

## A Path Analysis on Media Health Literacy and its Relation to Social Media Consumption in Tehran

**Azadeh Salemi** 

Ph.D. Student in Communication Sciences, Department of Communication Sciences, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science And Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Hadi Khaniki** 

Professor, Department of Communication Studies, Faculty of Communication Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Habib Sabouri  
KhosrowShahi** 

Assistant Professor, Department of Communication and Social Sciences, Faculty of Humanities Sciences, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Shahnaz Hashemi** 

Associate Professor, Organization for Educational Research and Planning, Tehran, Iran.

### Abstract

In spite of the necessity of Media Literacy for optimal use of new communication technologies, media consumption experience may increase media literacy as well. The purpose of the present research is to propose a model for predicting internet users' media health literacy according to their Social Media Consumption patterns. By Media Health Literacy, we mean people's perceived abilities to access, analyze, create and convey health messages through media. The research method is a survey that was conducted in May 2019. The research tool is the questionnaire whose reliability (Cronbach's Alpha=0.837) and validity (face validity and construct validity) have been confirmed. The statistical population is adult citizens of Tehran who use the internet. According to the Path Analysis model, "Gratifications obtained from social media use in the field of health" are the most powerful predictor of "Media Health Literacy" levels. "Frequency of Social Media Use", "years of education", "Adoption of

Corresponding Author: [khaniki@atu.ac.ir](mailto:khaniki@atu.ac.ir)

**How to Cite:** Salemi, A., Khaniki, H., Sabouri KhosrowShahi, H., Hashemi, Sh. (2022). A Path Analysis on Media Health Literacy and its Relation to Social Media Consumption in Tehran, *Journal of New Media Studies*, 8(29), 41-74.

health-related social media" and "Age" are the other independent variables that have shares in predicting Media Health Literacy's level among Social Media Users in Tehran. In conclusion, with the increase in citizens' access to the internet, the digital divide shifts from unequal access to new communication technologies to the quality of usage. In addition, the digital divide remains between social groups in terms of "age" and "years of education", but "sex" does not define Social Media Users' "Media Health Literacy" levels.


**Keywords:** Digital Divide, Media Consumption, Media Health Literacy, Path Analysis, Social Media.




## الگوی تحلیل مسیر سواد رسانه‌ای سلامت و ارتباط آن با

### مصرف رسانه‌های اجتماعی در تهران

دانشجوی دکتری رشته ارتباطات، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.


آزاده سالمی 

استاد، گروه آموزشی مطالعات ارتباطی، دانشکده ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.


هادی خانیکی \* 

استادیار گروه ارتباطات و علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

حبیب صبوری

خسروشاهی 

دانشیار گروه پژوهشی مشارکت‌ها و ارتباطات، پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، تهران، ایران.

شهناز هاشمی 

#### چکیده

استفاده بهینه از فناوری‌های نوین ارتباطی در عین حالی که نیازمند سواد رسانه‌ای است، ممکن است با بهبود این مهارت‌ها همراه باشد. برای بررسی این موضوع، هدف از این پژوهش، دستیابی به الگویی برای پیش‌بینی وضعیت سواد رسانه‌ای در حوزه سلامت با توجه به نقش و سهم استفاده کاربران از رسانه‌های اجتماعی است. منظور از سواد رسانه‌ای سلامت، درک افراد از توانایی‌شان در دسترسی، تحلیل، خلق و انتقال پیام‌های ارتباطی در حوزه سلامت از طریق رسانه‌هاست. روش تحقیق، پیمایش و جامعه آماری، شهروندان بزرگسال تهرانی هستند که از اینترنت استفاده می‌کنند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای و زمان اجرای پیمایش، اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۸ بوده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته است که روایی (صوری و سازه) و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳۷) آن مناسب ارزیابی شده است. بر اساس الگوی تحلیل مسیر، از میان متغیرهای بررسی‌شده، «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» بیشترین سهم را در پیش‌بینی تغییرات سواد رسانه‌ای سلامت کاربران اینترنت در تهران دارد و بعد از آن به ترتیب «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، «سال‌های

تحصیل»، «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» و «سن» قرار دارند. می‌توان نتیجه گرفت با افزایش ضریب نفوذ اینترنت، شکاف دیجیتال بیش از دسترسی و میزان استفاده اعضای جامعه از فناوری‌های نوین، در زمینه نحوه بهره‌گیری آنان از این رسانه‌ها معنا پیدا می‌کند. در بین متغیرهای زمینه‌ای، «جنس» نقشی در تبیین سواد رسانه‌ای در حوزه سلامت نداشته است اما «تحصیلات» و «سن» به شکاف دیجیتال در بین گروه‌های اجتماعی دامن می‌زنند.

**کلیدواژه‌ها:** تحلیل مسیر، رسانه‌های اجتماعی، سواد رسانه‌ای سلامت، شکاف دیجیتال، مصرف رسانه‌ای.



## مقدمه

از سال ۲۰۱۰، استفاده از اینترنت به‌عنوان اولین یا یکی از اصلی‌ترین منابع جستجو و کسب اطلاعات سلامت رو به فزونی گذاشته است. بسیاری از افراد پیش از مراجعه به پزشک، برای دریافت اطلاعات تکمیلی و مقایسه درمان‌های جایگزین، به سراغ رسانه‌های اجتماعی<sup>۱</sup> می‌روند (Jacobs, et al., 2017: 2). رسانه‌های اجتماعی، برنامه‌های کاربردی مبتنی بر اینترنت هستند که بر مبنای ایدئولوژیکی و فناوریانه وب<sup>۲</sup> استوارند و امکان خلق و تبادل محتوای تولیدشده توسط کاربران را فراهم می‌کنند (Kaplan & Haenlein, 2010: 61).

در ابتدای دهه ۹۰ شمسی، اینترنت پنجمین اولویت شهروندان تهرانی برای دریافت اطلاعات سلامت بود (خانیک و راثی تهرانی، ۱۳۹۰)؛ در میانه این دهه، چهارمین اولویت شهروندان کشور شد (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ و در سال‌های پایانی دهه به یکی از اولین منابع کسب اطلاعات سلامت، به‌ویژه برای جوانان و نوجوانان تبدیل گردید (Kavosi, et al., 2020: 5). استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت، ممکن است با مخاطراتی همراه باشد که به کیفیت زندگی و سلامت انسان آسیب برساند. محتوای کاربرساخت<sup>۳</sup> به تولید و انتشار انبوهی از اطلاعات ناقص یا نادرست<sup>۴</sup>، مطالب سوگیرانه و شایعات منجر می‌شود. اخبار و اطلاعات جعلی، تئوری‌های توطئه و مطالب فریبنده<sup>۵</sup> که به دلیل جاذبه شگفتی و ترس، به‌ویژه در زمان بحران‌ها با سرعتی بیشتر از اطلاعات موثق و صحیح منتشر می‌شوند، از دیگر دلایل نگرانی در مورد کیفیت اطلاعات سلامت در رسانه‌های اجتماعی به شمار می‌رود (باستانی و نصراللهی، ۱۳۹۹؛ سیف و همکاران، ۱۳۹۹).

---

### 1. Social Media

۲. وب سایت‌هایی را شامل می‌شود که به کاربران اجازه می‌دهند علاوه بر بازیابی اطلاعات (آنچه در وب ۱ مرسوم است)، محتوا را تولید یا بازنشر کنند یا با تغییراتی به اشتراک بگذارند (کریر و مارتین، ۱۳۹۱: ۱۹).

### 3. User Generated Content

### 4. Misinformation

### 5. Disinformation

بهره‌مندی از فرصت‌های ابزارهای ارتباطی و در امان ماندن از چالش‌های آنها نیازمند سواد رسانه‌ای<sup>۱</sup> است. مراد از سواد رسانه‌ای، توانایی افراد در دسترسی، تحلیل، ارزیابی و انتقال پیام‌های ارتباطی در شکل‌های متنوع است (پاتر، ۱۳۹۳: ۵۳). اصطلاح «سواد» با تشبیه این توانایی‌ها به خواندن و نوشتن، ضمن تأکید بر ضرورت حیاتی، مبین آموختنی بودن این مهارت‌هاست (Tornero, 2004: 40). امروزه آموزش رسمی تنها یکی از منابع متعدد کسب دانش و مهارت محسوب می‌شود. به‌علاوه، مراجع رسمی آموزش سواد رسانه‌ای و حتی وبسایت‌های تخصصی این حوزه، ممکن است انواع دانش و مهارت‌های موردنیاز و به‌روز برای استفاده بهینه از فناوری‌های نوین ارتباطی را پوشش ندهند و بیش از توجه به بهره‌مندی از مزایای این رسانه‌ها، بر مخاطرات و پیامدهای منفی آنها تمرکز داشته باشند (پاکدهی و شبیری، ۱۳۹۶: ۳۱). این در حالی است که فناوری‌های جدید، فرصت‌های نامحدودی را برای ارتقای مهارت و دانش در طول عمر فراهم می‌کنند و فرایندهای یادگیری خودآموخته و اتفاقی، در طی زندگی روزمره جریان دارند (Ericsson, 2017, website). از این منظر استفاده از رسانه‌های جدید نه تنها نیازمند مهارت‌های سواد رسانه‌ای است، بلکه ممکن است با بهبود این مهارت‌ها همراه باشد (Gentikow, 2007: 78). چنانکه در مدل سواد رسانه‌ای اتحادیه اروپا، «دسترسی رسانه‌ای» به‌عنوان یکی از عوامل محیطی مؤثر بر سواد رسانه‌ای تلقی شده است (Celot, et al., 2009: 7).

مفهوم «سواد رسانه‌ای سلامت»<sup>۲</sup> را لوین زمیر<sup>۳</sup> و همکاران (Levin-Zamir et al., 2011) مطرح کردند اما آن را به لحاظ نظری و شیوه سنجش، توسعه ندادند. در ایران باوجود اجرای پژوهش‌های مختلف برای سنجش سواد سلامت<sup>۴</sup> و سواد سلامت الکترونیک<sup>۵</sup>، سنجش سواد رسانه‌ای در حوزه سلامت، مهجور بوده است. این در حالی

- 
1. Media Literacy
  2. Media Health Literacy
  3. Levin-Zamir
  4. Health Literacy
  5. Ehealth Literacy

است که مهارت‌های ارتباطی به‌ویژه در استفاده از رسانه‌های اجتماعی، در ابزارهای سنجش سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک مغفول مانده‌اند.<sup>۱</sup> اخیراً رئیسی نافچی و همکاران به تدوین و اعتباریابی ابزار سنجش سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی برای دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم پرداخته‌اند (رئیس نافچی، ۱۴۰۰). این پژوهش، تنها به بعد انتقادی مهارت‌های سواد رسانه‌ای سلامت متمرکز است و جامعه هدف کوچکی را پوشش می‌دهد. نظر به گسترش استفاده از اینترنت<sup>۲</sup> و رسانه‌های اجتماعی<sup>۳</sup>، اجرای پیمایش در سطح شهر تهران برآوردی از وضعیت استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت و میزان برخورداری کاربران از سواد و مهارت‌های موردنیاز در این زمینه به دست می‌دهد. آنچه بیش از آگاهی از سطح سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان در یک مقطع زمانی مشخص اهمیت دارد، دستیابی به الگویی برای پیش‌بینی وضعیت سواد رسانه‌ای مخاطبان هدف پیام‌های سلامت است. این امر شناختی از توانمندی‌ها و نقاط ضعف گروه‌های مختلف اجتماع فراهم می‌کند که می‌تواند برای متخصصان، سیاست‌گذاران و تولیدکنندگان محتوای سلامت که دغدغه برقراری ارتباط مؤثر با مخاطبان خود را دارند، در هر زمان مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس، سؤال محوری این تحقیق آن است که چگونه می‌توان سواد رسانه‌ای سلامت کاربران رسانه‌های اجتماعی را پیش‌بینی کرد؟ میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی و نحوه استفاده از آن‌ها در حوزه سلامت، چه سهمی در

۱. ابزارهای استاندارد سنجش سواد سلامت، عمدتاً بر توانایی خواندن واژه‌ها یا درک و شمارش اعداد معطوف هستند (آزبورن، ۱۳۹۹: ۱۲). از طرف دیگر سواد سلامت الکترونیک مهارت‌های گسترده‌ای را دربرمی‌گیرد (سوادهای پایه، اطلاعاتی، رسانه‌ای، سلامت، علمی و رایانه‌ای) ولی ابزار سنجش آن تنها دارای ۸ سؤال است (Norman & Skinner, 2006) که به نظر نمی‌رسد برای سنجش دقیق انواع مهارت‌های پیش‌گفته کافی باشد.

۲. در سال ۱۳۹۹، ضریب نفوذ اینترنت پهن‌بند در کشور به ۱۰۴ درصد رسید (سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی، ۱۳۹۹، سایت).

۳. در ابتدای سال ۲۰۲۱، ضریب نفوذ اینترنت در جهان ۵۹/۵ درصد بود و تنها ۵/۹ درصد از کاربران اینترنت، از رسانه‌های اجتماعی استفاده نمی‌کردند (websiteKemp, 2021). در سال ۱۳۹۹، ۷۳/۶ درصد از بزرگسالان ایرانی از رسانه‌های اجتماعی استفاده کرده‌اند (ایسپا، ۱۳۹۹، سایت).

پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان دارند و نقش متغیرهای زمینه‌ای در این میان چیست؟ فرضیه‌های اصلی تحقیق به شرح ذیل هستند:

۱. با افزایش میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی، سواد رسانه‌ای سلامت کاربران اینترنت افزایش می‌یابد.
۲. با افزایش پذیرش تنوع رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت، سواد رسانه‌ای سلامت کاربران اینترنت افزایش می‌یابد.
۳. با افزایش رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت، سواد رسانه‌ای کاربران اینترنت افزایش می‌یابد.

### مطالعات پیشین

در نخستین پژوهش در مورد سواد رسانه‌ای سلامت، لوین زمیر و همکاران، توانایی‌های سواد رسانه‌ای افراد مورد آزمایش (دانش‌آموزان) را در مواجهه با پیام‌های تلویزیونی مرتبط با سلامت در چهار حوزه تشخیص؛ تأثیر؛ انتقادی؛ و رفتار، به‌وسیله چهار سؤال ارزیابی کردند (Levin-Zamir et al., 2011). در ایران، رئیسی نافچی و همکاران از طریق نظریه زمینه‌ای<sup>۱</sup> و مصاحبه با خبرگان، تحلیل انتقادی محتوا؛ تشخیص تأثیر محتوا بر سلامت؛ و واکنش نسبت به محتوای رسانه را به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی سواد رسانه‌ای انتقادی معرفی کردند (رئیسی نافچی و همکاران، ۱۳۹۹). در ادامه، آنان به تدوین و اعتباریابی ابزار سنجش سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی برای دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم پرداختند. این ابزار دارای سه عامل کاملاً متمایز تحت عناوین «تشخیص تأثیر محتوای رسانه بر سلامت»، «تحلیل انتقادی محتوای مرتبط با سلامت در رسانه» و «واکنش انتقادی نسبت به محتوای رسانه» است (رئیسی نافچی، ۱۴۰۰). مصاحبه عمیق با خبرگان در پژوهش «شفافیت رسانه‌ای: حقیقت، صداقت و حقانیت در گفتمان مراقبت سلامت دیجیتال» به‌نوعی مکمل این یافته‌ها و مبین آن است که رسانه‌ای شدن دیجیتال قادر است شفافیت اطلاعاتی و مطالبه‌گری برای اعتبار، صداقت و حقانیت در زمینه مراقبت‌های



سلامت را توسعه دهد (Blackett, 2013). از آنجا که پژوهش دیگری برای سنجش سواد رسانه‌ای سلامت و ارتباط آن با استفاده از رسانه‌ها منتشر نشده است، به مرور پژوهش‌هایی می‌پردازیم که به مفاهیم نزدیک به سواد رسانه‌ای سلامت مربوط‌اند.

سواد سلامت دیجیتال<sup>۱</sup> مهارت‌های جستجوی اطلاعات، استفاده از فناوری‌های دیجیتال، ارزیابی انتقادی و تشخیص تناسب اطلاعات با موقعیت فرد، حفاظت از حریم خصوصی و توانایی افزودن محتوای کاربرساخت را دربرمی‌گیرد. ابزار سنجش این مفهوم، بیش از پرسشنامه‌های استاندارد سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک به مهارت‌های موردنیاز برای استفاده از اینترنت و رسانه‌های اجتماعی می‌پردازد اما تنها در کشور هلند اعتبارسنجی شده و قابلیت تعمیم آن در جوامع دیگر بررسی نشده است (Vaart & Drossaert, 2017).

پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده رابطه همبستگی مستقیم بین میزان استفاده از اینترنت و رسانه‌های دیجیتال (به‌صورت عام و نه لزوماً در حوزه سلامت) با سواد سلامت (Adhilarso & Suyanto, 2018)، سواد سلامت الکترونیک (Boonwathanopas, 2016) و سواد سلامت دیجیتال (Vaart & Drossaert, 2017) هستند. درعین حال تحلیل رگرسیون نشان داده است میزان استفاده از وب‌سایت‌های مرتبط با سلامت تأثیر زیاد و مثبت؛ و کل زمان صرف‌شده در استفاده از رسانه‌ها تأثیر کم و حاشیه‌ای بر سواد سلامت دارند (Rosenbaum, et al., 2018).

در زمینه پذیرش نوآوری‌ها، رابطه همبستگی بین سواد سلامت بزرگ‌سالان آمریکایی و پذیرش استفاده از برنامه‌های کاربردی در حوزه سلامت معنادار گزارش شده است (Mackert, et al., 2016). همچنین ارتباط سواد سلامت الکترونیک کاربران مسن اینترنت با میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت (Tennant, 2013) و ارتباط سواد سلامت دیجیتال با استفاده از اینترنت در حوزه سلامت (Vaart & Drossaert, 2017)، مستقیم و معنادار گزارش شده است. تفاوت معنادار بین نمره سواد سلامت دانش‌آموزان در هنگ‌کنگ، قبل و بعد از دریافت محتوای آموزشی از طریق

رسانه‌های اجتماعی نیز مؤید ارتقای سواد سلامت آنان است (Tse, et al., 2015). برخلاف این یافته‌ها، پیمایش آنلاین با موضوع «سواد سلامت، استفاده از اطلاعات سلامت و اعتماد به آن‌ها» نشان داد کاربرانی که بیشتر از رسانه‌های اجتماعی برای کسب اطلاعات سلامت استفاده می‌کنند، دارای سطوح پایین‌تری از سواد سلامت هستند (Chen, et al., 2018). رابطه معکوس بین میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی و سواد، نه تنها در حوزه سلامت، بلکه در مورد سواد رسانه‌ای نیز گزارش شده است. به‌عنوان نمونه، نعمتی‌فر و همکاران با استفاده از آزمون رگرسیون، دو متغیر تحصیلات (با ضریب رگرسیون ۰/۲۱۷) و میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی (با ضریب رگرسیون ۰/۵۸۶-) را از عوامل تبیین‌کننده سواد رسانه‌ای کاربران دانسته‌اند (نعمتی‌فر و همکاران، ۱۳۹۷).

تفاوت میانگین نمره سواد بین گروه‌های اجتماعی از منظر نابرابری‌های اجتماعی (از جمله شکاف دیجیتال<sup>۱</sup>) قابل تفسیر است. مطالعه لوین زمیر و همکاران حاکی از بالاتر بودن سطح سواد رسانه‌ای سلامت دانش‌آموزان دختر در مقایسه با پسران است (Levin-Zamir et al., 2011). در ایران نیز مطالعه سواد سلامت شهروندان تهرانی نشان داده سطح سواد سلامت زنان بالاتر از مردان است. همچنین بین سن و سواد سلامت رابطه معکوس و بین تحصیلات و سواد سلامت رابطه مثبت معنادار گزارش شده است (ساعی و همکاران، ۱۳۹۸). در عین حال تحلیل رگرسیون نشانگر آن است که جنس در مقایسه با تحصیلات و سن، عامل تعیین‌کننده‌ای برای پیش‌بینی سواد سلامت شهروندان به شمار نمی‌رود (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌های دیگر نیز ناظر به وجود همبستگی معنادار بین سواد در حوزه سلامت با تحصیلات (مستقیم) و سن (معکوس) است از جمله سواد سلامت دیجیتال در هلند (Vaart & Drossaert, 2017) و سواد سلامت در ۲۸ کشور اروپایی (Kickbucsh et al., 2013: 7-8). بررسی سواد سلامت در ۵ استان کشور (طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶) و در بین ایرانیان (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴) حاکی از آن است که از میان متغیرهای زمینه‌ای، سال‌های تحصیل قوی‌ترین رابطه را با سواد سلامت پاسخگویان داشته است. همچنین بر مبنای تحلیل رگرسیون، این متغیر

پیش‌بینی‌کننده سواد سلامت الکترونیک بیماران تلقی می‌شود (رسولی و همکاران، ۱۳۹۷). پایگاه اقتصادی در برخی پژوهش‌ها مانند بررسی سواد سلامت در ۵ استان کشور (طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶) و جستجوی آنلاین اطلاعات سلامت در بزرگ‌سالان آمریکایی (Rutten, et al., 2019) به‌عنوان متغیری تعیین‌کننده برای پیش‌بینی مهارت‌های سواد گزارش شده است.

از میان پژوهش‌های بررسی‌شده، زمیر و همکاران به ارزیابی سواد رسانه‌ای سلامت پرداخته‌اند که ابزار آن محدود به سنجش توانایی‌های افراد در مواجهه با تلویزیون است. همچنین رئیسی نافچی و همکاران سواد رسانه‌ای سلامت را در بعد انتقادی و در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه مطالعه نموده‌اند. پژوهش حاضر، نخستین مطالعه پیمایشی برای سنجش سواد رسانه‌ای سلامت در سطح شهر تهران است و علاوه بر مهارت‌های سواد رسانه‌ای در دریافت پیام، مهارت‌های تولید محتوا در رسانه‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد. اکثر پژوهش‌های پیش‌گفته، به بررسی روابط همبستگی یا شناسایی تفاوت معنادار بین گروه‌های اجتماعی معطوف هستند. حال آنکه در پژوهش حاضر، همچون روزنباوم<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) و رسولی و همکاران (۱۳۹۷) با استفاده از تحلیل رگرسیون، سهم متغیرهای مستقل در پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت کاربران بررسی می‌شود. برای تکمیل و تدقیق پیش‌بینی، روابط غیرمستقیم و غیرخطی متغیرها با استفاده از تحلیل مسیر ارزیابی می‌شود که این امر در هیچ‌یک از پژوهش‌های بررسی‌شده، سابقه نداشته است.

## مبانی نظری

برای دستیابی به مدل مفهومی پژوهش، مروری داریم به برخی رویکردها در زمینه سواد رسانه‌ای و سواد سلامت؛ شکاف دیجیتال و مصرف رسانه‌ای<sup>۲</sup>.

## الف. سواد رسانه‌ای و سواد سلامت

سواد رسانه‌ای، قابلیتی چندبعدی است که هدف از آن توانمندسازی شهروندان در استفاده

1. Rosenbaum
2. Media Consumption

از رسانه‌هاست. مدل شناختی<sup>۱</sup> سواد رسانه‌ای پاتر<sup>۲</sup>، بیشتر معطوف به آمادگی و آگاهی در ساحت دریافت و تفسیر پیام است (پاتر، ۱۳۹۳: ۸۹). از نگاه نظریه انتقادی<sup>۳</sup> کلنر و شر<sup>۴</sup>، سواد رسانه‌ای نه تنها در خوانش انتقادی متون رسانه‌ای (شناسایی ایدئولوژی‌های پنهان در متن و اهداف سازندگان محتوا)، بلکه به لحاظ مشارکت فعال افراد در جامعه دموکراتیک اهمیت دارد (Kellner & Share, 2007: 3). اینترنت و در پی آن ظهور وب ۲ و رسانه‌های تعاملی به قدری سپهر ارتباطات را دگرگون ساخته که از آن با عنوان عصر دوم رسانه‌ها یاد می‌شود (مهدی‌زاده، ۱۳۹۱: ۳۰۸). به عقیده برخی صاحب‌نظران، دنیای دائم در تغییر و ملامت از ابزارهای فناورانه، سوادهای رسانه‌ای جدیدی را می‌طلبد (Hobbs & Jensen, 2009: 6)؛ اما از نگاهی دیگر، این فناوری‌ها ماهیت سواد رسانه‌ای را تغییر نمی‌دهند بلکه گستره دربرگیری آن را افزایش می‌دهند (Kellner & Share, 2007: 7). از بررسی روند تحولات مدل‌ها و رویکردهای سواد رسانه‌ای چنین برمی‌آید که حمایت‌گری<sup>۵</sup> و توانمندسازی<sup>۶</sup> یا ترویج<sup>۷</sup>، دو بال سواد رسانه‌ای هستند (Cervi, et al., 2012: 20). رویکرد حمایت‌گرا در زمان غلبه رسانه‌های جمعی در سبد مصرف رسانه‌ای مخاطبان گسترش یافته، متأثر از نظریه‌های تأثیر شدید رسانه‌ها و مدل شناختی سواد رسانه‌ای است (Park, 2012: 89). برای کاهش آسیب‌ها و اثرات منفی رسانه‌ها، این رویکرد به تقویت مهارت‌های شناختی دریافت محتوا (مثل خوانش انتقادی متون) و سازوکارهای کنترلی مانند محدودسازی دسترسی به برخی مطالب و مدیریت مدت‌زمان استفاده از رسانه‌ها تأکید دارد. همچنین دوره‌های آموزشی، به‌ویژه از دوران مدرسه برای ارتقای سواد رسانه‌ای افراد توصیه می‌شود. با ظهور و گسترش فناوری‌های دیجیتال که با تسهیل مشارکت افراد در خلق محتوای رسانه‌ای، به تعبیر جنکینز<sup>۸</sup> گسترش‌دهنده فرهنگ

- 
1. Cognitive
  2. Potter
  3. Critical
  4. Kellner & Share
  5. Protectionist
  6. Empowerment
  7. Promotion
  8. Jenkins

مشارکتی<sup>۱</sup> هستند، رویکرد ترویج مطرح شده است. این رویکرد علاوه بر دریافت و مصرف، توانایی‌های مشارکت در تولید محتوا را مورد توجه قرار می‌دهد و در کنار تهدیدها و خطرات رسانه‌ها، بر مزیت‌ها و فرصت‌های فناوری‌های جدید در توانمندسازی اعضای جامعه و شهروندی دموکراتیک تأکید می‌کند (کریپر و مارتین، ۱۳۹۱: ۴۶؛ Cervi, et al., 2012: 20).

جدول ۱. تحول رویکردهای سواد رسانه‌ای (Cervi, et al., 2012: 20).

مدل	فناوری	تمرکز	کنشگران	پیش فرض	اهداف	اولویت
حمایت‌گرا	رسانه‌های جمعی	حمایت‌گری اخلاقی	آموزش‌دهندگان	تهدید رسانه برای اخلاق کودکان و نوجوانان	محکومیت سوءاستفاده از رسانه؛ حمایت از کودکان و نوجوانان	سازوکارهای حمایتی
		حمایت‌گری ایدئولوژیک	کنشگران اجتماعی	قدرت رسانه در دست‌کاری، شستشوی ذهنی و کنترل ایدئولوژیک	کنش‌های مقاومتی: رسانه-ها و محتواهای رسانه‌ای جایگزین	بحث اجتماعی، انتقاد
ترویج یا توانمندسازی	رسانه‌های تعاملی، وب ۲	خوانش انتقادی	آموزش‌دهندگان قاعده‌گذاران حکومتی	توسعه شیوه‌های مختلف خوانش پیام	خوانش انتقادی - آگاهی	تفکر انتقادی - سواد رسانه‌ای در نظام آموزشی، خودتنظیمی
		تولید محتوا	قدرت‌های آموزشی، صنعت، متخصصان	تسهیل آزادی تولید پیام از طریق رسانه‌های جدید	ابتکار شخصی، تولید خلاقانه، استقلال شخصی	بهبود کیفیت تولید
		کنشگری جمعی و مشارکتی	کار گروهی در صنعت، اجتماع‌ها و سازمان‌ها	رشد انفجاری رسانه‌های اجتماعی	واسطه‌گری بین شهروندان / رسانه	شهروند فعال، مشارکت در تولید، هم‌تنظیمی و مسئولیت مشترک

## 1. Participatory Culture

یکی از مدل‌های ناظر به مهارت‌های استفاده از رسانه‌های تعاملی و دیجیتال، مدل سواد رسانه‌های جدید است که چن<sup>۱</sup> و همکاران آن را ارائه کرده‌اند (Chen, et al., 2011: 2). مفصل‌بندی چارچوب سواد رسانه‌ای این مدل مبتنی بر دو محور است. در دو سر محور اول، سواد مصرف<sup>۲</sup> / تولید<sup>۳</sup> و در دو سوی محور دوم، سواد عملکردی<sup>۴</sup> / انتقادی قرار دارند<sup>۵</sup>. بر این مبنا چهار نوع سواد شناسایی می‌شود: سواد عملکردی در مصرف به معنی توانایی دسترسی و درک محتوای رسانه‌ای؛ سواد انتقادی در مصرف به معنی توانایی ارزیابی و تحلیل محتوای رسانه‌ای با توجه به بافت و زمینه اجتماعی و نقد معناهای نهفته و اثرات آن؛ سواد عملکردی در تولید ناظر بر توانایی استفاده از فناوری برای خلق محتوای رسانه‌ای؛ و سواد انتقادی در تولید به معنی توانایی درک تأثیرهای اجتماعی محتوای رسانه‌ای خلق‌شده و مشارکت در محیط رسانه‌های اجتماعی پیچیده مانند سکندلایف<sup>۶</sup> است (Lin, et al., 2013: 165).

سواد سلامت ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات پایه و خدمات سلامت به‌منظور اتخاذ تصمیم‌های مناسب در حوزه سلامت تلقی می‌شود (Kamel Bolous, 2011: 3). در دسته‌بندی ناتیم<sup>۷</sup> از ابعاد سواد سلامت، سواد عملکردی، توانایی به‌کارگیری مهارت‌های پایه خواندن و نوشتن در درک مطالب حوزه سلامت و عملکرد مؤثر در وضعیت‌های زندگی روزمره است (Nutbeam, 2000: 8). سواد سلامت تعاملی<sup>۸</sup> به مهارت‌های شناختی و اجتماعی برای استخراج معنا از اشکال مختلف ارتباطات و به‌کارگیری اطلاعات سلامت برای وضعیت‌های در حال تغییر اشاره دارد. سواد سلامت انتقادی مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که برای تحلیل انتقادی اطلاعات سلامت و

1. Chen

2. Consuming Literacy

3. Prosuming Literacy

4. Functional Literacy

۵. در زبان فارسی معادل مناسبی برای واژه ترکیبی «Prosume» که متشکل از دو فرایند تولید و مصرف رسانه‌ای است، وضع نشده است. از این رو از واژه تولید در ترجمه آن استفاده شده است.

6. Second Life

7. Nutbeam

8. Interactive

استفاده از آن‌ها برای کنترل رویدادها و موقعیت‌های زندگی به کار می‌رود (Osborne, et al., 2013).

### ب. شکاف دیجیتال

از نگاه خوش‌بینانه، گسترش نفوذ فناوری‌های ارتباطی با فراهم آوردن فرصت‌های یادگیری برای همه افراد و در تمام دوره‌های زندگی، در خدمت توسعه فرد و جامعه است (سورین و تانکارد، ۱۳۹۵: ۳۸۰). در عین حال شکاف دیجیتال به ماهیت ناهمسان دسترسی و استفاده از اینترنت در بین گروه‌های مختلف اشاره دارد که به بازتولید نابرابری‌ها در جامعه منجر می‌شود. طبق دسته‌بندی نوریس<sup>۱</sup>، شکاف جغرافیایی به تفاوت در دسترسی به اینترنت در نقاط مختلف (جهانی، ملی، منطقه‌ای) اطلاق می‌شود؛ شکاف اجتماعی<sup>۲</sup> نقش عوامل جمعیت‌شناختی را در برخورداری یا محرومیت از امکانات دیجیتال مورد توجه قرار می‌دهد؛ و شکاف دموکراتیک<sup>۳</sup> به تفاوت در کیفیت استفاده از اینترنت و فناوری‌های نوین به ویژه در مشارکت‌های شهروندی دلالت دارد (مویو، ۱۳۹۱: ۲۳۸).

### ج. مصرف رسانه‌ای

تفاوت رویکردهای مصرف رسانه‌ای با سنت نظری تأثیر رسانه‌ها، تمرکز بر مخاطبان و نحوه بهره‌گیری آنان از رسانه‌هاست. نظریه استفاده و خشنودی<sup>۴</sup> بر آن است که مخاطبان مصرف‌کنندگان فعالی هستند که از رسانه‌ها برای برآوردن نیازها و خشنودی‌های مختلف استفاده می‌کنند (نوربخش، ۱۳۹۲: ۴۴۷). متناظر با کارکردهای اجتماعی رسانه‌ها، می‌توان ۶ انگیزه برای استفاده افراد از رسانه‌ها متصور شد: سرگرمی؛ اطلاع‌یابی (نظارت بر محیط)؛ یادگیری (انتقال میراث فرهنگی)؛ خودبیان‌گری<sup>۵</sup> (هویت‌یابی شخصی)؛ حمایت اجتماعی

---

1. Norris

2. Social Divide

3. Demographic Divide

4. Uses and Gratifications

5. Self-expression

(همبستگی اجتماعی)؛ و تحرک اجتماعی<sup>۱</sup> (فعالیت‌های هماهنگ‌کننده برای موضوعات اجتماعی در حوزه سیاست، اقتصاد و غیره) (سورین و تانکارد، ۱۳۹۵: ۴۵۰؛ مک کوایل، ۱۳۸۲: ۱۰۷؛ مهدی‌زاده، ۱۳۹۱: ۴۷).

میزان پذیرش<sup>۲</sup> رسانه‌های جدید از سوی اعضای جامعه از منظر نظریه اشاعه نوآوری‌ها<sup>۳</sup> مطالعه می‌شود. از نظر راجرز<sup>۴</sup> اشاعه نوآوری‌ها فرایندی اجتماعی است که نحوه شناخته شدن، رد، تفسیر یا پذیرش نوآوری‌ها را در پهنه نظام اجتماعی شامل می‌شود علاوه بر عوامل محیطی و فردی، ویژگی‌هایی همچون امتیاز نسبی، سازگاری، پیچیده نبودن، آزمایش‌پذیری و مشاهده‌پذیری بر سرعت پذیرش نوآوری‌ها تأثیرگذارند (نوربخش، ۱۳۹۲: ۴۳۲).

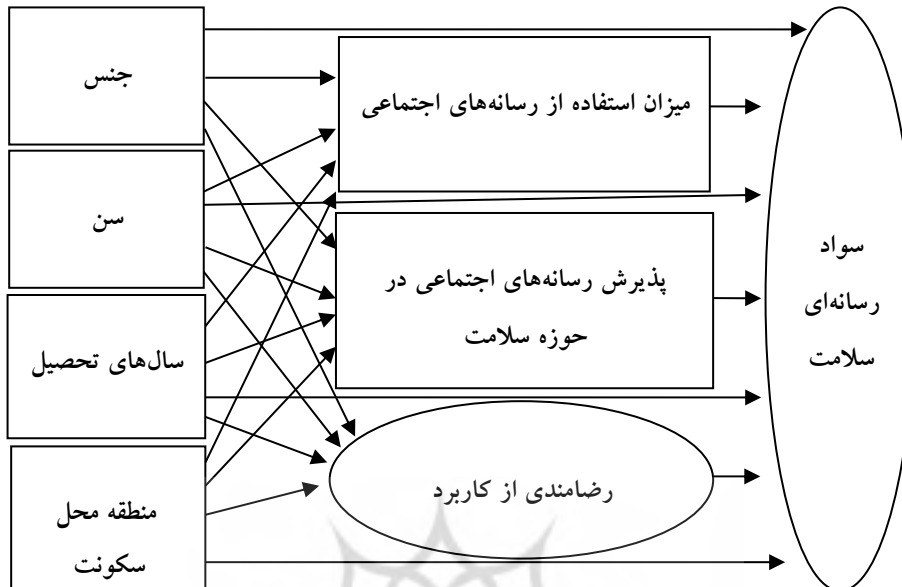
#### مدل مفهومی تحقیق

در مدل مفهومی تحقیق، عوامل مؤثر بر «سواد رسانه‌ای سلامت» بر مبنای ابعاد شکاف دیجیتال و رویکردهای استفاده و خرسندی و اشاعه نوآوری پیش‌بینی شده است. بر این اساس، رابطه این مفهوم با «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» به‌طور عام (ناظر به دسترسی و استفاده از رسانه)، «میزان پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» (ناظر به پذیرش نوآوری‌ها در حوزه سلامت)، «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» و متغیرهای زمینه‌ای (بعد اجتماعی شکاف دیجیتال) تحلیل می‌شود. مدل مفهومی پژوهش چنین است<sup>۵</sup>:

1. Social Mobilization
2. Innovation Adoption
3. Diffusion of Innovations
4. Rogers

۵. متغیرهای آشکار که به صورت مستقیم قابل سنجش‌اند، با مربع و متغیرهای مکنون با علامت دایره نمایش داده شده‌اند.





نمودار ۱. مدل مفهومی (نظری) تحقیق

### روش پژوهش

پژوهش از نظر هدف، کاربردی، از نظر نوع، کمی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش را شهروندان ۱۸ ساله و بالاتر ساکن تهران تشکیل می‌دهند که کاربر اینترنت هستند. طبق سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵، جمعیت افراد ۱۵ ساله و بالاتر ساکن تهران ۷۱۷۷۱۵۴ نفر بوده است.<sup>۱</sup> از آنجاکه ضریب نفوذ اینترنت در کشور بیش از ۹۰ درصد است و ضریب نفوذ اینترنت در تهران، احتمالاً بیش از این مقدار است، تمام این جمعیت به‌عنوان جامعه آماری در نظر گرفته می‌شود. حجم نمونه طبق فرمول کوکران و خطای ۵ درصد، حداقل ۳۸۴ نفر برآورد شده که با ملاحظه حاشیه اطمینان، ۴۰۰ پرسشنامه توزیع و موردبررسی قرار گرفته است. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای (متناسب با جمعیت هر یک از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران) و مراجعه به درب منازل در اردیبهشت سال ۱۳۹۸ صورت گرفته است.

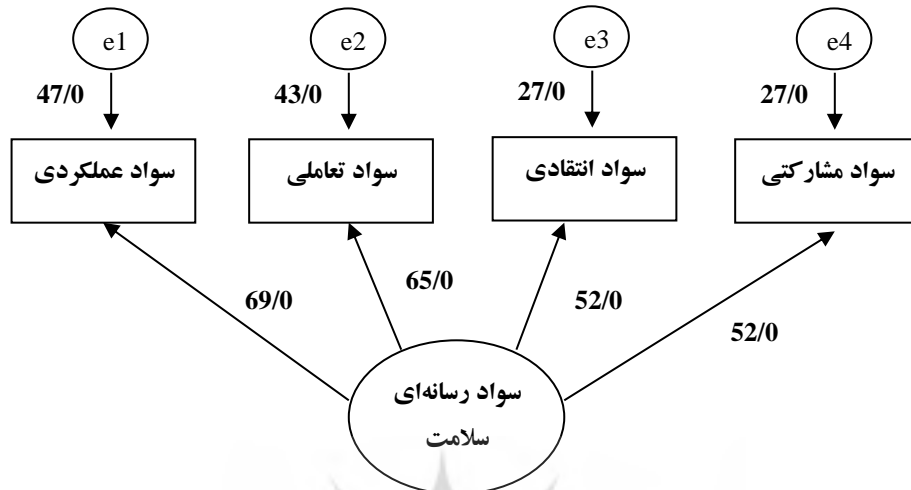
۱. در سایت مرکز آمار ایران، طبقه‌بندی سنی به صورت ۴ ساله گزارش شده است.

پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۵۳ گویه است (۲۰ گویه سواد رسانه‌ای سلامت و ۳۳ گویه مصرف رسانه‌ای). ضریب آلفای کرونباخ<sup>۱</sup> برای کل پرسشنامه ۰/۸۳۷ و برای شاخص‌های «سواد رسانه‌ای سلامت» ۰/۷۱۰، «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» ۰/۷۴۷ و «رضامندی از کاربردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» ۰/۸۷۳ به دست آمده که نشان‌دهنده پایایی<sup>۲</sup> ابزار سنجش و همبستگی اجزای آن است. روایی صورتی<sup>۳</sup> مؤید آن است که پرسشنامه قادر است متغیرهای مورد مطالعه را بسنجد. برای اطمینان از اعتبار سازه<sup>۴</sup> «سواد رسانه‌ای سلامت» و «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، از تحلیل عاملی تأییدی<sup>۵</sup> استفاده شده است. آزمون نیکویی برازش نشان می‌دهد در مورد هیچ‌یک از این دو شاخص، سازه‌ای با بار عاملی استاندارد کمتر از ۰/۵ برای حذف وجود ندارد.

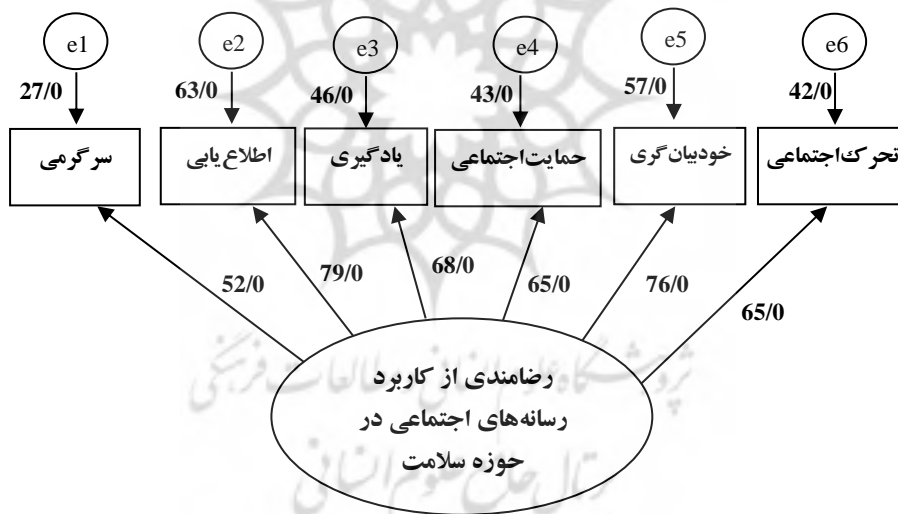
معیارهای برازش NFI (۰/۹۲۳)، IFI (۰/۹۳۲)، AGFI (۰/۹۱۴) و GFI (۰/۹۸۳) مدل «سواد رسانه‌ای سلامت» و معیارهای برازش NFI (۰/۹۱۹)، CFI (۰/۹۲۸)، IFI (۰/۹۲۹)، AGFI (۰/۸۷۶) و GFI (۰/۹۴۳) سازه «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» را مناسب ارزیابی می‌کنند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

- 
1. Cronbach's Alpha
  2. Reliability
  3. Face Validity
  4. Construct Validity
  5. Confirmatory Factor Analysis



نمودار ۲. مدل تحلیل تأییدی سواد رسانه‌ای سلامت



نمودار ۳. مدل تحلیل تأییدی رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت

### تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

«سواد رسانه‌ای سلامت» از تلفیق مهارت‌های سواد سلامت و سواد رسانه‌های اجتماعی حاصل شده، «درک افراد از توانایی‌شان در دسترسی، تحلیل، خلق و انتقال پیام‌های ارتباطی

در حوزه سلامت از طریق رسانه‌ها» در چهار بعد ذیل است: «سواد عملکردی» مربوط به دسترسی به اطلاعات و مراقبت‌های سلامت و توانایی جستجو و درک پیام (Nutbeam, 2000: 11)؛ «سواد انتقادی» ناظر به ارزیابی صحت و دقت پیام دریافت‌شده، اعتبار منبع، توجه به سوگیری ناشی از منافع تولیدکنندگان پیام و رصد دیدگاه‌های مختلف (رئییسی نافچی و همکاران، ۱۳۹۹؛ 3)؛ Kamel Boulos, 2012: 3؛ و «سواد تعاملی» معطوف به توانایی در طرح مباحث مرتبط با سلامت با متخصصان و هم‌تایان و استفاده از تجربیات آن‌ها برای اجرای توصیه‌های مناسب با وضعیت سلامت خود است (Suggs & Ratzan, 2012: 258)؛ «سواد مشارکتی» به سواد انتقادی در تولید و بازنشر پیام‌های سلامت و بازخورد نشان دادن نسبت به کیفیت پیام‌ها، سیاست‌ها و خدمات سلامت اشاره دارد (Swire-Thompson & Lazer, 2020: 450).

«میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، میانگین بسامد استفاده از انواع گروه‌های رسانه‌های اجتماعی است که پیام‌رسان‌های فوری (از جمله واتساپ، تلگرام و شاد)، سایت‌های شبکه‌های اجتماعی (از جمله فیس‌بوک و اینستاگرام)، وبلاگ و ریزبلاگ (تویتر)، ویکی‌پدیا، تالارهای گفتگو (مثل زوم، نی‌نی‌سایت)، رسانه‌های اجتماعی ویدیومحور (تیک‌تاک، یوتیوب و آپارات) و بازی‌های دنیای واقعیت مجازی (مثل سکندلایف و پوکمن گو) را شامل می‌شوند.

«پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» از طبقه‌بندی پاسخگویان از نظر تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت حاصل شده است و به پذیرش نوآوری‌ها اشاره دارد (صفاری و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۹). بدین منظور از پاسخگویان پرسیده شده از کدام گروه از رسانه‌های اجتماعی برای دریافت و به اشتراک گذاری اطلاعات و توصیه‌های سلامت استفاده می‌کنند.

«رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» ناظر به انگیزه‌های افراد برای استفاده از رسانه‌های اجتماعی در ۶ بعد سرگرمی؛ اطلاع‌یابی؛ یادگیری؛

خودبیان‌گری؛ حمایت؛ و تحرک اجتماعی است (Obregon & Waisbord, 2012: 227 & 272; Rainie & Wellman, 2012).

متغیرهای زمینه‌ای شامل «جنس»، «سن»، «سال‌های تحصیل» و «منطقه محل سکونت» (معرف پایگاه اقتصادی) است. برای مناطق شمال، شرق، غرب، مرکز و جنوب به ترتیب کدهای ۱ تا ۵ منظور شده است.

### یافته‌های پژوهش

داده‌های حاصل از پیمایش با استفاده از نرم‌افزار SPSS 25 و Amos تحلیل شده است. میانگین «سواد رسانه‌ای سلامت» پاسخگویان، ۲/۷۹ (در بازه ۱ تا ۴)؛ میانگین شاخص «استفاده از رسانه‌های اجتماعی» ۱/۷۲ (از ۶ نمره)؛ و میانگین «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی» در بین پاسخگویان ۲/۲۵ (در بازه ۱ تا ۵) است. تعداد گروه‌های رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت به‌طور متوسط ۲/۶۲ (از ۸ گروه) و «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» در ۱۵/۶ درصد پاسخگویان در حد «خیلی زیاد یا زیاد»، ۱۱/۷ درصد در حد «متوسط» و ۷۲/۷ درصد در حد «کم یا خیلی کم» بوده است.

آزمون همبستگی نشان می‌دهد در سطح اطمینان ۹۹ درصد، شدت ارتباط «سواد رسانه‌ای سلامت» با «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» ضعیف ولی ارتباط آن با «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» و «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» متوسط است.

جدول ۲. آزمون همبستگی سواد رسانه‌ای سلامت با میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی و نحوه استفاده از آن‌ها در حوزه سلامت<sup>۱</sup>

شاخص	همبستگی با سواد رسانه‌ای سلامت
رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	**۰/۴۹۱
پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	**۰/۳۶۵
میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی	**۰/۲۸۳

۱. سطح معنی‌داری ۱ درصد با ۲ ستاره و سطح معنی‌داری ۵ درصد با ۱ ستاره مشخص می‌شود.

برای بررسی روابط خطی مستقیم بین متغیرهای مستقل و وابسته، از رگرسیون چند متغیره<sup>۱</sup> به روش گام‌به‌گام استفاده شده است. ضریب تعیین<sup>۲</sup> مبین آن است که ۴ متغیر مستقل، «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیل» در مجموع ۳۳/۵ درصد از واریانس متغیر «سواد رسانه‌ای سلامت» را تبیین می‌کنند.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون عوامل مؤثر بر سطح سواد رسانه‌ای سلامت

نام متغیرها	ضریب تعیین <sup>۳</sup>	آزمون لوین <sup>۳</sup>	سطح معنی‌داری	ضریب رگرسیونی <sup>۲</sup> غیراستاندارد	ضریب رگرسیونی <sup>۲</sup> استاندارد شده	تفاوت آزمون میانگین <sup>۵</sup>	سطح معنی‌داری
رضامندی از کاربرد رسانه اجتماعی در حوزه سلامت	۰/۲۴۱	۱۲۶/۲۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۵۲	۰/۴۵۰	۱۰/۳۶۷	۰/۰۰۰
پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	۰/۳۰۲	۳۴/۸۰۶	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴	۰/۲۰۵	۴/۶۲۵	۰/۰۰۰
منطقه محل سکونت	۰/۳۲۲	۱۱/۹۵۵	۰/۰۰۰	-۰/۵۸۵	-۰/۱۳۱	-۳/۰۶۹	۰/۰۰۲
سال‌های تحصیل	۰/۳۳۵	۷/۶۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۵۳	۰/۱۱۹	۲/۷۶۲	۰/۰۰۶
عدد ثابت	--	--	--	۴۱/۹۱۵	--	۲۶/۵۹۱	۰/۰۰۰

با توجه به ضرایب رگرسیونی استاندارد شده، «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» بیشترین سهم را در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» دارد و بعد از آن «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیل» قرار دارند. به دلیل صفر بودن ضرایب، متغیرهای «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، «سن» و «جنس» از مدل خطی تحقیق خارج شده‌اند. معادله خط رگرسیون

1. Multiple Regression
2. R<sup>2</sup>
3. F (Leven's Test)
4. Beta
5. T test

«سواد رسانه‌ای سلامت» در بین کاربران اینترنت در شهر تهران به صورت زیر است:  
 (رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت\* ۰/۹۵۲) + ۴۱/۹۱۵ = سواد  
 رسانه‌ای سلامت

$$+ (\text{پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت} * ۰/۷۲۴) + E + (\text{سال‌های تحصیل} * ۰/۲۵۳) + (\text{منطقه محل سکونت} * ۰/۵۸۵ -)$$

جدول ۴. برازش مدل خطی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون لوین	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۵۷۸۵/۱۸۵	۴	۱۴۳۹/۵۴۶	۴۹/۸۰۴	۰/۰۰۰
باقیمانده‌ها	۱۱۴۱۷/۰۹۳	۳۹۵	۲۸/۹۰۴		
کل	۱۷۱۷۵/۲۷۸	۳۹۹			

جدول آنالیز واریانس مدل خطی، نشان‌دهنده برازنده بودن مدل خطی است.  
 در تحلیل مسیر<sup>۱</sup> برای محاسبه مقدار تأثیر هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته، علاوه بر روابط مستقیم، مجموع روابط غیرمستقیم و غیرخطی متغیرها از طریق متغیرهای میانی<sup>۲</sup> محاسبه می‌شود.

جدول ۵. ضرایب مسیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته<sup>۳</sup>

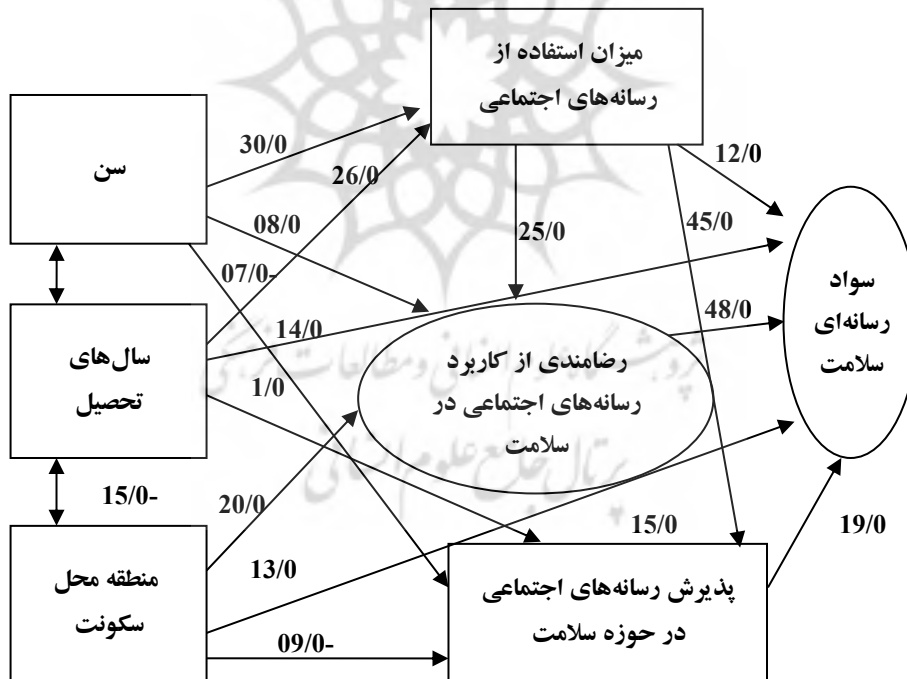
متغیر / ضریب مسیر	مستقیم	جمع غیرمستقیم	کل
رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	۰/۴۸	۰/۰۳	۰/۵۱
میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی	۰/۱۲	۰/۲۵	۰/۳۷
سال‌های تحصیل	۰/۱۴	{+۰/۰۱} ۰/۱۳	{+۰/۰۱} ۰/۲۷
پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۲۶

### 1. Path Analysis

- منظور متغیرهای مستقلی هستند که در برخی مراحل تحلیل مسیر، نقش متغیر واسط را ایفا کرده، تأثیر سایر متغیرهای مستقل بر آن‌ها سنجیده می‌شود (حبیب‌پور گنابادی و صفری شالی، ۱۳۹۴: ۵۱۸).
- موارد داخل آکولاد، نشانگر ارتباط متقابل متغیرهای مستقل است.

متغیر / ضریب مسیر	مستقیم	جمع غیرمستقیم	کل
منطقه محل سکونت	-۰/۱۳	{-۰/۰۲} ۰/۰۸	{-۰/۰۲} -۰/۰۵
سن	۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۰۵

مجموع ضرایب تحلیل مسیر نشان می‌دهد «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» بیشترین سهم را در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» دارد و بعد از آن به ترتیب متغیرهای «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، «سال‌های تحصیل» و «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» قرار دارند. سهم متغیرهای «منطقه محل سکونت» و «سن» اندک است و متغیر جنس در مدل تجربی تحقیق، لحاظ نمی‌شود؛ زیرا قدر مطلق ضریب مسیر آن کمتر از ۰/۰۵ به دست است. بر این اساس، هر سه فرضیه اصلی تحقیق، تأییدشده، مدل تجربی عوامل مؤثر بر «سواد رسانه‌ای سلامت» به شکل ذیل حاصل می‌شود:



نمودار ۴. مدل تجربی عوامل مؤثر بر سواد رسانه‌ای سلامت



## بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج، شدت همبستگی «سواد رسانه‌ای سلامت» با «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، ضعیف اما شدت رابطه با «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» و «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» متوسط است. این یافته با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها در زمینه رابطه بین جستجوی آنلاین اطلاعات سلامت یا پذیرش برنامه‌های کاربردی سلامت با سواد سلامت (Mackert, et al., 2016) و سواد سلامت الکترونیک (Boonwattanopas, 2016; Tennant, 2013؛ رسولی و همکاران، ۱۳۹۷) همخوانی دارد. درعین حال چن<sup>۱</sup> و همکاران قائل به ارتباط معکوس بین سواد سلامت و استفاده از اینترنت برای کسب اطلاعات سلامت بوده‌اند (Chen, et al., 2018). تفاوت در حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری ممکن است از دلایل تفاوت نتایج باشد زیرا مطالعه چن و همکاران با استفاده از پیمایش آنلاین صورت گرفته است.

بر اساس معادله خط رگرسیون، «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیل» به ترتیب بیشترین سهم را در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» کاربران دارند و در مجموع قادرند ۳۳/۵ درصد از تغییرات متغیر «سواد رسانه‌ای سلامت» را تبیین کنند. «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» در مدل رگرسیون خطی جایی ندارد و به‌طور مستقیم قادر به پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» نیست، اما در مدل تجربی تحلیل مسیر نقش آفرین است. درعین حال برآیند ارتباط مستقیم و غیرمستقیم این متغیر، در مقایسه با پذیرش و استفاده از رسانه‌های اجتماعی «در حوزه سلامت» چشمگیر نیست. این امر مؤید نتایج تحلیل رگرسیون رابطه سواد سلامت با استفاده از رسانه‌های دیجیتال (Rosenbaum, et al., 2018) است که در آن نقش حاشیه‌ای برای استفاده عمومی از رسانه‌های دیجیتال و نقش تعیین‌کننده برای استفاده از رسانه‌های دیجیتال در حوزه سلامت گزارش شده است.

تحلیل مسیر حاکی از حضور معنادار هر سه متغیر مستقل تحقیق در مدل تجربی «سواد رسانه‌ای سلامت» است که ناظر به مقوله‌های «استفاده»، «رضامندی» و «پذیرش نوآوری»

هستند. از این سه، «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» بیشترین سهم را دارد و بعد از آن «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» و «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» قرار دارند. این موضوع ممکن است به‌عنوان نشانه‌ای از قدرت نظریه استفاده و خشنودی در مقایسه با نظریه اشاعه نوآوری تفسیر شود. ولی باید توجه داشت واریانس و میانگین تنوع رسانه‌های اجتماعی مورداستفاده در حوزه سلامت در بین کاربران تهرانی پایین است (به‌طور متوسط ۲/۶) و اکثریت جامعه، کارکردهای گوناگون رسانه‌های اجتماعی را از طریق ۲ یا ۳ گروه از رسانه‌ها برآورده می‌سازند. این موضوع ممکن است یکی از دلایل سهم اندک «پذیرش رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» کاربران باشد.

بر اساس رویکرد ترویج در سواد رسانه‌ای، می‌توان انتظار داشت استفاده از رسانه‌های اجتماعی هم به‌صورت عام و هم در حوزه سلامت، به افزایش مهارت و توانمندی‌های افراد در سواد رسانه‌ای سلامت منجر شود. این در حالی است که با توجه به پایین بودن ضریب مسیر «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» در مقایسه با سازه «رضامندی از کاربرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» می‌توان چنین استنباط کرد که کیفیت و نحوه استفاده از رسانه‌های اجتماعی بیش از دسترسی و استفاده از آن‌ها در ارتقای «سواد رسانه‌ای سلامت» افراد نقش دارد؛ به‌عبارت‌دیگر با توجه به افزایش ضریب نفوذ و دسترسی به رسانه‌های اجتماعی، شکاف دیجیتال و نابرابری در بعد دموکراتیک بیش از بعد جغرافیایی و دسترسی به فناوری‌ها اهمیت پیدا می‌کند.

در اغلب پژوهش‌های بررسی‌شده، «تحصیلات» مهم‌ترین متغیر زمینه‌ای برای پیش‌بینی سواد در حوزه سلامت بوده است. از این رو دخیل بودن «سال‌های تحصیل» در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» دور از انتظار نیست. بر اساس رگرسیون چندمتغیره، «سن» به‌طور مستقیم در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» سهم ندارد اما نتایج تحلیل مسیر نشان می‌دهد این متغیر به‌صورت غیرمستقیم و از طریق متغیرهای میانی با «سواد رسانه‌ای سلامت» در ارتباط است. امروزه میزان استفاده افراد میان‌سال و مسن از رسانه‌های اجتماعی

افزایش یافته است اما این گروه‌های سنی ممکن است به لحاظ سواد و مهارت استفاده از ظرفیت‌های این فضا در حوزه سلامت، قابلیت‌های جوانان را نداشته باشند.

منفی بودن ضریب رگرسیون «منطقه محل سکونت» (نماینده پایگاه اقتصادی) نشانگر بالاتر بودن «سواد رسانه‌ای سلامت» در نزد ساکنان مناطق با کد قراردادی کوچک‌تر (شمال، شرق و غرب) در مقایسه با مناطق جنوب و مرکز است. این یافته با نتایج حاکی از بالاتر بودن سواد سلامت در افراد دارای پایگاه اقتصادی بالاتر در ۵ استان کشور (طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶) و در بین بزرگ‌سالان آمریکایی (Rutten, et al., 2019) همسوست. بررسی دقیق‌تر از طریق تحلیل مسیر نتیجه متفاوتی به دست می‌دهد و «منطقه محل سکونت» را پیش‌بینی کننده قوی «سواد رسانه‌ای سلامت» به شمار نمی‌آورد. متغیر «جنس» نیز از مدل خارج شده و نقشی در پیش‌بینی «سواد رسانه‌ای سلامت» شهروندان ندارد. این یافته با نتایج رگرسیون چندمتغیره در سنجش سواد سلامت ایرانیان هماهنگ است (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد استفاده از رسانه‌های اجتماعی ظرفیت آن را دارد که به کاهش نابرابری‌ها در بین زنان و مردان و افراد ساکن در مناطق مختلف شهر در زمینه بهره‌مندی از سواد رسانه‌ای سلامت کمک کند اما شکاف دیجیتال در زمینه تحصیلات و سن همچنان پابرجاست.

### پیشنهادها

طبق نتایج رگرسیون خطی، متغیرهای بررسی شده ۳۳/۵ درصد از واریانس سواد رسانه‌ای سلامت کاربران اینترنت را تبیین می‌کنند. پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های آتی، نقش و سهم عواملی که در این تحقیق به آن‌ها پرداخته نشده، مانند وضعیت سلامت و بیماری، دسترسی به اینترنت و آموزش‌های رسمی سواد رسانه‌ای در پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان بررسی گردد.

درعین حالی که مطابق رویکرد ترویج، دسترسی و تجربه استفاده از رسانه‌های جدید، فرصتی برای توانمندسازی اعضای جامعه و ارتقای سواد رسانه‌ای آن‌هاست، اما نتایج نشان می‌دهد این متغیرها قادر نیستند به تنهایی مسئولیت ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان

را به دوش بکشند و نیاز به آموزش‌های رسمی و تلاش متخصصان برای ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان احساس می‌شود. شایسته است از ظرفیت‌های همه رسانه‌ها (جمعی و اجتماعی) برای ارائه به موقع پیام‌های سلامت و آگاهی‌رسانی در خصوص شایعات، اخبار جعلی و توصیه‌های نادرست استفاده شود تا نابرابری در دسترسی به این اطلاعات در بین اعضای جامعه تشدید نشود.

پیشنهاد می‌شود با مشارکت بخش خصوصی و دولتی و همکاری بین‌بخشی متخصصان سلامت، سازمان‌ها و نهادهای متولی سلامت و متخصصان ارتباطات در تولید محتوا، برندهای موثق برای دسترسی کاربران ایرانی به اطلاعات سلامت صحیح و معتبر در رسانه‌های اجتماعی تولید شوند. باید توجه داشت ارتباط یک‌سویه و ارائه اطلاعات از سوی متخصصان و نهادهای سلامت، پاسخگوی ملاحظات رسانه‌های اجتماعی نیست و لازم است ارتباطات تعاملی، متناسب با مقتضیات هر گروه از رسانه‌های اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

فرمول رگرسیون و مدل تجربی حاصل از این تحقیق به متخصصان و متولیان سلامت امکان می‌دهد با داشتن اطلاعاتی در مورد مخاطبان هدف، برآوردی از سواد رسانه‌ای سلامت آنان به دست آورند. با توجه به نقش تعیین‌کننده تحصیلات و سن، ضروری است پیام‌های سلامت به زبان ساده، با بهره‌گیری از مفاهیم و اصطلاحات ملموس و قابل‌درک برای عموم اعضای جامعه ارائه شوند تا افراد با تحصیلات پایین نیز قادر باشند از این اطلاعات و توصیه‌ها بهره‌مند شوند. تبلیغ برای رسانه‌های اجتماعی و برنامه‌های کاربردی حوزه سلامت و توجه به کاربرپسند بودن و سهولت استفاده از آن‌ها برای تسریع پذیرش این فناوری‌ها ضرورت دارد تا افراد مسن نیز قادر باشند از ظرفیت‌های رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت بهره‌مند شوند.

## منابع

- آزبورن، هلن (۱۳۹۹). *سواد سلامت از الف تا ی*. ترجمه علی حسین قاسمی و فیروزه زارع فراشبندی. تهران: جامعه‌نگر.
- باستانی، قادر و نصراللهی، اکبر (۱۳۹۹). «عوامل مؤثر بر اعتبار منبع در کانال‌های خبری تلگرام از دیدگاه تولیدکنندگان محتوا و متخصصان علوم ارتباطات». *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات*. ۱۶ (۶۱). صص ۳۱۷-۲۸۱.
- پاتر، دلیو، جیمز (۱۳۹۳). *نظریه سواد رسانه‌ای؛ رهیافتی شناختی*. ترجمه ناصر اسدی، محمد سلطانی فر و شهناز هاشمی. چاپ سوم. تهران: سیمای شرق.
- پاکدهی، حسین و شیرینی، حسینیه السادات (۱۳۹۶). «آموزش سواد رسانه‌ای در فضای مجازی (مقایسه وب‌سایت مدیا اسمارتس کانادا و وب‌سایت سواد رسانه‌ای ایران)». *مطالعات رسانه‌های نوین*. دوره ۳، شماره ۹ (بهار). صص ۷۶-۳۱.
- خانیکی، هادی و راثی تهرانی، حبیب (۱۳۹۰). بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون». *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی - ارتباطات*. سال ۱۲، شماره ۱۵ (پاییز). صص ۱۸۷-۱۵۱.
- حبیب پورگنابی، کرم و صفری شالی، رضا (۱۳۹۴). *راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده‌های کمی)*. چاپ ششم. تهران: موسسه راهبرد پیمایش.
- رئیس‌ی نافچی، ابوالقاسم و دانایی، ابوالفضل و زرگر، سیدمحمد (۱۴۰۰). «تدوین و اعتباریابی ابزار سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی برای دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم». *پایش*. دوره ۲۰، شماره ۵ (مهر و آبان). صص ۶۱۷-۶۰۹.
- رئیس‌ی نافچی، ابوالقاسم و دانایی، ابوالفضل و زرگر، سیدمحمد (۱۳۹۹). «تبیین ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی: یک مطالعه داده بنیاد». *پایش*. دوره ۱۹، شماره ۲ (فروردین و اردیبهشت). صص ۲۰۳-۱۹۷.
- رسولی، حمیدرضا و عباسی فرج‌زاده، محسن و تدین، امیرحسین (۱۳۹۷). «بررسی سواد سلامت الکترونیک و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن میان بیماران مراجعه‌کننده به یک بیمارستان نظامی در شهر تهران طی سال ۱۳۹۶». *طب نظامی*. دوره ۲۰، شماره ۱ (فروردین و اردیبهشت) صص ۹۲-۸۳.

ساعی، منصور، محمد حسینی مقدم و حسین بصیریان جهرمی (۱۳۹۸). سنجش میزان سواد سلامت شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن. پژوهش‌های ارتباطی. سال ۲۶، شماره ۳. صص ۱۴۷-۱۱۳.

سورین، ورنر و تانکارد، جیمز (۱۳۹۵). نظریه‌های ارتباطات. ترجمه علیرضا دهقان. چاپ هفتم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

سیف، حامد؛ سیف، آرامیس؛ بروجردی، مهدخت (۱۳۹۹). «اخبار جعلی و بحران کرونا با تأکید بر دیدگاه صاحب‌نظران حوزه ارتباطات بحران». مطالعات رسانه‌های نوین، دوره ۶، شماره ۲۲ (تابستان).

صفاری، محسن؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ غفرانی‌پور، فضل‌اله؛ پاکپور، امیر؛ رمضانخانی، علی و حسینی سده، سیدرضا (۱۳۹۳). ارتباط‌شناسی سلامت. تهران: آثار سبحان و یاررس. طاووسی، محمود و حائری مهریزی، علی اصغر و رفیعی فر، شهرام و سلیمانان، آتوسا و سربندی، فاطمه و اردستانی، مناسادات و هاشمی، اکرم و منتظری، علی (۱۳۹۴). «سنجش سواد سلامت بزرگ‌سالان ایرانی ساکن شهرها، یک مطالعه ملی». پایش. دوره ۱۵، شماره ۱ (بهمن و اسفند). صص ۱۰۲-۹۵.

طهرانی بنی‌هاشمی، سیدآرش و امیرخانی، محمد امیر و حق‌دوست، علی اکبر و علویان، سیدمویذ و اصغری فرد، هما و برادران، حمید و برغمندی، مژگان و پارسی‌نیا، سعید و فتحی رنجبر، محمد (۱۳۸۶). «سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن». گام‌های توسعه در آموزش پزشکی. دوره ۴ شماره ۱ (بهار و تابستان). صص ۹-۱.

کریر، گلن و مارتین، رویستون (۱۳۹۱). فرهنگ‌های دیجیتال؛ درک رسانه‌های جدید. ترجمه وازگن سرکیسیان. تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما.

مک کوایل، دنیس (۱۳۸۲). مخاطب‌شناسی. ترجمه مهدی منتظر قائم. چاپ دوم. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.

مویو، لاس (۱۳۹۱). «شکاف دیجیتال، کمبود، نابرابری و تضاد». در فرهنگ‌های دیجیتال: درک رسانه‌های جدید. ویرایش گلن کریر و رویستون مارتین، ترجمه وازگن سرکیسیان. تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما. صص ۲۶۱-۲۳۳.

مهدی‌زاده، سید محمد (۱۳۹۱). *نظریه‌های رسانه، اندیشه‌های رایج و دیدگاه‌های انتقادی*. چاپ دوم. تهران: همشهری.

نعمتی‌فر، نصرت‌اله و خجسته باقرزاده، حسن و کاظمی، هاجر (۱۳۹۷). «مطالعه سطح سواد رسانه‌ای در کاربران رسانه‌های اجتماعی (مطالعه موردی شبکه اجتماعی تلگرام)». *مطالعات رسانه‌های نوین*. دوره ۴، شماره ۱۶ (زمستان). صص ۱۷۵-۱۴۳.

نوربخش، سیدمرتضی (۱۳۹۲). *مفاهیم اساسی دانش ارتباطات*. تهران: جامعه‌شناسان.

- Adhiarso, Dendy Suseno & Suyanto, Mohammad (2018). "Media Literacy and Social Media Usage Analysis in Communication and non-communication Students of University of Amikon Yogyakarta". *Informasi*. 48 (2). Pp: 229-242.
- Blackett, Nina Jane (2013). *Mediated Transparency: Truth, Truthfulness and Rightness in Digital Healthcare Discourse. PhD Thesis in Media and Communication Science*, The London School of Economics and Political Science.
- Boonwattanopas, Nattawadee (2016). "Use of Online Social Media and ehealth Literacy of Urban Youth in Phuket Province, Thailand". *EAU Heritage Journal of Science and Technology*. 10 (1). Pp: 48-63.
- Celot, Paolo & Lopez, Lucia Gonzalez & Thompson, Noami (2009). *Study Assessment Criteria for Media Literacy Levels (Final Report)*. Brussels: European Commission Information Society and Media Directorate-General Media and Media Literacy.
- Cervi, Laura & Paredes, Oralia & Tornero, Jose Manuel Perez (2012). "Current Trends & Media Literacy in Europe: An Overview". In: Antonio Cartelli (ed.), *Current Trends and Future Practices for Digital Literacy and Competence*. (Pp: 19-26). IGI Global.
- Chen, Xuewe & Hay, Jennifer L. & Waters, Erika A. & Kiviniemi, Marc T. & Biddle, Caitlin & Schofield, Elizabeth & Li, Yuelin & Kaphingst, Kimberly & Orom, Heather (2018). "Health Literacy and Use and Trust in Health Information". *J Health Communication*. 23 (8) (Aug). Pp: 724-734.
- Chen, Der-Thang Victor & Wu, Jing & Wang, Yu-mei (2011). "Unpacking New Media Literacy". *Journal on Systematics, Cybernetics and Informatics*. 9(2). Pp: 84-88.
- Gentikow, Barbara (2007). "The Role of Media in Developing Literacies and Cultural Techniques". *Digital Kompetenz*. Vol 2. Pp: 78-96.
- Hobbs, Renee & Jensen, Amy (2009). "The Past, Present, and Future of Media Literacy Education". *Journal of Media Literacy Education*. 1 (1). Pp 1-11.

- Jacobs, Wura & Amuta, Ann, O. & Chan Jeon, Kwon (2017). "Health Information Seeking in the Digital Age: An Analysis of Health Information Seeking Behavior among US Adults". *Cogent Social Sciences*. 3 (1). Pp: 1-11.
- Kamel Boulos, Maged N. (2012). "On Social Media in Health Literacy". *Webmed Center Health Informatics*. 3 (1).
- Kaplan, Andreas M. & Haenlein, Michael (2010). "Users of the World, Unite. The Challenges and Opportunities of Social Media". *Business Horizons*. 53(1), Pp: 59-68.
- Kavosi, Zahra & Vahedian, Sara & Montazeralfaraj, Razieh & Dehghani Tafti, Arefeh & Bahrami, Mohammad Amin (2020). "The Correlation of Online Health Information-Seeking Experience with Health-Related Quality of life: Cross-Sectional Study among non-English-Speaking Female Students in a Religious Community". *JMIR Medical Information*. 8 (12): e23854.
- Kellner, Douglas & Share, Jeff (2007). "Critical Media Literacy, Democracy and the Reconstruction of Education". In: Donaldo Macedo & Shirley R. Steinberg (Eds.), *Media Literacy: A Reader* (Pp. 3-23). Peter Lang Publishing.
- Kickbusch, Ilona & Pelikan, Jurgen M. & Apfel, Franklin & Tsouros, Agis D. (2013). *WHO Health Literacy; The Solid Facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Levin-Zamir, Diane & Lemish, Dafna & Gofin, Rosa (2011). "Media Health Literacy (MHL): Development and Measurement of the Concept among Adolescents". *Health Education Research*. 26 (2). Pp: 323-335.
- Lin, Tzu & Li, Jen-Yi & Deng, Feng & Lee, Ling (2013). "Understanding New Media Literacy: An Explorative Theoretical Framework". *Educational Technology & Society*. 16(4). Pp: 160-170.
- Mackert, Michael & Mabry-Flynn & Champlin, Sara & Donovan, Erin E. & Pounders, Kathryn (2016). "Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide". *JMED*. 18 (10). e264.
- Norman, Cameron.D. & Skinner, Harvey A. (2006). ehealth Literacy: EHEALS: The ehealth Literacy Scale. *JMed Internet Research*. 8 (1), 27.
- Nutbeam, Don. (2000). "Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and communication Strategies in the 21<sup>st</sup> Century". *Health Promotion International*. 15(3). Pp: 259-267.
- Obregon, Rafael & Waisbord, Silvio (2012). *The Handbook of Global Health Communication*. Wiley-Blackwell.



- Osborne, Helen (2017). "Social Media and Health Literacy" *AMWA Journal*. 32 (3). Pp: 124-125.
- Park, Sora (2012). "Dimensions of Digital Media Literacy and the Relationship with Social Exclusion". *Media International Australia*. 142 (1). Pp: 87-100.
- Rainie, Lee & Wellman, Barry (2014). *Networked: The New Social Operating System*. The MIT Press.
- Rutten, Lila J. Finny & Blake, Kelly D. & Greenberg-Worisek, Alexandra J. & Allen, Summer V. & Moser, Richard P. & Hesse, Bradford W. (2019). "Online Health Information Seeking Among US Adults: Measuring Progress Toward a Healthy People 2020 Objective". *Public Health Reports*. 134 (6). Pp: 617-625.
- Suggs, L. Suzanne & Ratzan, Scott C. (2012). "Global ehealth Communication". In: Rafael Obregan & Silvio Waisbord (Eds.), *The Handbook of Global Health Communication* (Pp: 251-273). Wiley-Blackwell.
- Swire-Thompson, Briony & Lazer, David 2020. "Public Health and Online misinformation: Challenges and Recommendations". *Annual Review of Public Health*. Vol. 41. Pp: 433-451.
- Tennant, Bethany (2013). *ehealth Literacy and Social Media Use for Health Information among older Adults*. Thesis for the Degree of Phd. Florida University.
- Tornero, Jose Manuel Perez (2004). *Promoting Digital Literacy; Understanding Digital Literacy*. EAC Final Report.
- Tse, Carrie KW & Bridges, Susan M & Srinivasan, Divya Parthasarathy & Cheng, Brenda SS (2015). "Social Media in Adolescent Health Literacy Education: A Pilot Study". *JMIR Res Protoc*. 18 (10): e264.
- Vaart, Rosalie Vander & Drossaert, Constance (2017). "Development of the Digital Health Literacy Instrument; Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills". *J Med Internet Res*. 19 (1): e27.

## منابع آنلاین

ایسپا (۱۳۹۹/۱۲/۴). «۷۳/۶ درصد افراد بالای ۱۸ سال کشور، در حال حاضر از رسانه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند/ پیام‌رسان واتساپ در رتبه اول». مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران. بازنشانی شده در ۰۵،۰۱،۱۴۰۰ به نشانی:

[<http://ispa.ir/Default/Details/fa/2282/>]

سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی (۱۳۹۹/۱۲/۲۹). «ضریب نفوذ اینترنت پهن‌بند».

سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی. بازنشانی شده در ۰۵،۰۱،۱۴۰۰ به نشانی:

[<https://opendata.cra.ir/Dashboard/96954f32-1b4c-4cb2-a18b-e8c986288bb6?e=false&vo=viewonly>]

مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). «جمعیت شهرهای کشور به تفکیک جنس و گروه‌های سنی». مرکز آمار

ایران. بازنشانی شده در ۰۲،۰۵،۱۴۰۰ به نشانی:

[<https://www.amar.org.ir/سرشماری-عمومی-نفوس-و-مسکن/نتایج-سرشماری-جمعیت>]

Ericsson (2017). "10 hot consumer trends 2017". Ericsson. Retrieved from:

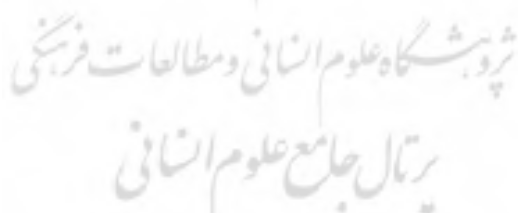
[<https://www.ericsson.com/en/trends-and-insights/consumerlab/consumer-insights/reports/10-hot-consumer-trends2017>].

Kemp, Simon (27 Jan. 2021). "Digital 2021: Global Digital Overview".

DATAREPORTAL. Retrieved from: [<https://datareportal.com/reports/digital-2021-global-overview-report>].

Rosenbaum, Judith & Johnson, Benjamin K. & Deane, Amber E. (2018).

"Health Literacy and Digital Media Use: Assessing the Health Literacy Skills Instrument – Short Form and its Correlates among African American College Students". Sagepub. Retrieved from: [<https://Journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055207618770765>].



**استناد به این مقاله:** سالمی، آزاده،، خانیک، هادی،، صبوری خسروشاهی، حبیب،، هاشمی، شهناز. (۱۴۰۱). الگوی

تحلیل مسیر سواد رسانه‌های سلامت و ارتباط آن با مصرف رسانه‌های اجتماعی در تهران، فصلنامه مطالعات رسانه‌های

نوین، ۲۹(۸)، ۴۱-۷۴.

DOI: 10.22054/NMS.2022.62608.1258



New Media Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License..