومی در حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی - سلامت

- \* قابلیت‌ها: دیدن، شنیدن، توانایی کلامی، حافظه، استدلال، پردازش، شناختی
- \* میانجی‌های فرد/بیمار: رسانه، انگیزش، خودکارآمدی، درک پیامد/رفتار، نگرش به پیامد یا رفتار، راهبرد کنار آمدن/حمایت اجتماعی، هیجانات، تمایل رفتاری، اعتماد به اطلاعات/منابع/محرک‌ها، مهارت تصمیم‌گیری، تقدیرگرایی، دانش تصمیم‌گیری

### نسبت سواد سلامت و سواد رسانه‌ای

دانی لوین زمیر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای با عنوان «سواد رسانه‌ای سلامت<sup>۲</sup>» به ارائه چارچوبی مفهومی برای تبیین دو حوزه سواد سلامت و سواد رسانه‌ای پرداخته‌اند. آنان با اشاره به نتایج پژوهش‌های حوزه سلامت می‌نویسند: بزرگسالان و جوانان اوقات بسیاری را با رسانه‌های مختلف سپری می‌کنند و به عبارتی، مصرف رسانه‌ای آنان افزایش یافته است. البته رسانه‌ها به‌طور هم‌زمان، هم دارای تأثیرات مثبت و هم دارای تأثیرات منفی در حوزه سلامت‌اند. اثرات منفی و خطرناک رسانه‌ها، شامل بازنمایی و تقویت خشونت، رفتارهای پرخطر جنسی، چاقی، ناخشنودی از ظاهر یا بدن، اختلال در تغذیه، سیگار کشیدن و مصرف الکل است اما تأثیرات مثبت آنها در ارتقای سلامت، شامل ارائه اطلاعات سلامت، ارتقای هنجارها و سبک زندگی سلامت‌محور، همچنین اجرای کمپین‌هایی برای کاهش رفتارهای پرخطر می‌شود.

سواد سلامت و سواد رسانه‌ای، دو مفهوم به‌هم‌پیوسته‌اند. سواد سلامت در واژه‌نامه سازمان جهانی بهداشت به این صورت تعریف شده است: توسعه آن دسته از مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد برای دسترسی به

1. D. Levin-Zamir

2. Media Health Literacy (MHL)

اطلاعات و استفاده از آنها به شیوه‌ای است که موجب حفظ و ارتقای سلامت می‌شود. به دلیل بهبود دسترسی افراد به اطلاعات سلامت و ظرفیت آنها برای استفاده مؤثر، سواد سلامت انباشتی افراد، ضروری و حیاتی است. این تعریف، علاوه بر جنبه‌های کاربردی سواد سلامت، تعیین‌کننده‌های «سلامت» و «سواد» را نیز در برمی‌گیرد. لوین زمیر و همکاران (۲۰۱۱) در توصیف ابعاد سواد سلامت به «مدل سه‌بعدی سواد سلامت «ناتییم» اشاره می‌کنند:

۱. عملیاتی: انتقال اطلاعات درست در مورد خدمات و مخاطرات سلامت
  ۲. انتقادی: تدوین اطلاعات در زمینه تعیین‌کننده‌های سلامت و فرصت‌های اقدام به منظور تغییر مستقیم
  ۳. تعاملی: فرصت‌هایی برای تغییر مستقیم در سطح فردی
- این سطوح بر کاربرد اطلاعات با هدف حفظ و ارتقای سلامت متمرکز شده‌اند. سواد سلامت عملکردی، بر ارتباطات اطلاع‌محور، سواد سلامت انتقادی، بر توان‌بخشی‌های فردی و اجتماعی و سواد سلامت تعاملی، بر توسعه مهارت‌های ارتباطی که محیط پشتیبان را برای سلامت تقویت می‌کند، تأکید دارد (همان، ۲۰۱۱).
- اما «سواد رسانه‌ای»<sup>۱</sup> به عنوان توانایی و قدرت دسترسی، تحلیل، ارزیابی و انتقال اطلاعات و پیام‌های ارتباطی - رسانه‌ای که می‌توان آنها را در چارچوب‌های مختلف چاپی و غیر چاپی عرضه کرد، تعریف شده است (هابز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). همان‌گونه که سواد سستی، شامل مهارت‌های خواندن و نوشتن است، سواد رسانه‌ای نیز توانایی‌ها و مهارت‌های خواندن یا رمزگشایی (درک)، همچنین نوشتن یا رمزگذاری (خلق، طرح و تولید) را شامل می‌شود. مفهوم سواد رسانه‌ای از سطح شناخت و درک صرف می‌گذرد و سطح بالاتری از توانمندی‌های تفکر منتقدانه، پرسش، تجزیه و تحلیل و ارزیابی را دربر می‌گیرد. به این ترتیب، فردی که از سواد رسانه‌ای برخوردار است، ضمن کسب توانایی‌های لازم برای زیر سؤال بردن صحت اطلاعاتی که از تلویزیون یا رسانه‌های مولتی‌مدیا دریافت می‌کند، واکنش و تفکر نقادانه‌ای نسبت به آنها دارد. این

1. media literacy

2. Hobbs

توانمندی‌ها، مخاطب رسانه را از وضعیت مصرف‌کننده منفعل درمی‌آورند و به مصرف‌کننده نقاد و تحلیلگر ارتقا می‌دهند (سواد رسانه‌ای گرچه واکنش فردی را نسبت به رسانه‌ها تعریف می‌کند، هنوز به‌عنوان یک واکنش فعال مرتبط با موضوع سلامت مورد بررسی قرار نگرفته است). به نظر می‌رسد که پژوهش‌های حوزه سواد سلامت نیز همچون مطالعات سواد رسانه‌ای، به توصیف و تحلیل چگونگی تفسیر بزرگسالان از محتواهای سلامت‌محور رسانه‌های جمعی نپرداخته‌اند. از این رو، نیاز به یک چارچوب مفهومی نوین برای پیوند حوزه‌های سواد، سلامت بزرگسالان، رفتارهای بهداشتی (سلامت) و رسانه به‌خوبی احساس می‌شود. این چارچوب مفهومی پایه‌ای برای یک سنجش تجربی معتبر، به‌منظور دستیابی به متغیرهای شناختی، نگرشی و رفتاری است که واکنش‌های مخاطبان را نسبت به محتوای صریح و تلویحی رسانه‌ها در مورد سلامت توصیف کند (همان: ۲۵).

لویین زمیر و همکاران برای پیوند دو حوزه «سواد سلامت» و «سواد رسانه‌ای» به ابداع مفهوم «سواد رسانه - سلامت» اقدام کرده‌اند. مفهوم یاد شده بر این فرض استوار است که افراد به لحاظ فکری و رفتاری از قابلیت کنترل تعیین‌کننده‌های مؤثر بر سلامتشان برخوردار هستند. در واقع می‌توان گفت، برخلاف اطلاعات و محتوای مرتبط با سلامت که به‌صورت هدفمند از سوی نظام سلامت تولید می‌شود، محتوای رسانه‌ها می‌تواند به‌صورت تلویحی یا غیرمستقیم، هم موجب ارتقای سلامت و هم تهدیدکننده سلامت باشد. پژوهشگران با الهام از مدل سواد سلامت ناتیم، سواد سلامت رسانه‌ای را به‌عنوان یک پیوستار شامل؛ توانایی شناسایی محتوای مرتبط با سلامت و بهداشت (صریح و تلویحی) در رسانه‌ها، تشخیص تأثیرات آن محتوا بر رفتار سلامت (قابل مقایسه با سواد سلامت عملکردی)؛ تحلیل انتقادی محتوا (قابل مقایسه با سواد سلامت انتقادی) و بیان تمایل به واکنش عملی (رفتار بهداشتی یا سلامت فردی یا دفاع و استدلال - قابل مقایسه با سواد سلامت تعاملی) مفهوم‌سازی کرده‌اند. بنابراین، سنجه یا مقیاس پیشنهادی سواد سلامت رسانه‌ای شامل ۴ مقوله ارائه شده است:

#### 1. Media Health Literacy (MHL)

شناسایی<sup>۱</sup>: یعنی شناسایی و تشخیص اولیه پیام‌های سلامت موجود در محتوای رسانه‌ها، از سوی مخاطبانی (بزرگسالانی) که در معرض پیام قرار گرفته‌اند (پیام یا محتوای برنامه‌ای که مشاهده کردید، چیست؟).

تأثیر<sup>۲</sup>: آگاهی مخاطبان از تأثیر بالقوه پیام‌های رسانه‌ای بر رفتار بهداشتی - سلامتی (آیا فکر می‌کنید که دیدن محتوای رسانه‌ها بر رفتار شما یا فرزندانتان تأثیر می‌گذارد؟).  
تحلیل انتقادی<sup>۳</sup>: تحلیل انتقادی پیام‌ها که از طریق خوانش فردی محتوای دیده شده بیان می‌شود (آیا شما با پیام یا محتوای این برنامه موافق هستید؟).

کنش / واکنش<sup>۴</sup>: اعلام آمادگی و تمایل برای در پیش گرفتن کنش فردی و اجتماعی (دفاع و حمایت) به‌عنوان اثربخشی و پیامد رفتاری محتوای مرتبط با سلامت ارائه شده در رسانه‌ها (واکنش و رفتار شما نسبت به این برنامه چیست؟ الف) اقدام خاصی انجام نمی‌دهم، ب) برنامه‌ای برای تغییر یا تقویت رفتار فردی‌ام ندارم و ج) برنامه‌ای برای واکنش جمعی دارم).

با اذعان به اینکه رابطه بین رسانه و مخاطبان باید دوسویه باشد، مطالعات رسانه‌ای، تأثیرات بالقوه رسانه‌ها را بر دانش و آگاهی، نگرش و رفتار مخاطبان بررسی می‌کنند. نتایج نشان می‌دهند که مخاطبان از طریق انتخاب محتوا و گفتگو درباره آن، فرایند معنی‌سازی، مقاومت و مخالفت با پیام‌ها و ساخت پیام رسانه‌ای، فعالانه از رسانه‌ها استفاده می‌کنند. در شرایطی که تلویزیون، چشم‌انداز رسانه‌های امروزی را دگرگون کرده است، مخاطبان جوان نه تنها از طریق ذائقه، سلیقه و ترجیحاتشان، بلکه از طریق کم‌رنگ کردن مرزهای بین تولیدکنندگان و مخاطبان رسانه‌های جمعی در رسانه‌های نوین، بر محتوا تأثیر می‌گذارند.

لوین زمیر و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای، به توصیف و سنجش «سواد رسانه‌ای سلامت» به ترتیبی پرداخته‌اند که در چارچوب مفهومی زیر نشان داده شده است. در این چارچوب مفهومی، سواد رسانه‌ای سلامت، تحت تأثیر «ویژگی‌های فردی و جمعیت شناختی بزرگسالان (سن، جنسیت، آموزش، وضعیت زندگی، قومیت، طبقه

1. identification

2. influence

3. critical analysis

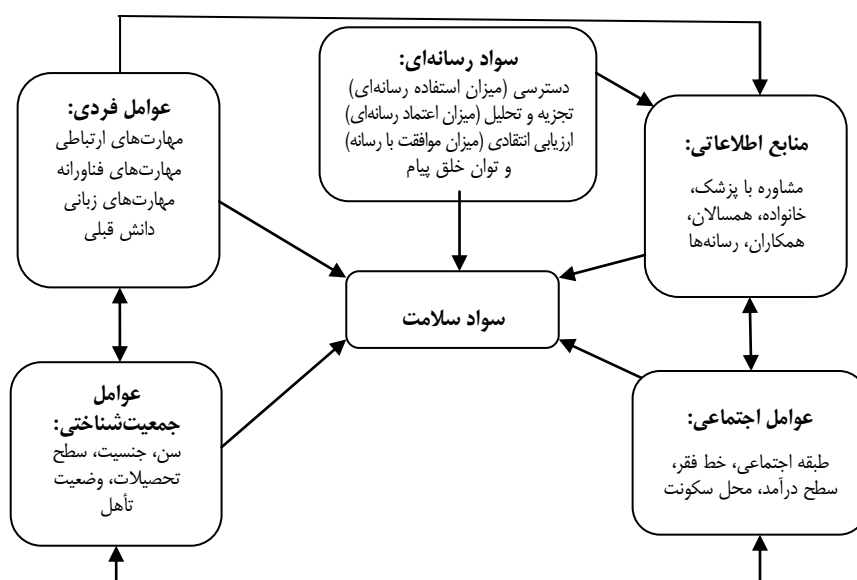
4. action/ reaction

اجتماعی- اقتصادی و وضعیت سلامت) قرار دارد. همچنین «وضعیت سلامت گزارش شده افراد» به عنوان یک عامل مستقل تأثیرگذار بر رفتار سلامت مدنظر قرار گرفته که به صورت بالقوه بر «رفتار یا عادت جستجوی رسانه‌ای» و «سواد رسانه‌ای سلامت» تأثیر می‌گذارد. در این چارچوب، «منابع فردی - رسانه‌ای مرتبط با اطلاعات بهداشتی و سلامت» به منظور روشن کردن نقش سواد سلامت رسانه‌ای در زمینه گسترده منابع اطلاعات سلامت (معلمان، اعضای خانواده - والدین و خواهران و برادران - متخصصان سلامت، دوستان و رسانه‌های جمعی) مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

### مدل مفهومی مبتنی بر مبانی نظری و پیشینه تجربی

بر مبنای مبانی نظری و پیشینه تجربی می‌توان به ترسیم مدل مفهومی این پژوهش پرداخت. بر مبنای این مدل می‌توان گفت که سواد سلامت در میان جمعیت‌های شهری تحت تأثیر ۵ دسته از عوامل و متغیرهای مختلفی چون عوامل فردی، عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل اجتماعی- محیطی، منابع اطلاعاتی و سواد رسانه‌ای قرار دارد.

#### نمودار ۱. مدل مفهومی سواد سلامت و رابطه آن با عوامل پنجگانه



### روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش، به دلیل گستردگی و توزیع جامعه آماری مورد مطالعه در سطح شهر تهران، از روش پیمایشی برای سنجش سواد سلامت شهروندان استفاده شده است. واحد تحلیل جامعه آماری «فرد» است و قلمرو مکانی آن را تهران و شهروندان ساکن مناطق ۲۲گانه این شهر تشکیل می‌دهند. قلمرو زمانی پژوهش، سال ۱۳۹۷ و شیوه نمونه‌گیری بر مبنای «خوشه‌بندی ۱۰ گانه مناطق و محلات شهر تهران» بوده است. حجم نمونه نیز ۱۲۰۰ نفر را شامل شده که بعد از اجرای پژوهش و جمع‌آوری اطلاعات، به دلیل حذف ۱۹ پرسشنامه ناقص و مخدوش، به ۱۱۸۱ نفر کاهش یافته است.

در این پژوهش از دو پرسشنامه استاندارد و محقق‌ساخته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. در جمع‌آوری داده‌های مربوط به سواد سلامت، پرسشنامه منتظری و همکاران (۱۳۹۳)، که با بررسی مدل‌ها و پرسشنامه‌های استاندارد جهانی، تدوین و بومی‌سازی شده، مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه با ۳۳ گویه در ۵ حیطه از روایی سازه و پایایی برخوردار است. برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به عوامل مؤثر بر سواد سلامت نیز، پرسشنامه محقق‌ساخته به کار گرفته شد. برای تحلیل اطلاعات، ابتدا به شرح و آماده‌سازی داده‌های لازم برای آزمون فرضیه‌ها، دوم، تحلیل روابط میان متغیرها و سوم، مقایسه نتایج مشاهده شده با نتایجی که فرضیه‌ها انتظار داشتند، پرداخته شد (جردن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). برای رسیدن به این منظور نیز پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، بازبینی، کنترل و پردازش آنها صورت گرفت و سپس کدگذاری آغاز شد تا کار تحلیل آسان‌تر شود. با پایان گرفتن کار کدگذاری، به تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس نسخه ۱۹ اقدام شد و با توجه به نوع متغیر و روابط آنها با یکدیگر، مبتنی بر فرضیه‌های پژوهش، انواع آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد استفاده قرار گرفت.

---

1. Jordan

## یافته‌های پژوهش

### الف) یافته‌های توصیفی

#### سیمای پاسخگویان

در سطح توصیفی، بررسی جنسیت پاسخگویان نشان می‌دهد که از میان ۱۱۸۱ نفر پاسخگو، ۵۰٫۴ درصد (معادل ۵۹۵ نفر) مرد و ۴۹٫۶ درصد (معادل ۵۸۶ نفر) زن بوده‌اند که از این لحاظ، تقریباً سهم برابری در پرسشگری پژوهش داشته‌اند. همچنین میانگین سنی پاسخگویان ۳۹٫۹۸ یعنی حدود ۴۰ سال بوده است؛ داده‌های به دست آمده در این خصوص نشان می‌دهند که ۱۸٫۱ درصد از پاسخگویان زیر ۲۰ سال، ۲۰٫۱ درصد بین ۲۱ تا ۳۱ سال، ۲۲٫۲ درصد بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۵٫۸ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال، ۱۲٫۷ درصد بین ۵۱ تا ۶۰ سال و در نهایت ۱۱٫۲ درصد بالای ۶۰ سال سن داشته‌اند. داده‌های مربوط به درصد تجمعی نیز حاکی از آنند که عمده پاسخگویان (معادل ۷۶٫۱ درصد از آنها) زیر ۵۰ سال سن دارند. همچنین وضعیت اهل پاسخگویان گویای آن است که ۳۲۷ نفر معادل با ۲۸٫۱ درصد از پاسخگویان، مجرد، ۸۱۳ نفر معادل با ۶۹٫۹ درصد، متجاهل و ۲ درصد باقی‌مانده، مطلقه یا بیوه بوده‌اند. داده‌های مربوط به تحصیلات فردی دارای طیفی از متوسطه تا ارشد و بالاتر هستند و در ۵ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. بر این اساس ۳۲۵ نفر معادل ۲۸٫۲ درصد، دارای مدرک متوسطه، ۳۷۸ نفر معادل ۳۲٫۸ درصد دیپلم، ۷۹ نفر معادل ۶٫۸ درصد کاردانی، ۲۵۲ نفر معادل ۲۱٫۸ درصد کارشناسی و ۱۲۰ نفر معادل ۱۰٫۴ درصد، کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. در این قسمت، توصیفی کلی از وضعیت سواد سلامت در جامعه ارائه شده است.

#### وضعیت سواد سلامت

با توجه به نتایج به دست آمده از پیمایش، پاسخگویان در سه دسته ضعیف، متوسط و قوی از لحاظ سطح سواد سلامت طبقه‌بندی شدند. نتایج حاکی از این بود که ۱۹٫۲۲ درصد از پاسخگویان در سطح پایینی از سواد سلامت و ۷۸٫۴ درصد در سطح متوسطی از سواد



## سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن ❖ ۱۲۹

سلامت قرار دارند؛ به این ترتیب، فقط ۲,۴ درصد از پاسخگویان دارای سطح بالایی از سواد سلامت هستند. میانگین کلی سواد سلامت ۱,۸۳ از ۵ با انحراف معیار ۰,۴۳ برای کل پاسخگویان محاسبه شد. با نگاه به میانگین و نیز درصد تجمعی می توان مشاهده کرد که بیشتر پاسخگویان (۹۷,۶۳ درصد) در سطح متوسط و متوسط به پایینی از سواد سلامت قرار دارند. برای تفکیک و دقت بیشتر، با عنایت به این مطلب که در پژوهش های پیشین غیر از سطح متوسط، بالا و پایین، سواد به صورت کافی، ناکافی و مرزی تعریف شده است، جدول ۲، تقسیم بندی پنج سطحی از سواد سلامت را نیز ارائه داده است.

### جدول ۱. توصیف کلی از وضعیت سواد سلامت در جامعه مورد مطالعه

سواد سلامت	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
ضعیف	۲۲۷	۱۹/۲	۱/۸۳۱۵	۰/۴۳۳۲۳
متوسط	۹۲۶	۷۸/۴		
قوی	۲۸	۲/۴		
کل	۱۱۸۱	۱۰۰		

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود ۴۵ درصد پاسخگویان، سطح سواد سلامت پایین و ناکافی (زیر مرز سواد) داشته اند و عموم پاسخگویان (۴۹,۲ درصد) بر روی مرز سواد قرار دارند. بار دیگر، برای مقایسه پذیری نتایج با پژوهش های پیشین، داده ها بین بازه صفر تا صد کدبندی شدند، تا بتوان میانگین سطح کلی سواد سلامت در شهر تهران را بر اساس درصد نیز محاسبه کرد.

### جدول ۲. تقسیم بندی پنج سطحی از سواد سلامت

سواد سلامت	فراوانی	درصد	درصد معتبر	میانگین	انحراف معیار
پایین	۱۶	۱/۴	۱/۳۵	۲/۵۹۶۱	۰/۶۲۳۲۴
ناکافی	۵۱۵	۴۳/۶	۴۳/۶۱		
مرزی	۵۸۱	۴۹/۲	۴۹/۲		
کافی	۶۸	۵/۸	۵/۷۶		
بالا	۱	۰/۱	۰/۰۸		
مجموع	۱۱۸۱	۱۰۰	۱۰۰		

### سواد رسانه‌ای و شاخص‌ها / مهارت‌های چهارگانه

متغیر سواد رسانه‌ای، از دیگر متغیرهای مستقل این پژوهش بود که برای آن، شاخص‌های دسترسی (میزان استفاده رسانه‌ای)، تجزیه و تحلیل (میزان اعتماد رسانه‌ای)، ارزیابی انتقادی (میزان موافقت با رسانه) و توان خلق پیام تعریف شدند. آنچه در ادامه می‌آید، توصیفی از مقادیر به دست آمده از پاسخگویان برای هر یک از مهارت‌هایی است که ذیل سواد رسانه‌ای تعریف می‌شوند. این نکته نیز شایان توجه است که در مورد هر یک از این مهارت‌ها همچون موارد قبل، پاسخگویان در سه سطح ضعیف، متوسط و قوی طبقه‌بندی شده‌اند. جدول‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ به ترتیب، مهارت‌های دسترسی به رسانه (استفاده رسانه‌ای)، تجزیه و تحلیل (اعتماد رسانه‌ای)، ارزیابی انتقادی (موافقت با رسانه) و خلق پیام رسانه‌ای را نشان می‌دهند.

با توجه به نتایج به دست آمده از پیمایش، در مورد مهارت دسترسی به رسانه‌ها، ۹ درصد پاسخگویان دارای سطح دسترسی پایین، ۳، ۷۱ درصد دارای سطح دسترسی متوسط و ۱۹، ۷ درصد دارای سطح دسترسی بالا به رسانه‌ها بوده‌اند. میانگین به دست آمده برای این مهارت ۲، ۱ از ۵ با انحراف معیار ۰، ۵ بود. با نگاهی به میانگین و نیز درصد‌های تجمعی می‌توان نتیجه گرفت که عموم پاسخگویان، در سطح متوسط و متوسط به بالا از لحاظ مهارت دسترسی به رسانه‌ها یا همان استفاده رسانه‌ای قرار دارند؛ نتیجه‌ای که با توجه به رشد روزافزون استفاده از رسانه‌های موبایل - واسط چندان دور از انتظار نیست.

**جدول ۳. مهارت دسترسی به رسانه (استفاده رسانه‌ای)**

مهارت	فراوانی	درصد معتبر	میانگین	انحراف معیار
کم	۱۰۶	۹	۲/۱۰۷۵	۰/۵۲۵۰۹
متوسط	۸۴۲	۷۱/۳		
زیاد	۲۳۳	۱۹/۷		
کل	۱۱۸۱	۱۰۰		

## سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن ❖ ۱۳۱

بر اساس داده‌های به دست آمده از پیمایش مشخص شد که ۲,۶ درصد از پاسخگویان دارای مهارت پایین در تجزیه و تحلیل اطلاعات دریافتی از رسانه‌ها هستند. ۸۰,۹ درصد در سطح متوسط و ۱۶,۴ درصد در سطح بالای تجزیه و تحلیل مطالب رسانه‌ای قرار دارند. میانگین کلی به دست آمده برای این مهارت ۲,۱۳ با انحراف معیار ۰,۴ بوده است. با نگاهی به میانگین و درصدهای تجمعی می‌توان مشاهده کرد که عموم پاسخگویان در سطح مهارت متوسط و متوسط به بالا در تجزیه و تحلیل رسانه‌ها قرار دارند؛ از آنجای که تجزیه و تحلیل بر مبنای اعتماد کردن یا نکردن یک طرفه به اطلاعات رسانه‌ها سنجیده می‌شود، می‌توان چنین استدلال کرد که پاسخگویان عموماً (به طور متوسط و متوسط به بالا) مطالب منتشر شده از طریق رسانه‌ها را با دیگر منابع نیز مقایسه می‌کنند. این مطلب با توجه به کاهش اعتماد رسانه‌ای در ایران، طی سال‌های اخیر چندان غیرقابل پیش‌بینی نیست.

### جدول ۴. مهارت تجزیه و تحلیل (اعتماد رسانه‌ای)

مهارت	فراوانی	درصد	درصد معتبر	میانگین	انحراف معیار
کم	۳۱	۲/۶	۲/۶	۲/۱۳۸۰	۰/۴۱۴۲۶
متوسط	۹۵۶	۸۰/۹	۸۰/۹		
زیاد	۱۹۴	۱۶/۴	۱۶/۴		
کل	۱۱۸۱	۱۰۰	۱۰۰		

بر اساس نتایج به دست آمده از پیمایش، ۱,۹ درصد از پاسخگویان دارای سطح پایینی از مهارت ارزیابی انتقادی بوده‌اند، ۹۷,۷ درصد سطح متوسطی از این مهارت را ثبت کرده‌اند و تنها ۰,۳۴ درصد در سطح بالایی از مهارت ارزیابی انتقادی قرار داشته‌اند. میانگین کلی به دست آمده برای این مهارت، ۱,۹۸ با انحراف معیار ۰,۱ بوده است. همچنین با نگاهی به میانگین و نیز درصدهای تجمعی می‌توان مشاهده کرد که عموم پاسخگویان (با پراکندگی بسیار کم) در سطح متوسطی از ارزیابی انتقادی قرار داشته‌اند. این مطلب تا حد زیادی، با مهارت قبلی هم‌راستا است. به این معنا که در مورد

میزان موافقت با محتوای توزیع شده از طریق رسانه‌ها نیز سطح متوسطی از موافقت مشاهده می‌شود و این به‌نوعی، نشان‌دهنده این مطلب است که پاسخگویان به دلیل کاهش اعتماد رسانه‌ای مایل‌اند که محتوای فراهم شده از طریق یک رسانه را با دیگر رسانه‌ها نیز بسنجند (البته در سطح متوسط).

#### جدول ۵. مهارت ارزیابی انتقادی (موافقت با رسانه)

مهارت	فراوانی	درصد	درصد معتبر	میانگین	انحراف معیار
پایین	۲۳	۱/۹	۱/۹۵	۱/۹۸۳۹	۰/۱۵۰۴۱
متوسط	۱۱۵۴	۹۷/۷	۹۷/۷۱		
بالا	۴	۰/۳	۰/۳۴		
کل	۱۱۸۱	۱۰۰	۱۰۰		

آخرین مورد از موارد مطرح شده ذیل مفهوم سواد رسانه‌ای، توان خلق پیام در رسانه‌هاست. نتایج پیمایش نشان می‌دهد که ۵۰,۵ درصد از پاسخگویان، در سطح پایینی از توان تولید پیام رسانه‌ای قرار دارند. ۱۸,۲ درصد از آنها در سطح متوسط و ۳۱,۳ درصد دیگر در سطح بالایی از لحاظ توان تولید پیام و محتوا در رسانه‌ها قرار می‌گیرند. میانگین مشاهده شده برای این مورد ۱,۸ با انحراف معیار ۰,۸۸ بوده است. با مشاهده میانگین و نیز درصدهای تجمعی می‌توان مشاهده کرد که عموم پاسخگویان در سطح پایین و متوسط به پایین از لحاظ توان تولید پیام و محتوا قرار دارند و به‌نوعی، بیشتر مصرف‌کننده پیام رسانه‌ها هستند تا اینکه در این فرایند چرخش پیام مشارکت داشته باشند. با این حال با توجه به درصد پایین ثبت‌شده برای دسته متوسط و نیز با نگاه به انحراف معیار می‌توان مشاهده کرد که پاسخگویان به دودسته کلی قابل تقسیم‌اند؛ کسانی که ابراز کرده‌اند در خلق پیام رسانه‌ای توان پایینی دارند و کسانی که ابراز کرده‌اند در خلق پیام رسانه‌ای از توان بالایی برخوردارند. این مطلب با مشاهدات پژوهشگر و به‌طور قطع، دیگر پژوهشگران ارتباطات هم‌راستا است که افراد یا در فرایند تولید پیام توانا هستند و یا ناتوان؛ به‌طور معمول نیز حجیم بودن سطح متوسط کمتر تجربه می‌شود.

جدول ۶. مهارت خلق پیام رسانه‌ای

مهارت	فراوانی	درصد معتبر	میانگین	انحراف معیار
کم	۵۷۵	۵۰/۵	۱/۸۰۸۶	۰/۸۸۴۴۹
متوسط	۲۰۷	۱۸/۲		
زیاد	۳۵۷	۳۱/۳		
کل	۱۱۸۱	۱۰۰		

#### جمع‌بندی متغیرهای سواد رسانه‌ای

با نگاهی به مؤلفه‌های مختلف سواد رسانه‌ای می‌توان نشان داد که در میان پاسخگویان به ترتیب، تجزیه و تحلیل، دسترسی، ارزیابی انتقادی و در نهایت، توانایی خلق پیام بیشترین و کمترین میزان را داشته‌اند. البته بررسی رابطه هر یک از این موارد و قدرت تأثیرگذاری آنها بر میزان کاهش یا افزایش سطح سواد سلامت در ادامه، در قسمت مربوط به رابطه‌سنجی‌ها، مورد بحث قرار خواهد گرفت.

#### ب) آمار استنباطی و روابط میان متغیرها

##### ۱. سواد سلامت و عوامل جمعیت‌شناختی / متغیرهای زمینه‌ای

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون در سطح (۰/۰۱) بین متغیرهای سواد سلامت با درآمد و سن رابطه معنی‌داری وجود دارد. برای مشاهده رابطه دو متغیر فوق که در سطح فاصله‌ای - نسبی اندازه‌گیری شده‌اند، از آزمون پیرسون استفاده شده است. نتایج آزمون نشان می‌دهد که جهت رابطه در مورد این متغیرها منفی است؛ به این معنا که بین سواد سلامت با میزان درآمد و نیز سواد سلامت با سن، رابطه معکوس برقرار است. در مورد متغیر سن، نتیجه به دست آمده تا حد زیادی واضح است. نسل جوان در مقایسه با نسلی که سن بالاتری دارد، از اطلاعات بیشتری در مورد مسائل مربوط به بهداشت و سلامت برخوردار است؛ دلیل این مطلب

نیز می‌تواند دسترسی به منابع اطلاعاتی بیشتر در نسل جوان‌تر باشد. در مورد متغیر درآمد به این دلیل که تبیین چرایی معکوس بودن رابطه به‌تنهایی امکان‌پذیر نیست، در ادامه، این متغیر در ترکیب با متغیرهای دیگر زمینه‌ای یعنی سطح سواد، نوع شغل و میزان درآمد، به‌صورت متغیر جدیدی به نام پایگاه اجتماعی معرفی شده است. در مورد سایر متغیرهای زمینه‌ای نیز که در سطح اسمی قرار دارند، در ادامه، از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه آنووا (ANOVA) برای محاسبه نوع رابطه آنها با متغیر سواد سلامت استفاده شده است که نتایج مربوط در جدول ۸ آمده است.

**جدول ۷. میزان همبستگی سواد سلامت و متغیرهای زمینه‌ای**

متغیرهای زمینه‌ای	سواد سلامت
درآمد	Pearson correlation
	-۰/۳۱۲
	Sig. (2-tailed)
سن	Pearson correlation
	-۰/۲۱۹
	Sig. (2-tailed)
N	۱۱۳۶
N	۱۱۸۰

با توجه به نتایج آزمون، میان متغیر جنسیت و سواد سلامت، رابطه معنی‌داری یافت نشد؛ به این معنا که می‌توان گفت جنسیت، نقشی اثرگذار بر تفاوت سواد سلامت ایفا نمی‌کند و بین جنسیت‌های مختلف، اختلافی از نظر سطح سواد سلامت وجود ندارد.

**جدول ۸. میزان همبستگی سواد سلامت و جنسیت**

Sig.	F	Mean square	Df	Sum of squares	رابطه با سواد سلامت
۰/۹۹۸	۰/۶۲۷	۰/۱۶۲	۹۹	۱۶/۰۴۳	Between groups
		۰/۲۵۸	۱۰۸۱	۲۷۹/۱۹۰	Within groups
			۱۱۸۰	۲۹۵/۲۳۳	total

## ۲. سواد سلامت و عوامل / پایگاه اجتماعی

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون همبستگی، رابطه معنی‌داری در سطح (۰,۰۱) بین متغیرهای سواد سلامت و پایگاه اجتماعی وجود دارد. شدت این رابطه زیاد و جهت آن، مثبت است؛ به این معنا که با بالاتر رفتن پایگاه اجتماعی، سطح سواد سلامت نیز افزایش می‌یابد. برای وضوح بیشتر، رابطه پایگاه اجتماعی با سواد سلامت در سطوح خردتر این متغیرها نیز سنجیده شده است. نخست، پایگاه اجتماعی به سه طبقه بالا، متوسط و پایین تقسیم شد تا نسبت سواد سلامت در هر طبقه به تفکیک مشخص شود.

با توجه به نتایج به دست آمده، میانگین کلی سطح سواد سلامت به ترتیب، در طبقه بالا، متوسط و پایین ۷۹,۴۴، ۶۷,۴۵ و ۶۱,۹۲ (از ۲۱۲) بوده است که بر این اساس می‌توان گفت؛ سطح سواد سلامت در هر سه پایگاه اجتماعی ذکر شده کمتر از متوسط بوده اما در عین حال، با افزایش پایگاه اجتماعی افزایش می‌یابد.

در گام بعد، به جای تفکیک متغیر مستقل، یعنی پایگاه اجتماعی، متغیر وابسته یعنی سواد سلامت، به مهارت‌های تعریف‌شده برای آن تفکیک شد تا رابطه پایگاه اجتماعی با هر یک از این شاخص‌ها مشخص شود و از این رهگذر بتوان تعیین کرد که پایگاه اجتماعی، بیشترین رابطه را با کدام یک از متغیرهای سواد سلامت داشته است.

## جدول ۹. میزان همبستگی سواد سلامت با عوامل / پایگاه اجتماعی

پایگاه اجتماعی	میانگین سواد	فراوانی	انحراف معیار
بالا	۷۹/۴۴	۵۵۴	۱۹/۳۰
متوسط	۶۷/۴۵	۴۱۰	۱۵/۳۷
پایین	۶۱/۹۲	۱۴۶	۱۵/۴۴
کل	۷۲/۷۱	۱۱۱۰	۱۸/۷۷

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان نشان داد که بیشترین میزان رابطه همبستگی، بین مهارت تصمیم‌گیری و پایگاه اجتماعی و کمترین میزان رابطه، بین مهارت دسترسی و پایگاه اجتماعی بوده است. این نتایج، منطبق همبستگی بین پایگاه

اجتماعی و سواد سلامت را با جزئیات بیشتری نشان می‌دهد. به طبع، دسترسی طبقات مختلف اجتماع به اطلاعات سلامت، با توجه به توان دسترسی تقریباً برابر همه طبقات اجتماعی به رسانه‌های مختلف، عاملی است که کمترین میزان اثرگذاری را باید داشته باشد اما مهم، نوع استفاده طبقات مختلف جامعه از اطلاعات سلامت کسب شده است که خود را در مهارت تصمیم‌گیری نشان می‌دهد. افراد متعلق به پایگاه اجتماعی بالاتر در تصمیم‌گیری درباره این اطلاعات بهتر عمل می‌کنند.

#### جدول ۱۰. میزان همبستگی پایگاه اجتماعی و مهارت‌های سواد سلامت

مهارت تصمیم	مهارت ارزیابی	مهارت فهم	مهارت دسترسی	مهارت خواندن	
۰/۳۴۶	۰/۳۳۹	۰/۳۰۶	۰/۱۳۹	۰/۳۱۸	پایگاه اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری
۱۱۸۱	۱۱۸۱	۱۱۸۱	۱۱۸۱	۱۱۸۱	فراوانی

#### ۳. سواد سلامت و عوامل فردی

همان‌طور که گفته شد، عوامل فردی شامل؛ مهارت‌های حفظ و پردازش اطلاعات، ارتباط با دیگران، استفاده از فناوری‌های نوین و در نهایت، آگاهی نسبت به زبان‌های بیگانه یا همان مهارت زبانی هستند. جدول ۱۱، رابطه این مهارت‌ها را با سواد سلامت نشان می‌دهد.

#### جدول ۱۱. میزان همبستگی سواد سلامت با عوامل فردی

مهارت زبانی	استفاده از فناوری	مهارت ارتباط	ظرفیت پردازش	
۰/۳۶۸	۰/۵۳۴	۰/۳۳۹	۰/۴۵۹	سواد سلامت
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری
۱۱۷۸	۱۱۸۱	۱۱۸۱	۱۱۷۳	فراوانی



## سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن ❖ ۱۳۷

همان‌طور که در جدول ۱۱ می‌توان مشاهده کرد، در سطح احتمال خطای (۰/۰۱) میان شاخص سواد سلامت و همه مهارت‌های فردی، رابطه معناداری وجود دارد. جهت این رابطه، مثبت است؛ به این معنا که افزایش مهارت فردی در هر یک از حوزه‌های ذکر شده، با افزایش سطح سواد سلامت هم - تغییری منظمی دارد. شدیدترین میزان اثرگذاری را نیز مهارت استفاده و کاربرد فناوری‌های نوین داشته است که اهمیت و اثرگذاری این رسانه‌ها را در انتقال اقسام مختلف اطلاعات از جمله اطلاعات مربوط به حوزه سلامت نشان می‌دهد. در ادامه نیز در قسمت مربوط به تحلیل رگرسیونی، نشان خواهیم داد که بالاترین بتا مربوط به مهارت استفاده از فناوری‌های نوین ارتباطی است که تغییر در آن، بیشترین میزان تغییر را بر متغیر وابسته؛ یعنی سطح سواد سلامت ایجاد می‌کند.

### ۴. سواد سلامت و سواد رسانه‌ای

بر اساس داده‌های به‌دست آمده از پیمایش در سطح (۰/۰۱) میان سواد رسانه‌ای و همه مهارت‌های مربوط به سواد سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد.

### جدول ۱۲. میزان همبستگی سواد سلامت با مهارت‌های چهارگانه سواد رسانه‌ای

دسترسی	تجزیه و تحلیل	ارزیابی انتقادی	خلق پیام	
۰/۳۰۳	۰/۰۵۲	۰/۱۹۲	۰/۳۷۳	سواد سلامت
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری
۱۱۸۱	۱۱۸۱	۱۱۸۱	۱۱۳۹	فراوانی

درواقع با نگاهی به این مهارت‌ها، می‌توان دید که بیشترین میزان همبستگی، متعلق به مهارت خلق پیام است که کمترین میزان فراوانی ثبت شده را در جمعیت مورد بررسی داشته است. پس از آن، مهارت دسترسی و در نهایت، مهارت ارزیابی انتقادی قرار دارند. این داده‌ها با توجه به کلیت داده‌های به‌دست آمده از پژوهش مبنی بر وجود سطح متوسط به پایین از سواد سلامت منطقی ارائه شده‌اند. مهارت‌های خلق و

دسترسی که دارای بالاترین میزان همبستگی با سواد سلامت هستند، کمترین میزان فراوانی را در جامعه دارند. در قسمت مربوط به تحلیل رگرسیون، نقش هر یک از این عوامل در کنار یکدیگر آمده و تفسیری از چرایی شکل‌گیری این حالت ارائه شده است.

### تحلیل رگرسیونی

نتایج حاصل از رگرسیون، یعنی ضرایب متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد:

از بین یازده متغیر مورد بررسی که در تحلیل رگرسیونی وارد شده‌اند، متغیرهای مربوط به پایگاه اجتماعی، سن، جنس، مهارت ارتباطی، مهارت استفاده از فناوری‌های نوین، ظرفیت پردازش و حفظ اطلاعات، دسترسی رسانه و قدرت ارزیابی انتقادی، در ترکیب با یکدیگر رابطه معنی‌داری با متغیر وابسته، یعنی سواد سلامت دارند؛ به این معنا که تغییر در این موارد می‌تواند به صورت مستقیم، موجب تغییر در مقدار سواد سلامت شود. ذکر این نکته الزامی است که در بررسی رگرسیونی، متغیرها در کنار هم دیده می‌شوند و به همین دلیل، با وجود اینکه طی انجام رگرسیون تحلیل همبستگی نیز صورت می‌گیرد، برخی از مواردی که در مثال‌های قبل، دارای همبستگی بوده‌اند، در اینجا ممکن است همبستگی را در ترکیب با دیگر متغیرها نداشته باشند. مثال این مطلب، مهارت خلق پیام است که در تحلیل همبستگی رابطه معنی‌داری داشت ولی در اینجا، معنی‌دار نیست. برعکس این مورد برای جنسیت صادق است چنان‌که می‌توان نشان داد وقتی متغیرهای مربوط به سواد رسانه‌ای و مهارت‌های فردی نیز اضافه می‌شوند، زن بودن به طرز معنی‌داری، با افزایش سواد سلامت رابطه پیدا می‌کند. یعنی زنان برخوردار از سطح برابری از مهارت‌های فردی و سواد رسانه‌ای بر اساس داده‌های حاصل از پیمایش، دارای سطح بالاتری از سواد سلامت بوده‌اند که البته ضریب بتا در این مورد ناچیز است.

در مورد بقیه متغیرها، همان رابطه‌ای که در سنجش همبستگی آنها مشاهده شد، در

اینجا نیز دیده می‌شود؛ با این تفاوت جزئی که در مورد متغیر سن، رابطه معکوسی که اشاره شد، در ترکیب با دیگر متغیرها شدت بیشتری پیدا کرده است؛ یعنی بر اساس داده‌های به دست آمده از پیمایش، جوانان در شرایط برابر مهارت فردی و سواد رسانه‌ای از سطح سواد بالاتری برخوردارند و این، علاوه بر همبستگی ذکر شده بین جوان بودن و بالاتر بودن سطح سواد سلامت است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، سنجش و ارزیابی سواد سلامت شهروندانی تهرانی و عوامل مؤثر بر آن بوده است. نتایج این پیمایش از ۱۲۰۰ نفر از شهروندان نشان داد که در کلان‌شهر تهران، شهروندان از سواد سلامت «سطح متوسط و متوسط به پایین» برخوردار هستند؛ به این معنا که عموم پاسخگویان دارای مهارت متوسط و کمتر از متوسط در زمینه «مهارت خواندن اطلاعات و محتواهای سلامت‌محور، مهارت دسترسی به اطلاعات حوزه سلامت، مهارت فهم اطلاعات سلامت، مهارت ارزیابی اطلاعات سلامت و در نهایت، مهارت تصمیم‌گیری در مورد اطلاعات مربوط به سلامت بوده‌اند. از لحاظ رتبه‌بندی این مهارت‌ها در پاسخگویان نیز، می‌توان گفت که مقایسه میانگین‌های به دست آمده برای ۵ مهارت مربوط به سواد سلامت نشان می‌دهد؛ به ترتیب، کمترین میزان مهارت، مربوط به تصمیم‌گیری، دسترسی، فهم، خواندن و در نهایت، ارزیابی بوده است. در واقع، نتایج حاکی از آن است که بیشترین مشکل سواد سلامت در میان شهروندان، مربوط به مهارت تصمیم‌گیری در مورد اطلاعات سلامت است و پاسخگویان با اینکه در ارزیابی اطلاعات سلامت مشکل چندانی ثبت نکرده‌اند، در مرحله اتخاذ تصمیم در مورد اطلاعات با مشکل روبه‌رو هستند. می‌توان اذعان داشت که فقر سواد سلامت شهروندان می‌تواند به افزایش هزینه‌های درمانی بیمارهای مختلف جسمی و روانی همچنین کاهش رفتارهای پیشگیرانه در آینده بینجامد. به این معنا که بر اثر فقر سواد سلامت، بخش مهمی از بودجه‌های دولتی و درآمد شهروندان

صرف درمان یا کنترل بیماری و ناتوانی‌هایی خواهد شد که علاوه بر افزایش هزینه‌های سلامت خانوار و دولت، کاهش توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی جامعه را در پی خواهد داشت.

در مورد رابطه سواد سلامت با متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی نیز، نتایج پیمایش نشان می‌دهد که بین سن و سطح سواد سلامت رابطه معکوس برقرار است. پاسخگویان دارای سن بالاتر، سطح سواد پایین‌تری را نسبت به پاسخگویان دارای سن پایین‌تر ثبت کرده‌اند. همچنین، هرچند در مورد متغیر وضعیت اهل تفاوت و رابطه معناداری گزارش نشده، اما بین میزان تحصیلات و سطح سواد سلامت رابطه مثبت و معناداری دیده می‌شود. به این ترتیب، مشخص شد که میانگین سواد سلامت با بالا رفتن سطح تحصیلات افزایش می‌یابد. در این میان، ۴۵ درصد افرادی که دوره تحصیلی متوسطه را نگذرانده بودند، از نظر سواد سلامت، کم‌سواد ارزیابی شدند. در واقع تحصیلات دانشگاهی، تأثیر مهمی بر شهروندان برای جستجوی اطلاعات سلامت از طریق منابع مختلف میان فردی و منابع رسانه‌ای، همچنین جدی گرفتن، به‌کارگیری و عملیاتی سازی توصیه‌های بهداشتی داشته است. نتایج مطالعه شین و همکاران (۲۰۰۹) نیز با نتایج پژوهش حاضر که بر اساس آن، مشارکت‌کنندگان باسواد عمومی پایین، کمتر از منابع اطلاعاتی برای جستجوی اطلاعات سلامت استفاده می‌کنند، همخوان است.

همچنین در مورد متغیر جنسیت نیز بین جنس مرد و زن از لحاظ میزان سواد سلامت اختلاف مشاهده شد. بر اساس داده‌های به‌دست آمده از پیمایش، سطح سواد سلامت در زنان بالاتر از مردان است. این اختلاف چندان زیاد نیست با این حال، با مشاهدات عمومی از جامعه ایرانی، ناسازگاری ندارد چراکه عموماً زنان نسبت به اطلاعات مربوط به سلامت حساس‌تر و پیگیرتر هستند. از سوی دیگر، نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه عباسی (۱۳۹۲) همخوان است به این معنا که هرچه میزان سواد رسانه‌ای بیشتر می‌شود، میزان جستجو و به‌کارگیری اطلاعات سلامت در اینترنت

نیز افزایش می‌یابد. در واقع می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین کارکردهای رسانه، آموزش و آگاهی بخشی با هدف بالا بردن دانش سلامت مخاطبان است، رسانه‌های مختلف جمعی و اجتماعی می‌توانند به‌عنوان یک ابزار قدرتمند در ارائه اطلاعات واقعی و آموزش بهداشت و سلامت، به تغییر نگرش‌ها و متعاقب آن رفتارهای سالم منجر شوند. اما جستجوی اطلاعات صحیح و موثق از طریق رسانه‌ها و ارزیابی انتقادی دقیق به‌منظور تعیین صحت و سقم آنها، مستلزم تقویت مهارت سواد رسانه‌ای است.

در میان همه متغیرهای بررسی شده، عوامل فردی و در میان عوامل فردی، مهارت کاربری فناوری‌های نوین بیشترین میزان اثرگذاری را بر متغیر وابسته، یعنی سواد سلامت نشان داده‌اند. در واقع می‌توان گفت فارغ از اینکه متغیرهای زمینه‌ای و عوامل سواد رسانه‌ای بر مهارت‌های فردی مؤثرند، در میان خود این مهارت‌ها نیز روابطی وجود دارد، به این نحو که افزایش ظرفیت حفظ و پردازش اطلاعات و نیز سطح کل توان ارتباطی، موجب افزایش مهارت استفاده از فناوری‌های نوین می‌شود. با توجه به ضریب نفوذ رسانه‌های اجتماعی نوین در جامعه ایرانی باید اذعان کرد که مهارت فناورانه و «کاهش شکاف دیجیتال» یکی از عوامل مهم و مؤثر بر توسعه سواد سلامت شهروندان است. منظور از کاهش شکاف دیجیتال فقط افزایش دسترسی شهروندان به فناوری‌های ارتباطی و اطلاعات مبتنی بر اینترنت نیست، بلکه شیوه کاربری و استفاده از فناوری‌ها برای تقویت آگاهی‌های بهداشتی بهبود کیفیت زندگی و سلامت است. باید به شهروندان راه‌ها و شیوه‌های صحیح کار با فناوری‌ها و اپلیکیشن‌های مختلف حوزه سلامت را به‌منظور خودمراقبتی آموزش داد تا بتوانند با برقراری ارتباط و تعامل و با فناوری، به افزایش سلامت و بهبود کیفیت زندگی همراه با تغییر رفتار سلامت‌محور خود همت گمارند.

جامعه ایرانی با دارا بودن ۵۰ درصد جمعیت زیر ۳۰ سال هنوز یکی از جوان‌ترین جمعیت‌های جهان است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸). با این حال، هرم جمعیت آرام‌آرام به سمت میانسالی و سالمندی حرکت می‌کند. در واقع، حدود ۵۰ درصد جامعه ایرانی در

فاصله سنی ۳۰ تا ۶۴ سال قرار دارند. در چنین شرایطی، افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های سلامت جامعه، منوط به افزایش سواد سلامت مردم از طریق تولید و توزیع محتوای مناسب در رسانه‌های جمعی و اجتماعی همچون رسانه‌های مکان‌مند (بیل‌بورد و ...) در قالب‌های مختلف اینفوگرافیک، موشن گرافیک، ویدئو و نظایر آن است. با وجود توسعه رسانه‌های اجتماعی، هنوز رسانه جمعی تلویزیون از ضریب نفوذ بالایی در جامعه ایرانی برخوردار است. بر همین اساس، می‌توان در تمام کشور از ظرفیت شبکه‌های مختلف رسانه ملی و در شهر تهران، از ظرفیت شبکه پنج سیما که مأموریت اصلی آن، برنامه‌سازی برای شهروندان تهرانی است، در راه ارتقای سواد سلامت شهروندان تهرانی بهره گرفت و فراتر از شبکه تخصصی سلامت سیما که بخش عمده آن به تولید برنامه‌های گفتگو محور در حوزه سلامت اختصاص دارد، به تولید برنامه‌های متناسب در این زمینه اقدام کرد.

### پیشنهادها

با توجه به اینکه نتایج این پژوهش نشان داده است؛ با افزایش دسترسی رسانه‌ای و توان ارزیابی انتقادی - که جزء عوامل مهم سواد رسانه‌ای هستند - بر توان ارتباطی شهروندان و ظرفیت آنان برای حفظ و پردازش اطلاعات و در نهایت، تقویت مهارت‌هایشان در به‌کارگیری فناوری‌های نوین افزوده می‌شود، به‌طور مشخص پیشنهاد می‌شود که شبکه‌های سلامت سیما و صدا (به‌عنوان شبکه‌های تخصصی)، در برنامه‌های خود، به جعبه ابزار فناوری مجهز شوند. این جعبه ابزار می‌تواند در همگرایی ساختاری و محتوایی با وبگاه برنامه، از راه‌هایی متنوع‌تر و متفاوت‌تر از آنچه تاکنون به تعامل با مخاطبان پرداخته است، اعتبار و اعتماد بیشتری را برای ارتباط مستمر با آنها برقرار سازد. برای مثال، می‌توان با هدف افزایش قدرت پردازش اطلاعات و تقویت مهارت سلامت‌سنجی، آزمون‌هایی تصویری را در وب‌سایت یا شبکه اجتماعی برنامه، برای تشخیص آستیگمات بودن چشم کاربر/ مخاطب و یا تشخیص احتمال ابتلا به

سرطان سینه یا پروستات (برای خانم‌ها و آقایان) به اجرا گذاشت و از عناصر زیبایی‌شناسی و فناوریانه (نظیر امکان چت آنلاین و گرفتن مشورت هم‌زمان با پزشک) به‌منظور افزایش جذابیت استفاده از آن، بهره گرفت. بی‌تردید، در نظر گرفتن زیرساخت‌های مالی و اقتصادی ارزان و منصفانه نیز، در مراحل بعدی و پیشرفته‌تر می‌تواند از سوی کاربران مورد استقبال قرار گیرد.

### منابع

- بیکر، ترز. ال. (۱۳۷۷). **نحوه انجام تحقیقات اجتماعی** (ترجمه هوشنگ نیایی). تهران: سروش.
- چهری، محمداسماعیل؛ نجفی‌مهری، سهیل؛ عبادی، عباس و سرهنگی، فروغ. (۱۳۹۴). بررسی میزان سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش‌دبستانی. **مجله پرستاری کودکان**، ۴.
- خسروی، عبدالرسول؛ احمدزاده، خدیجه؛ ارسطوپور، شعله و طهماسبی رحیم. (۱۳۹۴). سطح سواد سلامت بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز و عوامل مؤثر بر آن. **مدیریت اطلاعات سلامت**، ۱۹ (۲).
- رئسی، مهرنوش؛ مصطفوی، فیروزه؛ حسن‌زاده، اکبر و شریفی‌راد، غلامرضا. (۱۳۹۰). رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان. **تحقیقات نظام سلامت**، ۷ (۴).
- سالمی، آزاده. (۱۳۹۵). **تلویزیون و ارتباطات سلامت: آینده‌پژوهی ارتباطات سلامت در صداوسیما**. تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما.
- طهرانی بنی‌هاشمی، سیدآرش و همکاران. (۱۳۸۶). سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. **گام‌های توسعه در آموزش پزشکی**، ۴ (۱).

عباسی زهرا. (۱۳۹۲). رابطه سطح سواد رسانه ای و سواد سلامت دانشجویان در استفاده از اینترنت (از دیدگاه دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

علی پور مهدیس. (۱۳۹۱). نقش برنامه‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون در سلامت جسمانی و روانی پیامگیران. پردیس آموزش‌های نیمه‌حضوری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

منتظری، علی؛ طاووسی، محمود؛ رخشانی، فاطمه؛ آذین، سیدعلی؛ جهانگیری، کتایون؛ عبادی، مهدی. (۱۳۹۳). طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال). *دوماهنامه پزشکی پایش*، ۱۳ (۵).  
نکوئی مقدم، محمود و همکاران. (۱۳۹۲). سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان. *دوماهنامه طلوع بهداشت*، ۱۱ (۴).

Baker, D.W. et al. (2002). Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission among Medicare Managed Care Enrollees. *American Journal of Public Health*; 92, 1278-83.

Bohlman, LN.; Panzer, AM. & Kindig, DA. (2004). **Health Literacy: A Prescription to end Confusion**. Washington (DC): National Academies Press.

Donelle, L. & Hoffman-Goetz, L. (2008). Health Literacy and Online Health; Discussions of North American Black Women. **Women & Health**, 47(4).

Ferguson, B. (2008). Health Literacy and Health Disparities the Role They Play In Maternal and Child Health. **Nursing for Women's Health**, 12 (4), 288-98.



Hobbs, R. (1997). **Literacy for the Information Age**. In: Handbook of Research on Teaching Literacy Through The Communicative and Visual Arts. New York, NY: Simon and Schuster Mac-Millan, 7-14.

Howard, DH.; Sentell, T. & Gazmararian, JA. (2006). Impact of Health Literacy on Socioeconomic and Racial. **Journal of General Internal Medicine**, 21(8), 857-61.

Jordan, J. E.; Buchbinder, R. & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising Health Literacy from the Patient Perspective. **Patient Education and Counseling Journal**, 79 (1), 36-42.

Kutner, M.; Greenberg, E.; Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). **The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)**. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

Levin-Zamir, D.; Lemish, D. & Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): **Development and Measurement of the Concept among Adolescents Health Education Research**, 26(2), 323-335.

McCormack, L. (2009). Health Insurance Literacy of Older Adults. **The Journal of Consumer Affairs**, 43 (2), 223-248.

Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (2000). **Advancing Health Literacy: A Global Challenge for the 21st Century**. Health Promot.

Paasche-Orlow, MK. & Wolf, MS. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. **American Journal of Health Behavior**, (1S), 19-26.

Scott, TL.; Gazmararian, JA. & Williams, MV. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in A Managed Care Organization. **Medical Care**, 40 (5), 395-404.

Shien, C.; Mays, R. & McDaniel, A. (2009). Health Literacy and Its Association with the use of Information Sources and With Barriers to Information Seeking in Clinic-Based Pregnant Women. **Health Care for Women International**, 30, 971-988.

Sihota, S. & Lennard, L. (2004). **Health literacy: Being able to make the most of Health**. London: National Consumer Council.

**WHCA: World Health Communication Associates**. (2010). Health Literacy Action guide part 2 Evidence and Case, Available at: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf>

Whitten, P.; Buis, L.; Love, B. & Mackert, M. (2008). Health Education Online for Individuals with Low Health Literacy: Evaluation of the Diabetes and You Website. **Journal of Technology in Human Services**, 26(1).

**WHO**. (2008). Closing the Gap In A Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization.

**WHO**. (2014). Retrived from:

[http://www.who.int/kobe\\_centre/measuring/WUP\\_2014/en/](http://www.who.int/kobe_centre/measuring/WUP_2014/en/)

Williams, MV.; Baker, DW.; Parker, RM. & Nurss, JR. (1998). **Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. A Study of Patients with Hypertension and Diabetes.** Archives of Internal Medicine, 158.

**World Health Communication Associates.** (2010). Health Literacy Action Guide Part 2 Evidence and Case, Available At: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf>