

بررسی ارتباط بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمانی شهروندان بندرعباس

■ رویا جهانگیری زرکانی^۱، شهناز هاشمی^۲، علی گرانمایه پور^۳

چکیده

به دست آوردن سلامت جسمی در دنیای امروز به یادگیری و افزایش سطح دانش عمومی نیاز دارد که آن هم در گرو رسانه است. سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد برای به دست آوردن و دسترسی به اطلاعات، درک و استفاده از آن‌ها برای ارتقا و حفظ سلامت افراد است. اهمیت برهم‌کنش سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمی چنان ظریف است که به سلامتی یا بیماری فرد منجر خواهد شد. پژوهش پیش رو در جامعه آماری شهروندان بالای ۱۸ سال شهر بندرعباس با حجم نمونه ۳۸۴ نفر انجام شد. در این پژوهش پرسش‌نامه را با روش میدانی و تکنیک پیمایش در نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS تحلیل کردیم و به بررسی شالوده ارتباط، بُعدهای سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمی پرداختیم. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین سواد رسانه‌ای (۰/۳۶) و ابعاد آن یعنی ارزش‌یابی اطلاعات (۰/۴۲)، ترکیب اطلاعات (۰/۳۲)، استفاده هدفمند (۰/۳۷)، تبادل اطلاعات (۰/۲۸) و چگونگی استفاده از رسانه‌ها (۰/۲۶) با سواد سلامت شهروندان ارتباطی مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (Smart PLS) نیز نشان دادند که در کل اثر متغیر مستقل سواد رسانه‌ای بر سواد سلامت جسمانی شهروندان به میزان ۰/۵۰ است.

واژگان کلیدی

سواد رسانه‌ای، سلامت جسمانی، سواد سلامت جسمی، شهر بندرعباس.

مقدمه

در سال‌های اخیر سواد سلامت به‌عنوان مهارتی مهم شناخته شده که بیماران برای تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی در موقعیت‌های دشوار پیش رو به آن نیاز دارند. بهبود سواد سلامت افراد به پیامدهایی مانند افزایش توانایی بالقوه هنگام بیماری برای اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه، کاهش خطرهای تهدیدکننده سلامت، افزایش پیش‌گیری از بیماری‌ها، ارتقای امنیت، افزایش کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت از افراد منجر می‌شود. محدودیت سواد سلامت عوارض متعددی را در حوزه‌های مختلف سلامت از قبیل عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، تمایل کمتر به پیگیری درمان، تبعیت دارویی اندک، افزایش میزان مراجعه به اورژانس‌ها، افزایش طول دوره درمان در بیمارستان و افزایش میزان مرگ‌ومیر به دنبال دارد و تأثیر چشم‌گیری در استفاده از خدمات مراقبت سلامت دارد.

قرن بیست و یکم قرن انفجار اطلاعات است؛ جهان پیرامون ما در حال برداشتن گامی جدید در جهت استفاده از انواع رسانه برای فرم‌دهی و تغییر نگرش افکار و رفتارهای مخاطب در تمامی زمینه‌هاست (Dempsey, 2020). با این تفاسیر، مفهوم سواد رسانه‌ای یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مورد استفاده در سیاست‌گذاری رسانه‌ها و ارتباطات در نیم قرن اخیر بوده و بسیاری از کشورها برای تجزیه و تحلیل، آموزش و ایجاد آگاهی از تأثیرات رسانه در اقبال مختلف از آن بهره جسته‌اند (Zhang, Zhang, & Wang, 2020). مهم آن است که سواد رسانه‌ای کافی می‌تواند به درک بهتر اطلاعات منجر شود و همچنین، با توجه به نیاز جامعه به این مهارت اجتماعی در کنار نگرش انتقادی، می‌تواند مخاطب را از لحاظ درک محصولات رسانه آفنا کند (Lau & Grizzle, 2020).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) سواد سلامت را توانایی به دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی لازم برای تصمیم‌گیری‌های بهداشتی تعریف کرده؛ و در درجه نخست بر مراقبت‌های بهداشتی متمرکز کرده تا درمان بیمار؛ و رفتارهای سواد سلامت جسمانی را به صورت عملی شامل توانایی درمان بیماری شایع در خانه عنوان کرده است. رفتارهای سواد سلامت به توانایی فرد در گفت‌وگو، نوشتن، گوش دادن، محاسبه و دست‌یابی به درک درست مفهومی مسئله کمک شایانی می‌کنند. سواد سلامت سنتی بر مهارت‌های سواد چاپی و عددی متمرکز بوده است. اما سواد سلامت نوین نیاز به مهارت‌های پیچیده‌تری مانند: جست‌وجو در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، درک نمودارها یا اطلاعات بصری، کار با رایانه، ارزیابی اعتبار و صحت اطلاعات بهداشتی، تجزیه و تحلیل خطرها و مزایای استفاده از درمانی خاص و تفسیر نتایج آزمایش، درک درست از اطلاعات رسانه‌ای، و مواجهه با رسانه‌های مختلف نشردهنده اطلاعات است. کسانی که سواد سلامتی متوسطی دارند در معرض خطر بیشتری قرار داشته‌اند؛ زیرا، احتمال اتکای آن‌ها برای کسب اطلاعات

سلامت به انواع رسانه‌ها از جمله رادیو و تلویزیون، رسانه‌های جمعی، خانواده و محیط دوستان و همکاران بیشتر بوده و تحلیلی از درستی اطلاعات به دست آمده را نخواهند داشت (Greenwood, 2019).

از این رو می‌توان گفت سواد رسانه‌ای باعث افزایش قدرت تشخیص، نقد و تمایز اطلاعات دریافتی از رسانه‌های الکترونیکی متنوع شده است (Ciboci & Labaš, 2019). اساسی‌ترین نیاز انسان سلامت جسم اوست که آن هم در گرو سواد سلامت جسمانی اوست؛ پس برای به دست آوردن این سواد به گرفتن اطلاعات از انواع رسانه‌ها نیاز دارد تا بتواند وضعیت خود را بهبود ببخشد (Karim, 2020).

پژوهش‌های شورای عالی فضای مجازی نشان داد که سطح سواد رسانه‌ای در مناطق شهری بزرگ در ایران ۲۲/۹ درصد، در مناطق حومه‌ای شهر ۱۸ درصد، در شهرهای کوچک ۱۸/۹ درصد و در مناطق روستایی ۱۷/۹ درصد است. سطح سواد عمومی رسانه‌ای ایرانی‌ها هم عدد ۱۲ از ۱۰۰ است (شورای عالی فضای مجازی، ۱۳۹۵). این امر نشان از ضعف سواد رسانه‌ای در ایران خصوصاً در شهرهای کوچک‌تر و روستاها دارد. آمار پژوهش‌ها در حوزه سواد سلامت در حوزه کل کشور مطرح نشده، اما براساس پژوهش‌های انجام شده در شهرهای مختلف برای مثال: سواد سلامت در ۵۹/۳ درصد بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد ناکافی گزارش شده (رضایی اسفهرود، حائریان اردکانی، رحمانیان و غفاری طرقی، ۱۳۹۵)؛ و پژوهشی دیگر، با بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های بوشهر، نشان داده که میانگین بیماران دارای سطح سواد سلامت مرزی بوده است (خسروی و احمدزاده، ۱۳۹۴).

سواد سلامت رفتارهای بهداشتی و رفتارهای تغذیه‌ای مردم را تنظیم می‌کند و رفتارهای آسیب‌رسان را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، رفتارهای پیش‌گیرانه و خودمراقبتی نیز ارتباط مستقیمی با سواد سلامت در جامعه دارند. سواد سلامت در افراد تأثیری بالقوه بر پیش‌برد سلامتی و کیفیت زندگی آن‌ها دارد و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی می‌شود و اگر تلاش شود که سواد سلامت در جامعه افزایش یابد، مراجعه به پزشک کمتر می‌شود و هزینه‌های درمانی بیمار و نظام سلامت هم کاهش خواهد یافت (Karim, 2020). اما در بررسی‌های علمی صورت‌گرفته متأسفانه سواد سلامت در بین ایرانی‌ها و به خصوص در میان سالان و سالمندان کمتر از حد معمول بسیاری از کشورهای در حال توسعه است (صالحی نیک، امیریان، شریفی و نجفی هدک، ۱۳۹۶: ۷۴، ۷۳).

قطعاً یکی از عواملی که می‌تواند در بهبود سواد سلامت و افزایش سلامت جسمی جامعه مؤثر واقع شود رسانه است و برای برداشت درست از آن نیز سواد رسانه‌ای جزء شاکله آن است. ورود فزاینده انواع رسانه به زندگی انسان‌ها نویدبخش فصل نوینی در عرصه ارتباطات

و گردش اطلاعات بوده؛ با این حال، خصوصی‌ترین و احتمالاً امن‌ترین قلمرو زیست آن‌ها از دسترس رسانه‌ها مصون نمانده است (تبریزی، ۱۳۹۸: ۱۶۹). استفاده از سواد رسانه‌ای در حوزه سواد سلامت باید در جامعه به گفتمان سلامت تبدیل شود؛ یعنی اطلاعات حوزه سلامت وقتی می‌تواند منشأ اثر باشد که سواد سلامت در جامعه نهادینه شود و این مهم با کمک رسانه‌ها امکان‌پذیر است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش اصلی است که آیا میان سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمانی اهالی شهر بندرعباس ارتباطی وجود دارد.

با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت، در کشور ایران به این موضوع کمتر پرداخته شده است تا جایی که در منطقه بندرعباس چنین مطالعه‌ای تاکنون صورت نگرفته است. پرداختن به موضوع سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی و انجام رفتارهای پیش‌گیرانه و استفاده از خدمات سلامت می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر به برنامه‌ریزان و مسئولان امر سلامت و سیاست‌گذاران کمک کند و بنابراین توجه به آن مسئله‌ای اساسی است.

پیشینه پژوهش

محمدی و دیگران (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان «سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان» انجام دادند. این مطالعه مقطعی روی ۳۸۶ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل در رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی همدان، که با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که دانشجویان بیشترین اطلاعات مربوط به سواد سلامت خود را از طریق اینترنت کسب می‌کنند. براساس نتایج، بین متغیرهای سن، جنسیت، تأهل، دانشکده محل تحصیل و نوع منابع کسب اطلاعات دانشجویان با ابعاد سواد سلامت ارتباط معناداری به دست آمد.

بهبودی مقدم و رستگار (۱۳۹۵) تحقیقی را با عنوان «کاربرد تکنولوژی‌های نوظهور و رسانه‌های اجتماعی در نظام سلامت» به انجام رساندند. این تحقیق بر نقش تکنولوژی در اطلاعات بهداشتی تأکید می‌کند و روش‌های نظری برای استفاده از تکنولوژی را ارائه می‌دهد. نتایج مطالعه نشان داد که با استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی و رسانه‌های اجتماعی اثربخشی ارتباطات نظام سلامت بهبود می‌یابد و تماس بین بیمار و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تسهیل می‌شود و نتایج مثبتی برای نظام سلامت به ارمغان خواهد آمد.

طهرانی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «سواد رسانه‌ای سلامت» نشان داد که رسانه‌ها بزرگ‌ترین آموزش‌دهنده در جوامع امروزی هستند. در جوامع امروزی بعد از خواب بیشترین

وقت صرف تماشای رسانه‌ها می‌شود؛ بنابراین محتوای این رسانه‌ها باید در حوزه‌های مختلف به‌ویژه سلامت مورد توجه قرار گیرد.

براساس نتایج پژوهش بیگدلی، حیاتی، حیدری و جوکار (۱۳۹۵)، جنسیت، سطح تحصیلات، سابقه و مهارت استفاده از اینترنت با جست‌وجوی اطلاعات سلامت از طریق اینترنت رابطه‌ی معنی‌داری دارند. نگرش کلی پاسخ‌گویان نیز به اطلاعات سلامت بازیابی‌شده از اینترنت مثبت بود.

معصومی‌زاده دزفولی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثر رسانه‌ها بر گرایش جوانان به سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی پرداخت. جامعه‌ی آماری این تحقیق مشارکت‌کنندگان در برنامه‌های فرهنگی، هنری و ورزشی شهرداری تهران بودند. یافته‌های پژوهش نشان داد که رسانه‌های دیداری نقش اثرگذار و معنی‌داری بر ترویج سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی در بین جوانان دارند. این یافته‌ها لزوم برنامه‌ریزی هدفمند در جهت گسترش سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی در جریان برنامه‌های رسانه‌ای را نشان می‌دهند.

لی^۱ و همکارانش (۲۰۱۰) پژوهشی را با عنوان «بررسی ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت و استفاده از خدمات سلامت در افراد بزرگ‌سال تایوان» به انجام رساندند. ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند و همچنین کم‌بودن سواد سلامت با مبتلابودن به چند بیماری و دسترسی ضعیف به خدمات سلامت رابطه‌ی معنی‌داری داشت. آن‌ها با تحلیل متغیرهای جامعه‌شناختی نشان دادند که سرمایه‌ی اجتماعی با شاخص‌های اعتماد، حمایت، هم‌بستگی و مشارکت می‌توانند سواد سلامت افراد را تحت تأثیر خود قرار دهند.

اکتی و گارول^۲ (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «تعیین رابطه بین سواد رسانه‌ای و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان» نشان دادند که بین سطح سواد رسانه‌ای و سطح مهارت‌های اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

ناتبیم^۳ (2000a) در پژوهش خود سه سطح مشخص از سواد سلامت را تعریف می‌کند: سواد سلامت پایه یا عملکردی یا همان مهارت‌های پایه خواندن و نوشتن که نیازمند عملکرد مؤثر در زمینه سلامت هستند. سواد سلامت ارتباطی یا تعاملی که مهارت‌های پیشرفته‌تر سواد و اجتماعی است که فرد را برای مشارکت فعال در مراقبت‌های بهداشتی، استخراج اطلاعات و استنتاج معنی از اشکال مختلف ارتباط، و به‌کارگیری اطلاعات برای تغییر موقعیت‌ها توانمند می‌کنند. سواد سلامت انتقادی که توانایی تحلیل نقادانه و استفاده از اطلاعات برای مشارکت در اقداماتی است که بر موانع ساختاری سلامت غلبه می‌کنند.

1. Lee

2. Akta & Gurolb

3. Nutbeam

مبانی نظری پژوهش

سودور و شیلینگر^۱ در نظریه خود بهترین راهکارها را تحت عنوان راهبردهای سواد سلامت برای منتفع شدن تمامی بیماران و خصوصاً بیماران با سواد سلامت ناکافی در فرایند آموزش معرفی کردند. براساس نظریه این اندیشمندان، راهبردهای سواد سلامت به طور کلی عبارت است از استفاده از زبانی ساده و قابل فهم، محدود کردن اطلاعات ارائه شده در هر بار مراجعه بیماران و تکرار آن‌ها، استفاده از تکنیک بازخوردگیری مکرر، استفاده از تصاویر و ترغیب بیماران به پرسش کردن و در نهایت استفاده از رسانه‌های ساده و قابل فهم (Sudore & Schillinger, 2009).

ناتبیم سه سطح مشخص از سواد سلامت را تعریف می‌کند:

سواد سلامت پایه یا عملکردی: مهارت‌های پایه خواندن و نوشتن که نیازمند عملکرد مؤثر در زمینه سلامت‌اند.

سواد سلامت ارتباطی یا تعاملی: مهارت‌های پیشرفته‌تر سواد و اجتماعی که فرد را برای مشارکت فعال در مراقبت‌های بهداشتی، استخراج اطلاعات و استنتاج معنی از اشکال مختلف ارتباط، و به‌کارگیری اطلاعات برای تغییر موقعیت‌ها توانمند می‌کند.

سواد سلامت انتقادی: توانایی تحلیل نقادانه و استفاده از اطلاعات برای مشارکت در اقداماتی که بر موانع ساختاری سلامت غلبه می‌کنند (Nutbeam, 2000b).

کیکبوش^۲ معتقد است سواد سلامت میزان توانایی افراد در کسب، تحلیل و فهم اطلاعات و خدمات اولیه بهداشتی مورد نیاز است که به کمک آن می‌توانند در مورد مسائل مربوط به سلامتی خود مشارکت کنند و تصمیم‌های درستی را اتخاذ کنند. اما باید توجه داشت که سواد سلامت مفهومی فراتر از توانایی‌های فردی است و نه تنها بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است، بلکه از آن نیز تأثیر می‌گیرد. سواد سلامت با توانایی‌ها، سلیق و انتظارات تهیه‌کنندگان اطلاعات و مراقبت‌های مربوط به سلامت مانند پزشکان، پرستاران، رسانه‌ها و بسیاری دیگر از افراد نیز ارتباط دارد. از دیدگاه کلی‌تر، می‌توان توانایی‌های لازم در کسب سواد سلامت را به سه گروه ذیل تقسیم‌بندی کرد: توانایی خواندن برگه‌های رضایت‌نامه، برجسب‌ها و پیوست‌های مربوط به داروها و سایر اطلاعات نوشتاری مربوط به حوزه‌های سلامت و بهداشت؛ توانایی درک اطلاعات نوشتاری و شفاهی که از طرف پزشک، پرستار، داروساز و بیمه‌گر به فرد ارائه می‌شود؛ و توانایی عمل کردن براساس دستورالعمل‌های مربوط به برنامه‌های دارویی و مراقبت‌های پزشکی (Kickbusch, Wait & Maag, 2014).

بکر و میمن^۳ در بررسی‌های خود در زمینه رفتار مردم در پاسخ به بیماری‌ها و رژیم‌های

1. Sudore & Schillinger

2. Kickbusch

3. Becker & Meiman

غذایی این الگو را تکمیل کردند.

فرضیه طراحان الگو این بود که دانش و آگاهی سلامتی مردم متأثر از این عوامل است:

۱. میزان ترس آن‌ها از موضوع (که به آن نام تهدید درک شده داده بودند)؛

۲. کاهش ترس موردنظر در اثر انجام رفتار هدف؛

۳. نبود سلامت روانی که بر سر راه انجام رفتار قرار دارد (منافع خالص).

این الگو یکی از کاربردی‌ترین الگوهایی است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می‌کنند تا رفتارهای سلامت را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش‌بینی کنند (رحیمی حسن‌آباد و ارغوان، ۱۳۹۷: ۱۵۴).

سازه‌های الگوی باور سلامت عبارت‌اند از:

۱. حساسیت درک‌شده: عقیده فرد نسبت به برخورداری از شانس کسب وضعیتی که می‌توان آن را درک ذهنی خطر از سوی فرد دانست. شخص در اثر این باور خود را در معرض خطر موردنظر می‌داند.

۲. شدت درک‌شده: عقیده فرد نسبت به اینکه وضعیت موردنظر تا چه حد برای او جدی است. می‌توان آن را درک ذهنی فرد از شدت خطر دانست. شخص، در اثر این باور، جدی بودن خطر را درک می‌کند.

به مجموع دو سازه حساسیت و شدت درک‌شده تهدید درک‌شده هم می‌گویند.

۳. موانع درک‌شده: عقیده فرد نسبت به هزینه‌های محسوس و نامحسوس (مانند موانع روان‌شناختی) رفتار توصیه‌شده. شخص در اثر این باور درک می‌کند که برای انجام رفتار هدف با چه موانعی روبه‌رو خواهد بود (رسولی و سرایی، ۱۳۹۷: ۵۵).

۴. منافع درک‌شده: عقیده فرد نسبت به تأثیر رفتار توصیه‌شده برای کاهش خطر یا شدت اثر آن. این باور در فرد او را به فواید انجام رفتار هدف معتقد می‌کند.

۵. راهنماها برای عمل: برخی از رویدادها که می‌توانند درونی (در درون خود فرد) یا بیرونی (ناشی از محیط خارج از وجود فرد) باشند و فرد را به انجام رفتار هدف وادارند یا در او آمادگی برای رفتار ایجاد کنند. مشاهده علائم مرتبط با بیماری یا توصیه پزشک معالج یا کادر بهداشت و درمان برای انجام رفتار سالم یا پرهیز از رفتار مخاطره‌آمیز راهنماهایی برای عمل به شمار می‌روند.

۶. خودکارآمدی: اطمینانی که فرد به توانایی‌های خود برای انجام موفقیت‌آمیز رفتار دارد و حاصل باور فرد به توانایی خود برای انجام آن رفتار خاص است. این سازه به وضعیت درونی فرد مانند استعداد یا توانایی انجام وظیفه یا رفتار مطلوب برمی‌گردد.

۷. متغیرهای زمینه‌ای: علاوه بر سازه‌های مذکور، متغیرهای جمعیت‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و ساختاری نیز وجود دارند که ممکن است بر درک فرد و

به طور غیرمستقیم بر رفتار او از سواد سلامت تأثیر بگذارند. سن، جنسیت، سطح درآمد، تحصیلات، آموزش‌های دیده شده، محل سکونت، فرهنگ جامعه و... به طور غیرمستقیم بر روی سایر سازه‌های الگو اثر می‌گذارند (رحیمی حسن آباد و ارغوان، ۱۳۹۷: ۱۵۴).

در مجموع، اگر متخصصان سلامتی با مفهوم و راهبردهای سواد سلامت آشنا باشند، به هنگام آموزش بیماران از روش‌های مشارکت جویانه بهره می‌گیرند، به گونه‌ای که مددجویان اطلاعات دریافتی را بهتر درک کرده و توانمندی بیشتری برای عمل کردن براساس توصیه‌های متخصصان به دست می‌آورند. از آنجاکه سواد سلامت موضوعی چندوجهی است که تقریباً تمامی جنبه‌های ارائه خدمات بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا تمامی کسانی که به نوعی با بیماران، خانواده آن‌ها و سایر افراد در محیط‌های بالینی به صورت کتبی یا شفاهی در ارتباط هستند باید مهارت و قابلیت‌های لازم در خصوص اصول سواد سلامت را داشته باشند. از نظر پاتر^۱، «سواد رسانه‌ای» از عوامل گوناگون «ساختارهای دانش»، «جایگاه مخاطب» و «پردازش پیام» تشکیل شده است که از یکدیگر پشتیبانی می‌کنند. این الگو نسبت به الگوهای دیگر بیشتر می‌تواند حدود دانش مخاطب نسبت به رسانه‌ها، مهارت‌های لازم برای استفاده از رسانه‌ها و مهم‌تر از همه نظام معنایی پیام را بررسی کند. این مهارت‌ها ابعاد مختلف زندگی افراد از جمله سلامت و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین پاتر سواد رسانه‌ای را دارای چهار بُعد شناختی، احساسی، اخلاقی و زیباشناختی می‌داند که در بخش ابعاد سواد رسانه‌ای تحقیق به آن پرداخته می‌شود (زارع کهن، ۱۳۹۳: ۹۲).

به نظر تامن^۲ و همکارانش، سواد رسانه‌ای همانند فیلتری داوری کننده عمل می‌کند. از دید تامن، پیام رسانه‌ای در سه لایه عمل می‌کند:

لایه اول: اهمیت برنامه ریزی شخصی در نحوه استفاده از رسانه‌ها به این معنا که مخاطب توجه بیشتری به انتخاب و تماشای انواع مختلف برنامه‌ها دارد و به صورت مشخصی به استفاده از تلویزیون، ویدئو، بازی‌های الکترونیکی، فیلم‌ها و دیگر رسانه‌ها می‌پردازد و میزان مصرف را کاهش می‌دهد.

لایه دوم: در این سطح، مخاطب به جنبه‌های نامحسوس تر رسانه‌ای توجه می‌کند و به پرسش‌ها و موضوع‌های عمیقی. مانند چه کسی پیام‌های رسانه‌ای را می‌سازد؟ چه هدفی با فرستادن پیام دنبال می‌شود؟ چه کسی از ارسال پیام سود می‌برد و چه کسی ضرر می‌کند؟ و... می‌پردازد.

1. Potter

2. Tommen

لایه سوم: این لایه مهارت‌های لازم برای تماشای انتقادی رسانه‌هاست. با این مهارت‌ها، مخاطب به تجزیه و تحلیل و پرسش درباره چارچوب ساخت پیام و جنبه‌های جاافتاده در آن می‌پردازد (تقی‌زاده، ۱۳۹۰: ۱۴۲).

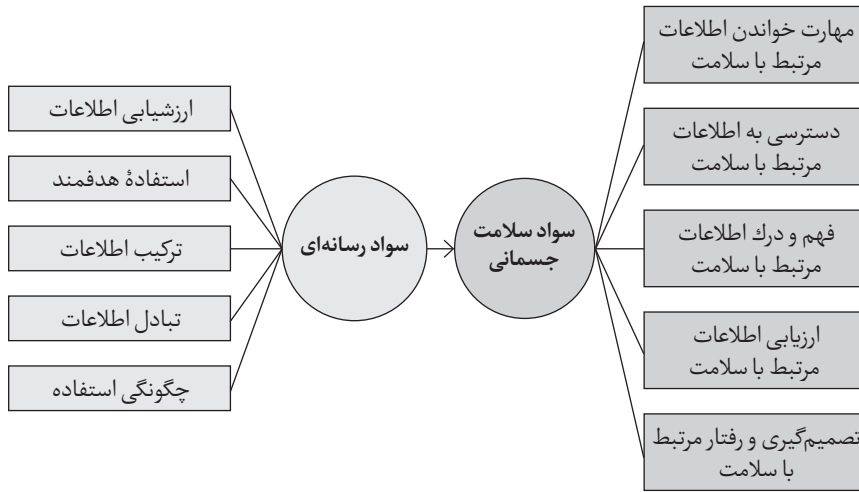
بنابراین تعریف، با عمیق‌تر شدن لایه‌ها، میزان سواد رسانه‌ای مخاطبان بیشتر می‌شود؛ به این ترتیب که در لایه اول، مخاطب خود را ملزم می‌کند در استفاده از رسانه جیره مصرف داشته باشد و در لایه دوم، با توجه به ویژگی‌های پیام‌دهنده برخی از پیام‌ها که مطلوب مخاطب است برگزیده شده و بقیه پیام‌ها نادیده گرفته می‌شود. در لایه سوم نیز به نقد پیام‌های رسانه‌ای پرداخته می‌شود. بنابراین سواد رسانه‌ای، با دادن توانمندی خاصی به مخاطب، وی را در برابر هر نوع متن نوشتاری یا دیداری و شنیداری از حالت انفعال به وضعیتی فعال تبدیل می‌کند.

از نظر پاتر، سواد رسانه‌ای الگویی چندعاملی است و ساختارهای دانش، منبع شخصی و وظایف پردازش اطلاعات و مهارت‌ها و توانایی‌ها عامل‌های مدل سواد رسانه‌ای وی هستند. براساس دیدگاه پاتر، ارتباط این عوامل فضایی و حلزونی (نه سطحی) است؛ در هر برش عرضی، یکی از عوامل سواد رسانه‌ای قرار دارند و از این رو هریک از عوامل عامل دیگر را پشتیبانی می‌کند (حامدی، ۱۳۹۱: ۲۳).

به این ترتیب رسانه‌های جمعی، از طریق کاهش انزوای اجتماعی و تقویت احساس مشترک با اعضای جامعه، موجب نوعی احساس تعلق می‌شوند، به‌گونه‌ای که هویت جامعه در رأس هویت‌ها قرار می‌گیرد؛ در نتیجه تعهد عمومی تقویت شده و این امر نیز به نوبه خود باعث افزایش سرمایه در جامعه می‌شود.

بنابر نظریه‌های مطرح‌شده، بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت شهروندان ارتباط وجود دارد. همچنین با توجه به شاخص‌های سواد رسانه‌ای که عبارت است از ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها، استفاده هدفمند از رسانه‌ها، ترکیب اطلاعات، تبادل اطلاعات و ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها، فرضیه‌های فرعی ذیل استخراج می‌شوند:

- بین ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها و سواد سلامت جسمانی در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.
- بین استفاده هدفمند از رسانه‌ها و سواد سلامت جسمانی در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.
- بین ترکیب اطلاعات و سواد سلامت جسمانی در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.
- بین تبادل اطلاعات و سواد سلامت جسمانی در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.
- بین چگونگی استفاده از رسانه‌ها و سواد سلامت جسمانی در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

روش پژوهش

پژوهش حاضر، که هدفش بررسی رابطه سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمانی شهروندان شهر بندرعباس است، از نظر نوع هدف بررسی کاربردی؛ از نظر وسعت پهنانگر؛ از نظر دامنه خرد؛ و از نظر زمانی بررسی مقطعی است.

تحقیق حاضر، براساس نوع داده‌های جمع‌آوری و تحلیل شده، کمی است و از لحاظ نوع برخورد با مسئله مورد نظر مطالعه‌ای میدانی است. تکنیک مورد استفاده در این پژوهش پیمایش است. در مطالعه میدانی، برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسش‌نامه استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسش‌نامه ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و، با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسش‌نامه نهایی تنظیم شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر بندرعباس است. طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت شهر بندرعباس ۵۲۶،۶۴۸ نفر است و جمعیت شهروندان ۱۸ سال به بالای آن به عنوان جامعه آماری پژوهش حاضر حدود ۴۲۰ هزار نفر است. از آنجا که امکان مطالعه دیدگاه‌های تمامی ساکنان وجود نداشت، از شیوه نمونه‌گیری برای تبیین نظر افراد مورد مطالعه استفاده شده است و براساس فرمول کوکران تعدادی از افراد (۳۸۴ نفر) که معرف جامعه آماری تشخیص داده شدند به عنوان نمونه انتخاب و مطالعه شده‌اند.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2} \left(1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right) \right)$$

$$N = 420000 \quad t = 1/96 \quad P = 0/5 \quad Q = 0/5 \quad d = 0/05$$

$$n = \frac{\frac{(1/96)^2 \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2}}{1 + \frac{1}{420000} \left(\frac{(1/96) \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2} - 1 \right)} = 384$$

در این پژوهش شیوه نمونه‌گیری دومرحله‌ای با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس نمونه‌گیری تصادفی ساده است. پس از گردآوری داده‌ها تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و Smart PLS انجام شد و در این زمینه برای آزمون فرضیه‌ها، تست‌های آماری متناسب با هر فرضیه به کار گرفته شد.

برای اطمینان از اعتبار لازم، از نظر استادان و کارشناسان بهره‌گرفتیم و از آزمون آلفای کرونباخ نیز برای پایایی پرسش‌نامه استفاده کردیم؛ براساس ضریب آلفای پایایی تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۷ است.

جدول ۱. پایایی پرسش‌نامه نهایی براساس ضریب آلفای کرونباخ

متغیر	شاخص	ضریب آلفا
سواد رسانه‌ای	ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها	۰/۸۵۲
	استفاده هدفمند از رسانه‌ها	۰/۷۹۳
	ترکیب اطلاعات	۰/۸۴۲
	تبادل اطلاعات	۰/۷۲۱
	چگونگی استفاده از رسانه‌ها	۰/۷۲۵
سواد سلامت جسمانی	مهارت خواندن اطلاعات سلامت	۰/۸۲۵
	دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۸۱۴
	فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۷۲۵
	ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۷۱۴
	تصمیم‌گیری و رفتار مرتبط با سلامت	۰/۷۵۲

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

سواد رسانه‌ای

تعریف مفهومی: در فرهنگ آکسفورد، سواد رسانه‌ای این‌گونه تعریف شده است: «سواد رسانه‌ای توانایی دسترسی، تجزیه و تحلیل، ارزیابی و خلق رابطه‌ها در شکل‌های مختلف است. دانش، درک و تجربه اشکال مختلف رسانه؛ صلاحیت در استفاده از رسانه‌های مختلف و توانایی تفکر انتقادی در مورد آن‌ها. سطح مهارت و شایستگی در استفاده از دستگاه‌های رسانه‌ای» (بیران، ۱۳۸۲: ۴۵).

تعریف عملیاتی: سواد رسانه‌ای در این پژوهش با شاخص‌های ارزش‌یابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات، استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه‌ها بررسی شده است.

سواد سلامت جسمانی

تعریف مفهومی: سواد سلامت (بهداشتی) به مفهوم مهارت شناختی و به‌عنوان مسئله‌ای مهم و تأثیرگذار در نظام مراقبت سلامت نخستین بار در سال ۱۹۷۴ در پانلی آموزشی در مورد آموزش بهداشت مطرح شد. از آن زمان تا کنون، این مفهوم در موارد متعددی از سوی محققان حوزه‌های سوادآموزی و سلامت مورد بحث قرار گرفته و تعاریف گوناگونی برای آن ارائه شده است. سواد سلامت جسمانی را طیف گسترده‌ای از دانش و مهارت در زمینه کسب، پردازش، فهم و به‌کارگیری اطلاعات سلامت جسمی تعریف می‌کند (طهرانی بنی‌هاشمی و دیگران، ۱۳۸۶: ۵۴).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر سواد سلامت جسمانی با شاخص‌های مهارت خواندن اطلاعات مرتبط با سلامت، دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت، فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت، ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت و تصمیم‌گیری و رفتار مرتبط با سلامت بررسی شده است.

یافته‌های پژوهش

پس از بررسی و تحلیل‌های آماری نتایج حاصل از ۳۸۴ نمونه، داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آمار توصیفی، استنباطی و مدل معادله ساختاری تحلیل شدند. یافته‌ها به شرح ذیل است:

براساس نتایج آمار توصیفی، ۵۴/۱۴ درصد افراد مورد مطالعه زن و ۴۵/۸۴ درصد مرد و ۵۹/۹۰ درصد متأهل و ۴۰/۱۰ درصد مجرد بودند. در بررسی متغیر تحصیلات، آمار توصیفی نشان داد که بیشترین افراد شرکت‌کننده در این پژوهش دارای مدرک کارشناسی با فراوانی ۴۰ درصدی هستند. همچنین با بررسی متغیر سن مشخص شد که فراوانی بیشینه متعلق به افراد در بازه سنی ۲۵-۲۹ سال و ۳۰-۳۵ به صورت توأم با مقدار ۲۱ درصد است.

جدول ۲. توزیع پاسخ‌گویان بر حسب سواد رسانه‌ای و ابعاد آن

میانگین	خیلی زیاد فراوانی (درصد)	زیاد فراوانی (درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	کم فراوانی (درصد)	خیلی کم فراوانی (درصد)	فراوانی مؤلفه
۲/۸۶	۲۰ (۵/۲۱)	۷۹ (۱۷/۹۶)	۱۷۴ (۴۵/۳۱)	۷۹ (۲۰/۵۷)	۴۲ (۱۰/۹۴)	ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها
۳/۱۵	۵۰ (۱۳/۰۲)	۱۰۵ (۲۷/۳۵)	۹۷ (۲۵/۲۶)	۱۲۱ (۳۱/۵۱)	۱۱ (۲/۸۶)	استفاده هدفمند از رسانه‌ها
۳/۰۶	۴۶ (۱۱/۹۸)	۱۰۰ (۲۶/۰۴)	۱۲۱ (۳۱/۵۱)	۶۶ (۱۷/۱۹)	۵۱ (۱۳/۲۸)	ترکیب اطلاعات
۳/۰۳	۴۰ (۱۰/۴۱)	۱۰۵ (۲۷/۳۴)	۱۱۷ (۳۰/۴۶)	۶۲ (۱۶/۱۵)	۶۰ (۱۵/۶۲)	تبادل اطلاعات
۳/۲۱	۴۸ (۱۲/۵)	۱۱۰ (۲۸/۶۵)	۱۲۰ (۳۱/۲۵)	۸۷ (۲۲/۶۵)	۱۹ (۴/۹۵)	چگونگی استفاده از رسانه‌ها
مقدار میانگین کلی (۳/۰۶)						سواد رسانه‌ای

با توجه به جدول ۲، در میان مؤلفه‌های سواد رسانه‌ای بیشترین میانگین مربوط به چگونگی استفاده از رسانه‌ها (۳/۲۱) و کمترین میانگین مربوط به ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها (۲/۸۶) است. میانگین استفاده هدفمند از رسانه‌ها (۳/۱۵)، ترکیب اطلاعات (۳/۰۶) و تبادل اطلاعات (۳/۰۳) و میانگین کلی سواد رسانه‌ای نیز (۳/۰۶) است که میزان آن متوسط است.

جدول ۳. توزیع پاسخ‌گویان بر حسب سواد سلامت جسمانی و ابعاد آن

میانگین	خیلی زیاد فراوانی (درصد)	زیاد فراوانی (درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	کم فراوانی (درصد)	خیلی کم فراوانی (درصد)	فراوانی مؤلفه
۲/۸۶	۴۳ (۱۱/۲۰)	۱۱۰ (۲۸/۶۵)	۱۲۱ (۳۱/۵۱)	۶۶ (۱۷/۱۹)	۴۴ (۱۱/۴۵)	مهارت خواندن اطلاعات سلامت
۳/۱۵	۸۲ (۲۱/۳۵)	۹۰ (۲۳/۴۳)	۱۶۳ (۴۲/۴۵)	۲۰ (۵/۲۱)	۲۹ (۷/۵۵)	دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت
۳/۰۶	۵۱ (۱۳/۲۸)	۹۰ (۲۳/۴۴)	۱۶۰ (۴۱/۶۶)	۶۳ (۱۶/۴۱)	۲۰ (۵/۲۰)	فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت
۳/۰۳	۴۲ (۱۰/۹۴)	۸۱ (۲۱/۰۹)	۱۳۸ (۳۵/۹۳)	۶۷ (۱۷/۴۶)	۵۶ (۱۴/۵۸)	ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت
۳/۲۱	۵۰ (۱۳/۰۲)	۱۴۱ (۳۶/۷۲)	۱۲۲ (۳۱/۷۷)	۴۴ (۱۱/۴۶)	۲۷ (۷/۰۳)	تصمیم‌گیری و رفتار مرتبط با سلامت
مقدار میانگین کلی (۳/۰۶)						سواد سلامت جسمانی

با توجه به جدول ۳، در میان مؤلفه‌های سواد سلامت بیشترین میانگین مربوط به دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت (۳/۴۲) و کمترین میانگین مربوط به ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت (۲/۹۶) است. میانگین مهارت خواندن اطلاعات سلامت (۳/۱۱)، فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت (۳/۲۳) و تصمیم‌گیری و رفتار مرتبط با سلامت (۳/۳۷) و میانگین کلی سواد سلامت جسمانی نیز (۳/۲۲) است که میزان آن متوسط است.

برای بررسی آمار استنباطی در قدم اول به بررسی نرمال بودن داده‌ها نیاز است و در قدم دوم تشخیص استفاده از آزمون موردنظر، که در اینجا از آزمون تک‌نمونه‌ای کلموگروف - اسمیرنوف به شرح جدول ۴ استفاده شده است.

جدول ۴. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن متغیرهای پژوهش

خرده‌مقیاس‌ها	ارزش یابی اطلاعات رسانه‌ها	استفاده هدفمند از رسانه‌ها	ترکیب اطلاعات	تبادل اطلاعات	چگونگی استفاده از رسانه‌ها	سواد سلامت جسمانی	شاخص‌ها
							تعداد
تعداد	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	
مقادیر کلموگروف - اسمیرنوف	۲/۷۰	۲/۹۸	۲/۵۴	۳/۰۱	۳/۶۰	۲/۱۲	
سطح معناداری (دو دامنه)	۰/۰۸۸	۰/۱۲	۰/۰۹۷	۰/۰۸۳	۰/۱۶	۰/۲۳	
Ho: توزیع نرمال H1: عدم توزیع نرمال	Ho	Ho	Ho	Ho	Ho	Ho	

با توجه به جدول ۴، چون مقادیر سطح معناداری تمام متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است، پس می‌توان گفت این عامل نرمال بودن توزیع داده‌ها را می‌رساند و می‌توان در تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر ارتباط بین سواد رسانه‌ای و ابعاد مختلف آن (ارزش‌یابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات، استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه‌ها) با سواد سلامت جسمانی از آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده شد. یافته‌ها به شرح جدول ۵ است.

جدول ۵. هم‌بستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

نوع آزمون	سواد سلامت جسمانی		نام متغیر شاخص‌ها
	سطح معناداری	ضریب هم‌بستگی	
ضریب هم‌بستگی پیرسون	۰/۰۰۱	۰/۴۲	ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها
	۰/۰۰۱	۰/۳۲	استفاده هدفمند از رسانه‌ها
	۰/۰۰۱	۰/۳۷	ترکیب اطلاعات
	۰/۰۰۱	۰/۲۸	تبادل اطلاعات
	۰/۰۰۱	۰/۲۶	چگونگی استفاده از رسانه‌ها
	۰/۰۰۱	۰/۳۶	میزان کل

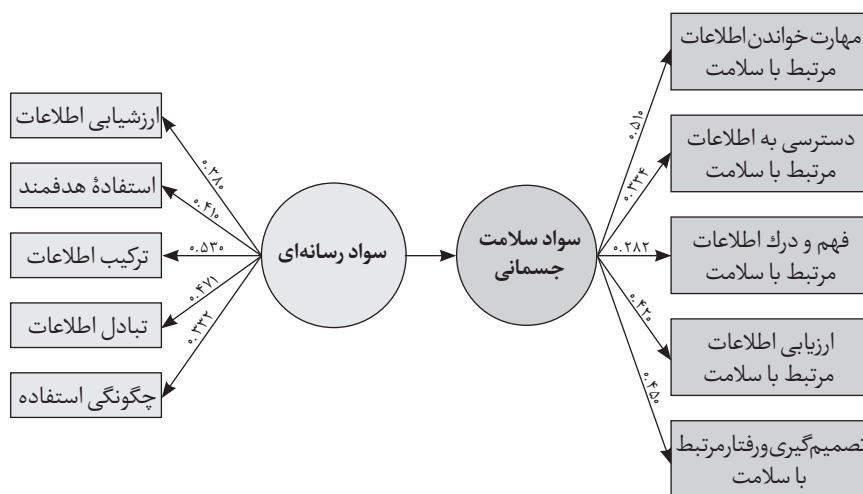
یافته‌ها حاکی از آن است که بین تمامی ابعاد سواد رسانه‌ای و همچنین میزان کل آن با سواد سلامت جسمانی از دیدگاه شهروندان رابطه مثبت و مستقیم و معناداری وجود دارد. در این میان، رابطه بین ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها و سواد سلامت ($P=0/42$) دارای بیشترین ضریب هم‌بستگی و رابطه بین چگونگی استفاده از رسانه‌ها و سواد سلامت جسمانی دارای کمترین ضریب هم‌بستگی ($P=0/26$) است.

همچنین رابطه بین ترکیب اطلاعات ($P=0/37$)، استفاده هدفمند از رسانه‌ها ($P=0/32$) و تبادل اطلاعات ($P=0/28$) با سواد سلامت از دیدگاه شهروندان دارای ضریب هم‌بستگی مثبت و معنادار است. بنابراین می‌توان استدلال کرد که هرچه میزان سواد رسانه‌ای ($P=0/36$) و ابعاد آن بیشتر شود میزان سواد سلامت جسمانی شهروندان بیشتر می‌شود و تمامی فرضیه‌های پژوهش حاضر تأیید می‌شوند.

به منظور تعیین شدت و جهت سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمانی شهروندان شهر بندرعباس از مدل معادله ساختاری بهره گرفته شد. در این پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به آزمون مدل‌های معادله ساختاری پژوهش پرداخته شد. رویکرد در این قسمت رویکرد دومرحله‌ای است؛ بدین معنا که پس از تدوین مدل نظری پژوهش لازم است به بحث برآورد مدل یا، به عبارتی دیگر، برآورد پارامترهای آزاد در مدل و تحلیل شاخص‌های جزئی و کلی مدل پرداخته شود تا مشخص شود که آیا داده‌های تجربی در مجموع حمایت‌کننده مدل نظری تدوین شده هستند یا نه.

مدل‌سازی معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات (PLS)، برخلاف روش کواریانس محور (نرم‌افزارهایی نظیر AMOS، LISREL و EQS)، فاقد شاخص‌های برازش مدل مبتنی بر کای دو برای بررسی میزان مطابقت مدل نظری با داده‌های گردآوری شده است؛ این امر به ماهیت پیش بین محور PLS بستگی دارد. بنابراین شاخص‌های برازش

که به همراه این رویکرد توسعه یافته‌اند مربوط به بررسی کفایت مدل در پیش‌بینی متغیرهای وابسته می‌شوند؛ مانند شاخص‌های افزونگی^۱ و حشو^۲ یا شاخص GOF. در واقع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که برای مدل اندازه‌گیری معرف‌ها تا چه حد توانایی پیش‌بینی سازه زیربنایی خود را دارند و برای مدل ساختاری، متغیرهای برون‌زا تا چه حد و با چه کیفیتی توانایی پیش‌بینی متغیرهای درون‌زای مدل را دارند. برآوردهای مربوط به شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل ساختاری و پارامترهای اصلی این مدل (اثر متغیر سواد رسانه‌ای بر سواد سلامت جسمانی شهروندان) در شکل ۱ و جداول ۶ و ۷ گزارش شده است:



شکل ۲. مدل معادله ساختاری اثر سواد رسانه‌ای بر سواد سلامت جسمانی شهروندان

جدول ۶. برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	GOF	SRMR	NFI
مقدار	۰/۸۰	۰/۰۸۵	۰/۹۲

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری در مجموع بیانگر این است که داده‌ها از مدل نظری پژوهش حمایت می‌کنند؛ به عبارت دیگر، برازش داده‌ها به مدل برقرار است و شاخص‌ها بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دلالت دارند (جدول ۶).

1. Communalities

2. Redundancy

جدول ۷. برآورد اثر متغیر سواد رسانه‌ای بر سواد سلامت جسمانی

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضریب تعیین	ضریب اثر	مقدار بحرانی	سطح معناداری
سواد رسانه‌ای	<---	سواد سلامت جسمانی شهروندان	۰/۲۵	۰/۵۰۱	1/2	۰/۰۰۱

بر اساس مقادیر برآورد شده در جدول ۷: ۱) متغیر سواد رسانه‌ای در مجموع ۰/۵۰۱ / از واریانس متغیر احساس سواد سلامت جسمانی شهروندان را تبیین می‌کند، با مد نظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط (۰/۲۵) برآورد می‌شود؛ به عبارت دیگر، متغیر سواد رسانه‌ای در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سواد سلامت شهروندان را دارد. ۲) اثر متغیر سواد رسانه‌ای بر سواد سلامت جسمانی به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین فرضیه کلی پژوهش، مبنی بر اینکه متغیر سواد رسانه‌ای بر متغیر سواد سلامت شهروندان تأثیر دارد، تأیید می‌شود. با توجه به مقدار ضریب تأثیر می‌توان گفت اثر متغیر سواد رسانه‌ای بر متغیر سواد سلامت جسمانی شهروندان مثبت، مستقیم و در حد متوسط برآورد می‌شود؛ به این معنا که افزایش میزان سواد رسانه‌ای می‌تواند در حد متوسط به تقویت سواد سلامت جسمانی شهروندان منجر شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین سواد سلامت رسانه‌ای و سواد سلامت جسمانی در بین شهروندان شهر بندرعباس بوده است. در جهان امروز، شاید یکی از تأثیرگذارترین عنصری که بشر تا به حال به آن دست یافته رسانه و فناوری‌های مربوط به آن است که به رسانه‌های نوین و شبکه‌های اجتماعی ختم شده است. می‌توان این‌گونه استنباط کرد که بیشتر عمر انسان در حال مواجهه با انواع رسانه‌ها بوده و روز به روز نیز این نفوذ در حال افزایش است. البته رسانه در تمامی موارد نیز نمی‌تواند باعث تغییر جهت تفکر فرد شود؛ ولی با این حال، قطعاً با تکرار یک موضوع می‌تواند تأثیرگذاری گسترده‌ای داشته باشد. از سویی دیگر، سواد سلامت جسمانی نیز مسئله‌ای مهم در جهان پیرامون ماست و مطالعات مرکز مراقبت‌های بهداشتی آمریکا نشان داده که افراد، به جای بهره بردن از کتاب و اطلاعات شفاهی، بیشتر به دستورالعمل‌های ارائه شده از سوی رسانه‌ها عمل می‌کنند و البته میزان خودمراقبتی آن‌ها افزایش می‌یابد و هزینه‌های اضافی پزشکی کمتری را متحمل می‌شوند (مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا، ۲۰۱۸). شاخص‌هایی که با توجه به اهمیت موضوع سواد سلامت جسمانی در پژوهش حاضر به عنوان متغیر وابسته تحلیل شده‌اند عبارت‌اند از: ارزش‌یابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات،

استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه‌ها. یافته‌ها حاکی از آن است که بین تمامی ابعاد سواد رسانه‌ای و همچنین میزان کل آن با سواد سلامت جسمانی از دیدگاه شهروندان رابطه مثبت و مستقیم و معناداری وجود دارد. در این میان، رابطه بین ارزش‌یابی اطلاعات رسانه‌ها و سواد سلامت ($P=0/42$) دارای بیشترین ضریب هم‌بستگی و رابطه بین چگونگی استفاده از رسانه‌ها و سواد سلامت دارای کمترین ضریب هم‌بستگی ($P=0/26$) است. همچنین رابطه بین ترکیب اطلاعات ($P=0/37$)، استفاده هدفمند از رسانه‌ها ($P=0/32$) و تبادل اطلاعات ($P=0/28$) با سواد سلامت جسمانی از دیدگاه شهروندان دارای ضریب هم‌بستگی مثبت و معنادار است. بنابراین می‌توان استدلال کرد که هرچه میزان سواد رسانه‌ای ($P=0/36$) و ابعاد آن بیشتر شود، میزان سواد سلامت جسمانی شهروندان بیشتر می‌شود و تمامی فرضیه‌های پژوهش حاضر تأیید می‌شوند. نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (Smart PLS) نیز نشان داد که متغیر سواد رسانه‌ای در مجموع $0/50$ از واریانس متغیر سواد سلامت جسمی را تبیین می‌کند. با مد نظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط ($0/25$) برآورد می‌شود؛ به عبارت دیگر، متغیر سواد رسانه‌ای در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سواد سلامت جسمانی را دارد.

پژوهش‌های بسیاری در زمینه رابطه بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت انجام شده‌اند، اما تفاوت این پژوهش‌ها در بررسی ابعاد مختلف و جوامع آماری مختلف بوده و هرکدام در واقع نتایج خاص مربوط به خود را گرفته‌اند؛ زیرا هر جامعه آماری تأثیرپذیری متفاوتی، با توجه به خصوصیات آن جامعه، از موضوع پژوهش داشته و متفاوت است. در خصوص پژوهش حاضر به‌عنوان تنها نمونه بررسی شده با مدل معادله ساختاری می‌توان گفت که سواد رسانه‌ای و رسانه‌ها می‌توانند تا 50 درصد از مشکلات سواد سلامت جسمی را حل کنند و با توجه به تأثیرپذیری زیاد، توجه به این امر بسیار ضروری است.

بسیاری از پژوهش‌های انجام شده نگاهی جزءنگرانه به ارتباط بین سواد سلامت و رسانه داشته‌اند و به‌صورت کلی به پدیده سلامت جسمی اشاره نکرده‌اند. همچنین پژوهش‌های انجام شده در مورد نوجوانان و جوانان بوده و نگاهی جمعی نداشته‌اند. هیچ‌کدام از پژوهش‌ها از شاخص‌های پژوهش حاضر استفاده نکرده‌اند؛ علت آن هم محقق ساخته بودن پرسش‌نامه پژوهش بوده و هیچ‌کدام از پژوهش‌هایی که با موضوع پژوهش ما ارتباط داشته‌اند به ارزش‌یابی اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق رسانه اشاره نکرده‌اند و این موضوع بسیار حساس و کلیدی است. پژوهش حاضر نیز نشان داد که شاخص مذکور هم‌بستگی بالایی با سواد سلامت جسمی دارند و میانگین پایین آن نشان از غفلت از این شاخص در جامعه مورد مطالعه است. همچنین رابطه بین سن و جنسیت و سواد سلامت

در میان مطالعات متناقض بود. مطالعات انگشت‌شماری به بررسی نژادی یا قومیتی پرداخته‌اند و به صورت محلی این مطالعات انجام نشده‌اند، در صورتی که مطالعه ما یک جامعه محلی را دربرگرفته است که از لحاظ عادات قومی و نژادی تقریباً حالت یکسانی دارد (Chang et al., 2015; Chang et al. 2016; Hove, Paek, & Isaacson, 2011; Levin-Zamir, Lemish, & Gofin, 2011; Paek & Hove, 2012; Primack et al. 2006; Salgado, 2012) پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند که افراد با تحصیلات پایین بیشتر در معرض کاهش سواد سلامت قرار دارند و لازم است، با افزایش تحصیلات، سواد سلامت این افراد نیز افزایش پیدا کند (Nutbeam, 2008).

از طرف دیگر، بسیاری از افراد درک درستی از محتوای پیام رسانه‌ای ندارند و همین امر می‌تواند باعث سردرگمی افراد شود و شاید علت آن نیز مواجهه فرد با مطالب مختلفی باشد که در رسانه‌ها در زمینه سلامت جسمی منتشر می‌شوند (SotoudehRad, Taghizadeh, Heidari, & Keshvari, 2020). در واقع در زمینه ترکیب اطلاعات، پژوهش حاضر با این مطالعه همسو بوده است. در مطالعه ستوده‌راد و همکاران (۲۰۲۰) به شاخص ترکیب اطلاعات و نیاز به آن اشاره نشده و به عدم درک بیشتر اشاره شده، اما در واقع در مواجهه با بمب باران اطلاعات رسانه‌ها در موضوعی مانند سواد سلامت لازم است تا افراد اولاً هدفمند از آن استفاده کنند و ثانیاً، با توجه به هم‌بستگی و میانگین زیاد توانایی ترکیب اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه، بتوانند از اطلاعات استفاده کنند. همچنین یافته‌های پژوهش با نظریه‌های سودورو و شیلینگرو پاتر همخوانی دارند. هرکدام از این اندیشمندان در نظریه‌های خود به نقش سواد رسانه‌ای در افزایش سواد سلامت اشاره کرده‌اند و عقیده دارند که سواد رسانه‌ای باعث افزایش سواد سلامت جسمانی مردم می‌شود.

بنابراین مشاهده می‌شود که سواد رسانه‌ای یکی از منابع مهم در افزایش سواد سلامت مردم است و با افزایش سواد رسانه‌ای در ابعاد مختلف میزان سواد سلامت افزایش پیدا می‌کند. برای ارتقای سواد سلامت در جامعه، رسانه‌ها نقش حیاتی دارند و بسیاری از مردم سواد سلامت خود را از رسانه‌ها به خصوص رسانه ملی می‌گیرند. حال با توجه به افزایش برنامه‌های صداوسیما در حوزه سلامت، قطعاً این تأثیر در برهه فعلی بیشتر از قبل شده است. با جایگاهی که رسانه‌های گروهی و وسایل ارتباط جمعی از تولد تا مرگ در زندگی امروزی بشر پیدا کرده‌اند، می‌توان آن‌ها را در زمره نهاد‌های اجتماعی و یکی از عوامل عمده مؤثر بر پذیرش هنجارها و ارزش‌های اجتماعی قلمداد کرد؛ در نتیجه آن‌ها تأثیر بسزایی در نگرش افراد به وقایع اطراف خود دارند و باید سواد رسانه‌ای را برای استفاده هرچه بیشتر از رسانه‌ها تقویت کرد.

بنابراین، با توجه به ارتباط مثبت بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت باید این فکر را القا کرد که سواد رسانه‌ای به قشر و طبقه خاصی اختصاص ندارد، بلکه همه‌جانبه و فراگیر بوده و همه افراد جامعه را در تمامی سطوح و طبقه دربرمی‌گیرد؛ کشورهایی همچون ژاپن و کانادا که سردمداران سواد

رسانه‌ای هستند موضوع سواد رسانه‌ای را جزء عناوین درسی مدارس خود قرار داده‌اند، درحالی‌که در کشور ما حتی اکثر دانشجویان و بالآخر دانشجویان ارتباطات با این اصطلاح آشنایی ندارند. این در حالی است که، با توجه به اهمیت روزافزون سواد رسانه‌ای در جامعه، ضرورت آشنایی و استفاده از این اصطلاح (سواد رسانه‌ای) بیش از پیش شده است و این موضوع می‌تواند به‌ویژه در زمینه سلامت و کیفیت زندگی، که از جمله مهم‌ترین ابعاد زندگی هر فردی است، مفید باشد.

همچنین باید به مصرف‌کنندگان رسانه‌ها این فکر را القا کرد که سواد رسانه‌ای، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پدیده‌های عصر اطلاعات و ارتباطات، ظهور کرده تا به مخاطب یاری کند تا سطح اطلاعات و آگاهی‌های خود را افزایش دهد و سعی کند صرفاً از سرعادت و تفریح و تفنن از رسانه‌ها استفاده نکند، بلکه باینش و آگاهی و دانش لازم به تولید و تفسیر پیام‌ها بپردازد و مصرف‌کننده صرف نباشد.

پیشنهادها

با توجه به ارتباط مثبت بین سواد رسانه‌ای و سواد سلامت باید این فکر را القا کرد که سواد رسانه‌ای به قشر و طبقه خاصی اختصاص ندارد، بلکه همه‌جانبه و فراگیر بوده و همه افراد جامعه را در تمامی سطوح و طبقه دربرمی‌گیرد؛ کشورهایی همچون ژاپن و کانادا که سردمداران سواد رسانه‌ای هستند موضوع سواد رسانه‌ای را جزء عناوین درسی مدارس خود قرار داده‌اند، درحالی‌که در کشور ما حتی اکثر دانشجویان و بالآخر دانشجویان ارتباطات با این اصطلاح آشنایی ندارند. این در حالی است که، با توجه به اهمیت روزافزون سواد رسانه‌ای در جامعه، ضرورت آشنایی و استفاده از این اصطلاح (سواد رسانه‌ای) بیش از پیش شده است و این موضوع می‌تواند به‌ویژه در زمینه سلامت و کیفیت زندگی، که از جمله مهم‌ترین ابعاد زندگی هر فردی است، مفید باشد.

باید به مصرف‌کنندگان رسانه‌ها این فکر را القا کرد که سواد رسانه‌ای به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پدیده‌های عصر اطلاعات و ارتباطات ظهور کرده تا به مخاطب استعانت کند تا سطح اطلاعات و آگاهی‌های خود را فزونی بخشد و سعی کند صرفاً از سرعادت و تفریح و تفنن از رسانه‌ها استفاده نکند، بلکه باینش و آگاهی و دانش لازم به تولید و تفسیر پیام‌ها بپردازد و مصرف‌کننده صرف نباشد. دولت بهتر است، به جای هزینه سنگینی که صرف فیلترینگ و بگه‌های مختلف می‌کند، به افزایش سواد رسانه‌ای کاربران بپردازد. دولت می‌تواند با افزایش سواد رسانه‌ای سواد سلامتی کاربران را ارتقا بخشد و بدین ترتیب کیفیت زندگی افراد را افزایش دهد.

قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی در زمینه فیلترینگ پایدار نیستند و سخت‌گیری‌های سازنده‌ای ندارند، لذا می‌توان گفت که یکی از نیازهای امروزه که خانواده‌ها را با مشکل مواجه کرده و حتی روابط والدین و فرزند را تحت تأثیر قرار داده است بهره‌گیری نادرست از دنیای مجازی، شبکه‌های ماهواره‌ای و... است؛ از این رو، برای مصون ماندن از آسیب‌های دنیای مجازی باید راهکار جامعه‌پذیری رسانه‌ای را در دستور کار قرار داد.

منابع و مأخذ

- بیران، صدیقه (۱۳۸۲). سواد رسانه‌ای در برخورد یا خشونت رسانه‌ای. ایران، ۲۳ مهرماه، شماره ۲۶۰۹.
- بهبودی مقدم، زهرا و امیر رستگار (۱۳۹۵). «کاربرد تکنولوژی‌های نوظهور و رسانه‌های اجتماعی در نظام سلامت». **فصلنامه مدیریت رسانه**، شماره ۲۳: ۲۵۳۴.
- بیگدلی، زاهد و زهیر حیاتی و غلامرضا حیدری و طاهره جوکار (۱۳۹۵). «بررسی جایگاه اینترنت در رفتار اطلاع‌یابی سلامت: مطالعه جوانان کاربر اینترنت در شهر شیراز». **تعامل انسان و اطلاعات**، شماره ۹: ۶۷.۷۸.
- تبریزی، منصوره (۱۳۹۸). «رابطه رسانه‌ای شدن زندگی روزمره و سلامت خانواده». **فصلنامه علمی مطالعات رسانه‌های نوین**، شماره ۱۸: ۲۰۲. ۱۶۷.
- تقی‌زاده، عباس (۱۳۹۰). «مطالعه عوامل مؤثر بر رژیم مصرف رسانه‌ای دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمان». **پژوهشگران فرهنگ**، شماره ۲۸: ۱۶۳.۱۹۱.
- حامدی، محمد (۱۳۹۱). «عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با سواد رسانه‌ای مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران شرق». **فصلنامه مطالعات رسانه‌ای**، شماره ۱۹: ۶۵.۷۸.
- خسروی، عبدالرسول و خدیجه احمدزاده (۱۳۹۴). «بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر و شناسایی عوامل مؤثر بر آن». **مجله طب جنوب**، شماره ۱۸: ۱۲۴۵-۱۲۵۳.
- رحیمی حسن‌آباد، ویدا و افرا ارغوان (۱۳۹۷). **بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با کیفیت زندگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان**. یازدهمین همایش دانشجویی تازه‌های علوم بهداشتی کشور، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- رسولی، اکبر و فروغ سرایی (۱۳۹۷). **بررسی نقش سواد سلامت بر روی اثرات خدمات و اطلاعات سلامت آنلاین: مطالعه مروری**. یازدهمین همایش دانشجویی تازه‌های علوم بهداشتی کشور، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- رضایی اسفهرود، زینب و احمد حائریان اردکانی و مسعود رحمانیان و مهرداد غفاری طرقی (۱۳۹۵). «بررسی سطح سواد سلامت در مراجعین به مرکز تحقیقات دیابت یزد». **طلوع بهداشت یزد**، شماره ۳: ۱۷۹.۱۸۶.
- زارع کهن، نفیسه (۱۳۹۳). «ارتقای سواد رسانه‌ای لازمه تحقق جامعه مدنی». **رسانه**، شماره ۹۷: ۱۰۹.۱۱۹.
- شورای عالی فضای مجازی (۱۳۹۵). **سطح عمومی سواد رسانه‌ای در ایران ۱۲ از ۱۰۰ است**. خبرگزاری مهر، بازیابی شده در: mehrnews.com
- صالحی نیک، سمیه و زهرا امیریان و طاهره شریفی و فرشته نجفی هدک (۱۳۹۶). **ارتباط سواد**

سلامت با کیفیت زندگی در رابطين سلامت. دوازدهمین کنگره پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی شرق کشور، گناباد، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد.

طهرانی، هادی (۱۳۹۵). «سواد رسانه‌ای سلامت». **سواد سلامت**، شماره ۳: ۱۶. طهرانی بنی هاشمی، سید آرش و محمدمیرامیرخانی و علی اکبر حق دوست و سید موید علویان و هما اصغری فرد و حمید برادران و مژگان برغمدی و سعید پارسی نیا و و سحر فتحی رنجبر (۱۳۸۶). «سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن». **گام‌های توسعه در آموزش پزشکی**، شماره ۱۹: ۱.

محمدی، فرح سعیده و محمدحسن ساعتی عصر و افسانه کاویانی منش و مجید براتی و مریم افشاری و یونس محمدی (۱۳۹۶). «سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان». **آموزش و سلامت جامعه**، شماره ۲: ۱۱۱۷.

معصومی‌زاده دزفولی، خدیجه سادات (۱۳۹۵). **اثر رسانه‌ها بر گرایش جوانان به سبک زندگی نوین مرتبط با سلامت**. دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.

Akti, S., & GÜrol, A. (2012). 'Determining the relationship between media literacy and social skills'. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 64, 238-243.

Centers for Disease Control and Prevention (2018). **CDC healthy schools: National health education standards**. Washington, D.C.: The American Cancer Society.

Chang, F. C., Chiu, C. H., Chen, P. H., Miao, N. F., Lee, C. M., Chiang, J. T., & Pan, Y. C. (2015). Relationship between parental and adolescent eHealth literacy and online health information seeking in Taiwan. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking**, 18(10), 618-624.

Chang, F. C., Miao, N. F., Lee, C. M., Chen, P. H., Chiu, C. H., & Lee, S. C. (2016). 'The association of media exposure and media literacy with adolescent alcohol and tobacco use'. **Journal of health psychology**, 21(4), 513-525.

Ciboci, L., & Labaš, D. (2019). 'Digital Media Literacy, School and Contemporary Parenting'. **Medijske studije**, 10(19), 83-101.

Dempsey, L. (2020). 'Technological acceptance and media literacy 2005-2018: a longitudinal study of outlooks before, during and post internet adoption'. **The Journal of Media Innovations**, 6(1), 77-92.

- Greenwood, V. E. (2019). 'Health Media Literacy'. **The International Encyclopedia of Media Literacy**, 5(2), 1-8.
- Hove, T., Paek, H. J., & Isaacson, T. (2011). 'Using adolescent eHealth literacy to weigh trust in commercial web sites: the more children know, the tougher they are to persuade'. **Journal of Advertising Research**, 51(3), 524-537.
- Karim, H. A. (2020). 'Health Literacy Among Rural Communities: Issues of Accessibility to Information and Media Literacy'. **Journal Komunikasi: Malaysian Journal of Communication**, 36(1).
- Kickbusch, L., Wait, S., & Maag, D. (2014). 'Navigating Health: the Role of Health Literacy'. **Kickbusch Health Consult Web Site**: 2006 [updated 18 June, 2014; cited 25 November.
- Lau, J., & Grizzle, A. (2020). 'Media and information literacy: intersection and evolution, a brief history'. **Informed Societies**, 89.
- Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., Tsai, Y. W., & Kuo, K. N. (2010). 'Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey'. **BMC public health**, 10(1), 1-8.
- 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.
- Nutbeam, D. (2000a). 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century'. **Health promotion international**, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2000b). 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century'. **Health Promot Int** 2000, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). 'The evolving concept of health literacy'. **Social science & medicine**, 67(12), 2072-2078.
- Paek, H. J., & Hove, T. (2012). 'Social cognitive factors and perceived social influences that improve adolescent eHealth literacy'. **Health communication**, 27(8), 727-737.
- Primack, B. A., Gold, M. A., Switzer, G. E., Hobbs, R., Land, S. R., & Fine, M. J. (2006). 'Development and validation of a smoking media literacy scale for adolescents'. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, 160(4), 369-374.

- Salgado, M. V., Pérez-Stable, E. J., Primack, B. A., Kaplan, C. P., Mejia, R. M., Gregorich, S. E., & Alderete, E. (2012). 'Association of media literacy with cigarette smoking among youth in Jujuy'. **Argentina. Nicotine & Tobacco Research**, 14(5), 516-521.
- SotoudehRad, F., Taghizadeh, A., Heidari, Z., & Keshvari, M. (2020). 'Investigating the Relationship between Media Literacy and Health Literacy in Iranian Adolescents, Isfahan, Iran'. **International Journal of Pediatrics**, 8(5), 11321-11329.
- Sudore, R.L. & Schillinger, D. (2009). 'Interventions to improve care for patients with limited health literacy'. **Journal of clinical outcomes management: JCOM**. 16(1), 20.
- Zhang, L., Zhang, H., & Wang, K. (2020). 'Media Literacy Education and Curriculum Integration: A Literature Review'. **International Journal of Contemporary Education**, 3(1), 55-64.