

استفاده کاربران از رسانه‌های اجتماعی و رابطه آن با سواد رسانه‌ای (در حوزه سلامت شهر تهران)

آزاده سالمی، هادی خانیکی^۱، حبیب صوری خسروشاهی^۳، شهناز هاشمی^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۷

چکیده

استفاده آگاهانه از رسانه‌های اجتماعی و در امان ماندن از آسیب چالش‌هایی نظیر اخبار جعلی، نیازمند داشتن سواد رسانه‌ای است. پرسش محوری این پژوهش، عبارت است از اینکه: سواد رسانه‌ای کاربران در زمینه سلامت، تا چه حد با میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی و نحوه استفاده از آنها، در ارتباط است؟ روش تحقیق، پیمایش و ابزار سنجش، پرسش‌نامه محقق‌ساخته با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳۷ است. جامعه آماری، شهروندان بزرگسال تهرانی هستند که در اردیبهشت ۱۳۹۸، کاربر اینترنت بوده‌اند. منظور از سواد رسانه‌ای سلامت، درک افراد از توانایی‌شان در دسترسی، تحلیل، خلق و انتقال پیام‌های ارتباطی در حوزه سلامت از طریق رسانه‌هاست. براساس یافته‌ها، رابطه همبستگی بین میزان برخورداری از سواد رسانه‌ای سلامت با میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی (به‌طور عام) و همچنین نحوه استفاده از این رسانه‌ها در حوزه سلامت (تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده و بهره‌گیری از کارکردهای آنها در حوزه سلامت) معنادار است. در عین حال، تفاوت معنادار آماری بین میانگین سواد رسانه‌ای سلامت زنان و مردان، گروه‌های سنی گوناگون و ساکنان مناطق مختلف شهر وجود ندارد. رگرسیون خطی چندمتغیره نشان می‌دهد متغیرهای «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیل»، در مجموع، ۳۳/۵ درصد از واریانس سواد رسانه‌ای سلامت را تبیین می‌کنند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که با وجود گسترش دسترسی اعضای جامعه به رسانه‌های اجتماعی، پایین بودن تحصیلات و پایگاه اقتصادی، مانع برخورداری کاربران از سواد رسانه‌ای سلامت است. ولی این انتظار وجود دارد که با بهره‌گیری از انواع ظرفیت‌های رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت، سواد رسانه‌ای سلامت کاربران افزایش یابد.

واژه‌های کلیدی

رسانه‌های اجتماعی، سواد رسانه‌ای، سواد رسانه‌ای سلامت، سواد سلامت، مصرف رسانه‌ای.

* این مقاله بر اساس نظر گروه دبیران و سردبیر فصلنامه، پژوهشی است.

۱. دانشجوی دکتری رشته ارتباطات، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. azadeh.salemi@srbiau.ac.ir

۲. استاد گروه آموزشی مطالعات ارتباطاتی، دانشکده ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) khaniki@atu.ac.ir

۳. استادیار گروه ارتباطات و علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. habibsabouri@iauet.ac.ir

۴. دانشیار گروه پژوهشی مشارکت‌ها و ارتباطات، پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، تهران، ایران. Shahnaz.hashemi@yahoo.com

مقدمه

افزایش ضریب نفوذ اینترنت^۱ و گسترش استفاده از رسانه‌های اجتماعی^۲، فرصتی فراهم می‌کند تا افراد، با جست‌وجوی اطلاعات سلامت و مشورت با هم‌تایان^۳ و متخصصان، با آگاهی بیشتری در فرایندهای تصمیم‌گیری بهداشتی و مراقبت از خود، مشارکت کنند، از خدمات و مراقبت‌های سلامت استفاده کنند و تعامل بهتری با متخصصان داشته باشند (اوزبورن، ۱۳۹۹: ۱۹۹ و Kamel Bolous, 2011: 3). علاوه بر سلامت فردی، رسانه‌های اجتماعی این ظرفیت را دارند که برای بهبود نظارت اعضای جامعه بر سلامت عمومی و تأثیرگذاری بر سیاست‌های سلامت، مورداستفاده قرار گیرند (Moorhead, 2013).

رسانه‌های اجتماعی، برنامه‌های کاربردی مبتنی بر اینترنت هستند که بر مبنای ایدئولوژیکی و فناورانه^۴ وب^۵ استوارند و امکان خلق و تبادل محتوا را برای کاربران^۶ فراهم می‌کنند (Kaplan & Haenlein, 2010: 61). وفور اطلاعات سلامت در اینترنت و رسانه‌های اجتماعی، دسترسی اعضای جامعه را به اطلاعات صحیح تضمین نمی‌کند و تولید محتوا توسط کاربران غیرمتخصص، نگرانی‌هایی را درمورد کیفیت اطلاعات آنلاین سلامت به وجود آورده است (Rutten, et.al., 2019: 623). افزون بر این، شیوه استفاده از رسانه‌های اجتماعی، ممکن است بهره‌مندی از مزایای آن را محدود کند. اضطراب و سردرگمی در مواجهه با اضافه‌بار اطلاعات؛ الگوریتم رسانه‌های اجتماعی و «شخصی‌سازی»^۷ محتوای دریافتی که با امکان دنبال کردن موضوعات موردعلاقه و افراد با دیدگاه‌های مشابه، کاربران را در حبابی از اطلاعات محدود، محصور می‌سازد (Rainie & Wellman, 2014: 125, 232)؛ پیچیدگی درک

۱. نفوذ اینترنت پهن‌بند در سال ۱۳۹۹، ۱۰۴ درصد بوده است (ایسپا، ۱۳۹۹، سایت) و ۷۳/۶ درصد از بزرگسالان ایرانی از رسانه‌های اجتماعی استفاده کرده‌اند (سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی، ۱۳۹۹، سایت).

۲. در ابتدای سال ۲۰۲۱، ضریب نفوذ اینترنت در جهان ۵۹/۵ درصد بوده، تنها ۵/۹ درصد از کاربران اینترنت، کاربر فعال رسانه‌های اجتماعی نبوده‌اند (Kemp, 2021, Site).

3. Peers

۴. وب ۲ (Web 2.0) سایت‌هایی هستند که به کاربران اجازه می‌دهند علاوه‌بر بازیابی پیام، محتوا را تولید و توزیع کنند (کریپر و مارتین، ۱۳۹۱: ۱۹).

5. Users

6. Customization

مطالب و محتواهای مرتبط با سلامت، بخصوص برای افراد با تحصیلات پایین؛ مأنوس نبودن با فناوری‌های ارتباطی جدید و دشواری تشخیص منابع موثق و راهنمایی‌های مفید از شایعات، به‌ویژه در زمان بحران (Klecut, 2012: 145)، از موارد دیگری است که بهره‌مندی از فرصت‌های رسانه‌های اجتماعی را با چالش روبه‌رو می‌سازد. با وجود این، جست‌وجوی اطلاعات به‌صورت آنلاین، بیش از پیش، به امری مرسوم در بین کاربران اینترنت تبدیل می‌شود و نمی‌توان انتظار داشت چالش‌های پیش‌گفته، مانع استفاده مردم از رسانه‌های اجتماعی شوند (Kamel Bolous, 2011: 2). این موضوع، اهمیت سواد رسانه‌ای را در حوزه سلامت روشن می‌کند.

سواد رسانه‌ای، توانایی افراد در دسترسی، تحلیل، ارزیابی و انتقال پیام‌های ارتباطی در شکل‌های متنوع، تعریف شده است (پاتر، ۱۳۹۳: ۵۳). بحث «سواد رسانه‌ای سلامت» را نخستین بار لوین زمیر^۱ و همکاران، مطرح و توانایی‌های افراد موردآزمایش را در مواجهه با پیام‌های تلویزیونی مرتبط با سلامت ارزیابی کردند. در ایران نیز بخش‌هایی از ابعاد مفهومی این موضوع، به روش‌های اسنادی و کیفی، مورد مطالعه قرار گرفته، اما نتایج پیمایشی برای سنجش سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان به‌صورت عمومی منتشر نشده و مطالعات پیمایشی در سطح شهرهای کشور، مربوط به سنجش سواد سلامت^۲ یا سواد سلامت الکترونیک^۳ بوده است. در مطالعات سواد سلامت، مهارت‌های ارتباطی و تعاملی مورد نیاز برای استفاده از رسانه‌ها، به‌ویژه رسانه‌های جدید مغفول است و مطالعات مربوط به سواد سلامت الکترونیک، دامنه بزرگی از مهارت‌ها را دربرمی‌گیرند که فراتر از سواد رسانه‌ای و شامل انواع فناوری‌های دیجیتال است.

استفاده بهینه از رسانه‌های اجتماعی، نه تنها نیازمند سواد رسانه‌ای است، بلکه ممکن است با بهبود این مهارت‌ها همراه باشد (Levin-Zamir & Bertschi, 2018: 78: 2007: 5). چنان‌که در بررسی روند ۴ دوره پیمایش اطلاعات

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

سلامت در امریکا، تجربهٔ اخیر در جست‌وجوی اطلاعات از طریق اینترنت، به‌عنوان یکی از عوامل سهولت استفادهٔ افراد از اطلاعات سلامت آنلاین، گزارش شده است (Rutten, et.al., 2019: 621). با توجه به گسترش استفاده از رسانه‌های اجتماعی، بررسی و سنجش مهارت‌های سواد رسانه‌ای کاربران در استفاده از این رسانه‌ها برای موضوعات مرتبط با سلامت ضرورت دارد. از این رو، این پژوهش با محوریت این سؤال شکل گرفته که: سواد رسانه‌ای کاربران در زمینهٔ پیام‌های مرتبط با سلامت، تا چه حد با میزان و نحوهٔ استفاده از رسانه‌های اجتماعی در ارتباط است. بر این اساس، فرضیه‌های تحقیق به شرح ذیل هستند:

۱. بین میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی و سواد رسانه‌ای کاربران در استفاده از پیام‌های مرتبط با سلامت، ارتباط وجود دارد.
۲. بین تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزهٔ سلامت و سواد رسانه‌ای سلامت کاربران ارتباط وجود دارد.
۳. بین تجربهٔ استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزهٔ سلامت با سواد رسانه‌ای کاربران ارتباط وجود دارد.
۴. بین گروه‌های اجتماعی، از نظر سواد رسانه‌ای سلامت تفاوت وجود دارد.
۵. استفاده از رسانه‌های اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای، قادر به پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت کاربران هستند.

پیشینهٔ تحقیق

لویین زمیر و همکاران، با بررسی توانایی‌های سواد رسانه‌ای سلامت ۶۰ دانش‌آموز در چهار بُعد: تشخیص، تأثیر، ارزیابی انتقادی و قصد رفتار، بعد از تماشای ۶ فیلم حاوی پیام‌های سلامت، به این نتیجه رسیدند که سواد رسانه‌ای سلامت دختران، به‌صورت معنادار، بالاتر از پسران است اما تفاوت معنادار بین سواد رسانه‌ای سلامت در بین گروه‌های تحصیلی و پایگاه اجتماعی اقتصادی خانوادهٔ دانش‌آموزان وجود ندارد (Levin-Zamir et.al., 2011). در مقالهٔ جدیدتر لویین زمیر، مروری بر عوامل فردی و محیطی مؤثر بر سواد رسانه‌ای سلامت صورت گرفته که استفاده از رسانه‌ها، یکی از آنهاست (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). نخستین

مقاله درمورد «سواد رسانه‌ای سلامت» در ایران، به قلم پهرانی (۱۳۹۵) و در قالب «نامه به سردبیر» در فصلنامه «سواد سلامت» منتشر شده است. پس از آن، رئیسی نافچی و همکاران (۱۳۹۹) به روش داده‌بنیاد، به «تبيين ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی» پرداختند و جمعیت هدف آنان، دانش‌آموزان مدارس دوره متوسطه شهر تهران بوده است. در هر یک از ابعاد، به برخی از موارد اشاره شده است؛ در بُعد پدیده‌محوری، به سه مؤلفه تشخیص و تأثیر محتوای رسانه بر سلامت، تحلیل انتقادی محتوای مرتبط با سلامت و واکنش نسبت به محتوای رسانه؛ در زمینه شرایط علی به مقوله‌های محیط یادگیری و منابع و اطلاعات سلامت؛ درمورد شرایط زمینه‌ای، به بسترهای قانونی، مسائل اجتماعی-سیاسی، خصوصیات فردی و بستر خانوادگی؛ در بحث عوامل مداخله‌گر، به پتانسیل فنی حوزه سلامت؛ و در حوزه پیامدها، ارتقای وضعیت سلامت جامعه و تقویت سرمایه اجتماعی، مورد توجه قرار گرفته است (رئیسی نافچی و همکاران، ۱۳۹۹).

سنجش سواد رسانه‌ای سلامت دانش‌آموزان توسط لوین زمیر و همکاران (۲۰۱۱)، معطوف به تجربه تماشای تلویزیون بوده و ابزار سنجش برای مطالعات پیمایشی ارائه نداده است. این در حالی است که سنجش‌های استاندارد متعددی برای اندازه‌گیری «سواد سلامت» و «سواد سلامت الکترونیک» وجود دارد. در عین حال، این پرسشنامه‌ها برای ارزیابی مهارت‌های سواد رسانه‌ای برای استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت مناسب نیستند. زیرا پرسشنامه‌های سواد سلامت که در حوزه علوم پزشکی طراحی شده‌اند (مانند REALM و TOFHLA و NVS)، عمدتاً بر توانایی‌های خواندن و درک اصطلاحات و اطلاعات سلامت متمرکزند و کمتر به مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی توجه دارند (اوزبورن، ۱۳۹۹: ۱۴-۱۳). همچنین سنجش استاندارد سواد سلامت الکترونیک «eHEALS»، انواع گسترده مهارت‌های مربوط به سواد پایه، سواد اطلاعاتی، سواد رسانه‌ای، سواد سلامت، سواد علمی و سواد رایانه‌ای را تنها با ۸ گویه می‌سنجد (Norman & Skinner, 2006). به همین دلیل، تلاش‌هایی برای طراحی ابزار سنجش مناسب با مقتضیات رسانه‌های جدید صورت گرفته است. «ابزار سنجش سواد سلامت دیجیتال؛ برای اندازه‌گیری طیف گسترده مهارت‌های سلامت ۱/۰ و ۲/۰»

1. Grounded Theory

از این جمله است. در این پرسشنامه، شاخص‌های مهارت عملکردی، مهارت‌های ناوبری، جست‌وجوی اطلاعات، ارزیابی قابل‌اعتماد بودن اطلاعات سلامت، تشخیص تناسب اطلاعات با شرایط خود، افزودن محتوای کاربرساخت و حفاظت از حریم خصوصی، لحاظ شده است. این تحقیق، نشان‌دهنده همبستگی معنادار بین سواد سلامت دیجیتال با سن (معکوس)، تحصیلات، بسامد استفاده از اینترنت و استفاده از اینترنت در حوزه سلامت است (Vaart & Drossaert, 2017). اعتبار و پایایی این سنج در کشور هلند تأیید شده، اما در کشورهای دیگر بررسی نشده است. مطالعه سواد سلامت دیجیتال در سطح اتحادیه اروپا نیز بیشتر معطوف به توصیف و ارزیابی دامنه استفاده و رضایت اروپاییان از منابع آنلاین سلامت بوده و سطح توانایی‌ها یا سواد پاسخ‌گویان و ارتباط آن را با مصرف رسانه‌ای نمی‌سنجد. براساس نتایج، بین گروه‌های اجتماعی از نظر رضایت از کیفیت اطلاعات سلامت یافته‌شده در اینترنت، تفاوت معنادار وجود ندارد، اما تفاوت گروه‌های سنی و تحصیلی از نظر درک اطلاعات سلامت آنلاین، معنادار است (Eurobarometer, 2014).

در پژوهش‌های مختلف، رابطه سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک با متغیرهای زمینه‌ای، مطالعه شده است. درمورد جنسیت، برخی پژوهش‌ها، می‌پن بالاتر بودن سواد سلامت زنان از مردان است (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴ و Hassan, & Masoud, 2020). در عین حال، نتایج پژوهش‌های دیگر به نبود تفاوت معنادار بین زنان و مردان، به لحاظ برخورداری از سواد سلامت (عباسی، ۱۳۹۳؛ طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶) یا سواد سلامت الکترونیک (Rutten, 2019; et.al., 2013; Kickbusch, 2013; قاضی میرسعید و قائمی‌زاده، ۱۳۹۶) تأکید دارند. درمورد سایر متغیرهای زمینه‌ای، یافته‌های ۴ دوره پیمایش ملی در امریکا درخصوص سواد سلامت الکترونیک و مهارت‌های جست‌وجوی آنلاین اطلاعات سلامت، حاکی از آن است که تفاوت سطح مهارت‌ها صرفاً در بین گروه‌های نژادی و درآمدی، معنادار است (Rutten, et.al., 2019). این در حالی است که پیمایش تلفنی در سطح اتحادیه اروپا نشان داده سواد سلامت با تحصیلات (مستقیم) و سن (معکوس) در ارتباط است (Kickbusch, 2013).

در ایران، پژوهش ملی سنجش سواد سلامت ایرانیان ساکن شهرها (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۴)، می‌بین تفاوت در گروه‌های سنی و تحصیلی است، اما پیمایش در ۵ استان کشور (طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶)، تفاوت را در بین گروه‌های تحصیلی و درآمدی گزارش کرده است. در پژوهشی دیگر، ضمن اشاره به معنادار بودن تفاوت در بین گروه‌های تحصیلی، سنی و جنسی، تأکید شده که از این میان، تنها تحصیلات، پیش‌بینی‌کننده سواد سلامت الکترونیک است (رسولی و همکاران، ۱۳۹۷). درمورد دانشجویان نیز شواهدی دال بر ارتباط تحصیلات با سواد سلامت الکترونیک ارائه شده است (قاضی میرسعید و قائمی‌زاده، ۱۳۹۶).

درخصوص ارتباط بین سواد و استفاده از رسانه‌های جدید (به‌طور عام و نه لزوماً در حوزه سلامت)، در برخی پژوهش‌ها، وجود همبستگی معنادار بین میزان یا بسامد استفاده از اینترنت و رسانه‌های اجتماعی با سواد سلامت (Rosenbaum, 2018)، سواد سلامت الکترونیک (Boonwathanopas, 2016) و سواد سلامت دیجیتال (Vaart & Drossaert, 2017) گزارش شده است. در عین حال، طبق رگرسیون چندمتغیره در پژوهش روزن‌بام و همکاران، کل زمان صرف‌شده در استفاده از فناوری‌های نوین ارتباطی، تأثیر کم و حاشیه‌ای بر سواد سلامت دارد و پیش‌بینی‌کننده اصلی، میزان استفاده از آنها در حوزه سلامت است (Rosenbaum, 2018).

بسیاری از پژوهش‌ها از وجود رابطه همبستگی مستقیم بین میزان استفاده از اینترنت و رسانه‌های جدید برای کسب اطلاعات سلامت با سواد سلامت (عباسی، ۱۳۹۳؛ Hassan, & Masoud, 2020)، سواد سلامت الکترونیک (Tennant, 2013) و سواد سلامت دیجیتال (Vaart & Drossaert, 2017) حکایت دارند. همچنین در برخی پژوهش‌ها، به رابطه سواد سلامت با میزان پذیرش و سهولت استفاده از انواع فناوری‌های ارتباطی و برنامه‌های کاربردی در حوزه سلامت تأکید شده است (Mackert, et.al., 2016). برخلاف این یافته‌ها، چن^۲ و همکاران هشدار داده‌اند افرادی که سطح سواد سلامت آنها پایین است، بیشتر، از اینترنت و رسانه‌های اجتماعی برای دریافت اطلاعات سلامت استفاده می‌کنند و به آنها اعتماد دارند

1. Rosenbaum

2. Chen

(Chen, et.al., 2018).

تفاوت این پژوهش با مطالعات ذکرشده در آن است که این پژوهش، ضمن معرفی و اعتبارسنجی ابزار سنجش «سواد رسانه‌ای سلامت» که مهارت‌های موردنیاز برای استفاده از اینترنت و رسانه‌های جدید را دربرمی‌گیرد، در تلاش است رابطه این شاخص را با «استفاده از رسانه‌های اجتماعی» (هم به‌طور عام و هم در حوزه سلامت) تبیین کند. افزون بر این، همچون پژوهش روزنیام و همکاران (درخصوص سواد سلامت) و رسولی و همکاران (درمورد سواد سلامت الکترونیک)، به دنبال شناسایی سهم عوامل مورد مطالعه در پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت کاربران خواهیم بود.

چهارچوب نظری

مطابق هدف پژوهش (شناخت ارتباط استفاده از رسانه‌های اجتماعی با سواد رسانه‌ای سلامت)، ابتدا رویکردهای مربوط به استفاده از رسانه‌ها، سپس مباحث سواد رسانه‌ای و سواد سلامت و در نهایت، مدل مفهومی سواد رسانه‌ای سلامت مطرح می‌شود.

الف. استفاده از رسانه‌ها

از منظر کارکردگرایی^۱، رسانه‌ها به‌عنوان یکی از عناصر نظام، بخش‌های مختلف جامعه را به یکدیگر مرتبط می‌سازند و دارای کارکردهای اجتماعی، مانند: همبستگی، استمرار فرهنگی، کنترل اجتماعی و گردش اطلاعات هستند. رویکرد استفاده و رضامندی^۲، علاوه بر کارکردگرایی، متأثر از نگرش اجتماعی- روان‌شناختی است. از این رو، مصرف‌کننده را به‌عنوان نقطه محوری قرار داده، بر آن است که مخاطبان، قربانیان منفعل تأثیرات رسانه‌ها نیستند، بلکه انگیزه آنها از استفاده از رسانه‌ها، دستیابی به مجموعه‌ای از رضامندی‌هاست. از برآیند کارکردهایی که لاسول و رایت^۳ ارائه و مک‌کوایل^۴ و همکاران تکمیل کرده‌اند، ۶ مورد رضامندی حاصل از استفاده

1. Functionalism
2. Uses and Gratifications
3. Lasswell & Wright
4. McQuail

از رسانه‌ها شامل موارد ذیل است: سرگرمی (فرار از روزمرگی و مشکلات زندگی)؛ نظارت بر محیط (اطلاع‌جویی)؛ هویت‌یابی شخصی (معرفی خود، تحکیم ارزش‌ها)؛ روابط شخصی و معاشرت‌پذیری (همراهی و همنشینی، کاربردهای اجتماعی)؛ بسیج اجتماعی یا همبستگی اجتماعی در واکنش به محیط؛ و آموزش (سورین و تانکارد، ۱۳۹۵: ۴۵۰ و مک‌کوایل، ۱۳۸۲: ۱۰۷، ۱۰۴ و ۲۷ و مهدی‌زاده، ۱۳۹۱: ۴۷-۴۶).

در محیط رسانه‌های اجتماعی، مفهوم کاربر، جایگزین اصطلاح سنتی مخاطب می‌شود. استفاده از مفهوم کاربر، به ظرفیت و فرصتی اشاره دارد که رسانه‌های اجتماعی، در اختیار اعضای جامعه قرار می‌دهند تا علاوه بر دریافت فعالانه محتوا، به تعامل با سایر کاربران و همچنین تولید و به اشتراک‌گذاری محتوا بپردازند. پذیرش استفاده از رسانه‌های اجتماعی را می‌توان از منظر نظریه اشاعه نوآوری‌ها^۳ تبیین کرد. راجرز^۳ در تبیین فرایند اشاعه نوآوری‌ها، افراد را از نظر نرخ اقتباس نوآوری به پنج دسته تقسیم می‌کند: نوآوران، اقتباس‌گران اولیه، اکثریت اولیه، اکثریت متأخر و کندروها (سورین و تانکارد، ۱۳۹۵: ۳۱۲). انطباق با ارزش‌های رایج فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی اقتباس‌گر؛ وضوح نسبی مزایای نسبی نوآوری در مقایسه با روش‌های رایج (هزینه/ فایده)؛ سادگی و قابلیت انعطاف؛ قابلیت بازگشت و کم‌خطر بودن؛ و ملموس بودن نتایج، از ویژگی‌های نوآوری‌هایی است که معمولاً در اقتباس یا پذیرش، موفق هستند (ناتبیم و هریس، ۱۳۸۸: ۴۴).

ب. سواد رسانه‌ای و سواد سلامت

در مسیر تحول و تکامل سواد رسانه‌ای، رویکردها و مدل‌های مختلفی مطرح شده است. رویکرد شناختی سواد رسانه‌ای که پاتر^۴ آن را صورت‌بندی کرده، در زمان غلبه رسانه‌های جمعی در سبد مصرف رسانه‌ای مخاطبان گسترش یافت و هدف از آن، حمایت از مخاطبان در مقابل تهدیدها و آثار نامطلوب احتمالی رسانه‌ها از جمله: خطرات اخلاقی، دستکاری رسانه در نگرش مخاطبان و مسلط ساختن ایدئولوژی‌های موردنظر مالکان رسانه‌هاست (Cervi, et. al, 2012: 20). نظریه

1. Social Mobilization
2. Diffusion of Innovations
3. Rogers
4. Potter

انتقادی سواد رسانه‌ای^۱ که کلنر و شر^۲ آن را صورت‌بندی کردند، متأثر از رویکردهای مطالعات فرهنگی است و به فعال بودن مخاطبان و خوانش انتقادی (رمزگشایی پیام از منظر سیاست‌های بازنمایی از جمله: در زمینه نژاد، جنسیت و طبقه) و همچنین نقش سواد رسانه‌ای در توانمندسازی شهروندان و حمایت از دموکراسی تأکید دارد (Kellner & Share, 2007: 8). با گسترش رسانه‌های دیجیتال از دهه ۱۹۹۰، علاوه بر توانایی‌های مصرف رسانه‌ای و دریافت پیام، مهارت‌های تولید و به‌اشتراک‌گذاری پیام در رویکردها و مدل‌های سواد رسانه‌ای بازتاب پیدا کرده و مزیت‌ها و فرصت‌های فناوری‌های جدید در توانمندسازی شهروندان مورد توجه قرار گرفته است (Tornero & Celot, 2007; Cervi, et.al., 2012: 20). یکی از این مدل‌ها، سواد رسانه‌های جدید است که توسط چن^۳ و همکاران ارائه شده و دو محور سواد در مصرف رسانه^۴؛ و سواد در تولید^۵ را دربرمی‌گیرد (Chen, et.al., 2011: 2). سواد عملکردی در مصرف به معنی توانایی دسترسی و درک محتوای رسانه‌ای در سطح متنی؛ و سواد انتقادی در دریافت محتوا به معنی توانایی ارزیابی و تحلیل محتوای رسانه‌ای با توجه به بافت و زمینه اجتماعی و نقد معناهای نهفته و اثرات آن و برساخت درک خود از موضوع است. سواد عملکردی در تولید، ناظر به توانایی استفاده از فناوری برای خلق محتوای رسانه‌ای؛ و سواد انتقادی در تولید محتوا، به معنی توانایی درک تأثیرهای اجتماعی محتوای رسانه‌ای خلق‌شده و مشارکت در محیط رسانه‌های پیچیده و غنی مانند سکندلایف^۶ است (Lin, et.al., 2013: 165). سواد سلامت که ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات پایه و خدمات سلامت به‌منظور اتخاذ تصمیم‌های مناسب در حوزه سلامت، تعریف شده است (Kamel Bolous, 2011: 3)، در تلاش‌ها برای ارتقای سلامت^۷، ریشه دارد و

1 . Critical Media Literacy

2 . Kellner & Share

3 . Chen

4 . Consuming Literacy

5 . Prosuming Literacy

۶ . با توجه به اینکه در فارسی، معادل مناسبی برای واژه ترکیبی تولید- مصرف «Prosume» نهاده نشده است، در اینجا به صورت «تولید»، ترجمه شده است.

7 . Second Life

8 . Health Promotion

هدف آن، توانمندسازی افراد برای اتخاذ تصمیم‌های بهتر و مدیریت مهارت‌ها برای حفظ و بهبود سلامت است. سواد سلامت از طریق توانمندسازی افراد و اجتماع‌ها، به دموکراتیزه‌شدن نظام مراقبت سلامت و تعهد به سلامت و بهروزی در سطح فرد، اجتماع و جامعه کمک می‌کند (Kickbush, et.al., 2013: 22).

نات‌بیم^۱ توانمندی‌های سواد سلامت را در سه سطح عملکردی^۲ (مهارت‌های پایه^۳ خواندن و نوشتن در درک مطالب سلامت و عملکرد مؤثر در وضعیت‌های زندگی روزمره)؛ تعاملی^۳ (مهارت‌های شناختی و اجتماعی برای استخراج معنا از اشکال مختلف ارتباطات و به‌کارگیری اطلاعات سلامت در مورد وضعیت‌های درحال‌تغییر)؛ و انتقادی^۴ (مهارت‌های شناختی و اجتماعی برای تحلیل انتقادی اطلاعات سلامت و استفاده از آنها برای کنترل رویدادها و موقعیت‌های زندگی) تبیین کرده است (نات‌بیم، ۲۰۰۰: ۸). درحالی‌که دو سطح اول، بیشتر معطوف به توانمندی‌های فردی هستند، سواد سلامت انتقادی، علاوه‌بر مزایای فردی، به منافع اجتماع پیوند می‌خورد. زیرا قادر است ظرفیت و توانایی افراد را به‌لحاظ سرمایه اجتماعی، درک تعیین‌کننده‌های سلامت و پرسش در مورد آنها، درک نابرابری‌های سلامت و حرکت‌های سیاسی و اجتماعی برای تغییر و کاهش نابرابری‌ها بهبود بخشد (Sykes, et. al., 2013: 8).

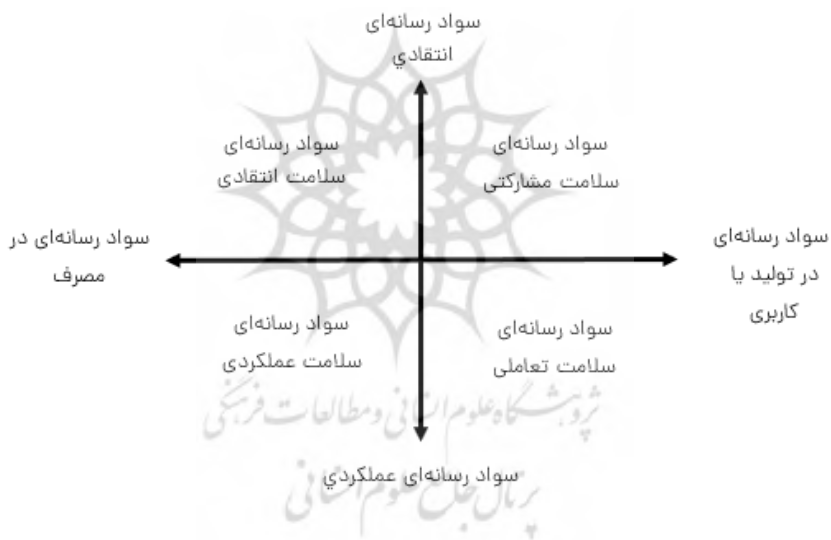
ج. مدل مفهومی سواد رسانه‌ای سلامت

سواد رسانه‌ای سلامت، حاصل تلفیق مفاهیم سواد رسانه‌ای و سواد سلامت است و مهارت‌های موردنیاز برای استفاده از ابزار و محتوای رسانه‌ای برای دسترسی، درک و به‌کارگیری اطلاعات و پیام‌های سلامت را به‌منظور بهبود سلامت فرد یا محیط اجتماع شامل می‌شود (Levin-Zamir & Bertschi, 2018: 2). از اقتباس و تلفیق مدل‌های سواد رسانه‌های جدید و سواد سلامت، می‌توان مدل سواد رسانه‌ای سلامت را به شکل زیر ترسیم کرد. سواد عملکردی به مهارت‌های دسترسی و استفاده از ابزارهای رسانه‌ای و درک مطالب سلامت اشاره دارد (نات‌بیم، ۲۰۰۰: ۸).

1. Nutbeam
2. Functional
3. Interactive
4. Critical

سواد تعاملی، مسئولیت مشترک ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان پیام سلامت است تا به گونه‌ای ارتباط برقرار کنند که دیگری بتواند محتوای ارتباط را درک کند (اوزبورن، ۱۳۹۹: ۲). سواد انتقادی، مهارت‌های تفکر انتقادی در تفسیر و تحلیل محتوای مربوط به سلامت را در رسانه‌ها دربرمی‌گیرد (رئیس‌ی نافیچی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۹۸). سواد مشارکتی، از بُعد انتقادی سواد سلامت اقتباس شده و ناظر به سهیم‌شدن در فرایندهای تصمیم‌گیری برای برنامه‌ریزی و عرضه خدمات سلامت در جامعه؛ نظارت بر نظام سلامت (بازخورد نسبت به سیاست‌ها و کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت)؛ احساس مسئولیت نسبت به سلامت اعضای جامعه و واکنش‌نشان‌دادن نسبت به مطالب نادرست است (Sykes, et. al., 2013: 8).

نمودار ۱: ابعاد سواد رسانه‌های سلامت



تعاریف نظری و عملیاتی

رسانه‌های اجتماعی: طبق تعریف پیش‌گفته، منظور از رسانه‌های اجتماعی، این موارد هستند: سایت‌های شبکه‌های اجتماعی، از جمله: فیس‌بوک و اینستاگرام؛ پیام‌رسان‌های فوری، از جمله: واتس‌اپ، تلگرام و سروش؛ توییتر و بلاگ‌ها؛ ویکی‌پدیا؛ تالارهای گفتگو (مثل زوم، ن‌ن‌سایت)؛ تیک‌تاک، یوتیوب و آپارات؛ و بازی‌های دنیای واقعیت مجازی مثل پوکمن‌گو.

سواد رسانه‌ای سلامت: از تلفیق تعاریف سواد سلامت و سواد رسانه‌ای، این مفهوم به درک افراد از توانایی‌شان در دسترسی، تحلیل، خلق و انتقال پیام‌های ارتباطی در حوزه سلامت از طریق رسانه‌ها اشاره دارد و چهار بُعد را دربرمی‌گیرد: «سواد عملکردی»، ارزیابی افراد را از سهولت استفاده از رسانه‌های اجتماعی برای دسترسی به اطلاعات و خدمات مراقبت سلامت و توانایی جست‌وجو و درک پیام‌های مرتبط با سلامت می‌سنجد (Klecun, 2012: 145 و Nutbeam, 2000: 8). «سواد انتقادی»، درک پاسخ‌گویان از توانایی‌شان در ارزیابی انتقادی پیام‌های سلامت است (رئیزی نافچی و همکاران، ۱۳۹۹) و مواردی از قبیل: توجه به منافع و سوگیری‌های تولیدکنندگان پیام (Park, 2012: 91); رصد منابع و دیدگاه‌های مختلف برای تصمیم‌گیری آگاهانه (Rainie & Wellman, 2012: 125); توجه به بافت و زمینه اجتماعی، دقت در تعمیم‌پذیری تجربیات و توصیه‌های کاربران (Klecun, 2012: 147); جایگزین نکردن مشاوره تخصصی با توصیه‌های بهداشتی آنلاین و توجه به اعتبار منبع منتشرکننده پیام (Kamel Boulos, 2012: 3) را دربرمی‌گیرد. منظور از «سواد تعاملی»، برداشت پاسخ‌گویان از توانایی‌شان در خلق محتوا و طرح مباحث مرتبط با سلامت در رسانه‌های اجتماعی (Lin, et. al., 2013: 165)، به اشتراک‌گذاری تجربیات و سؤال‌ها با متخصصان، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، انجمن‌های مربوط به بیماری‌های خاص و افراد با دغدغه‌ها و مشکلات مشابه است (Klecun, 2012: 144). تعاملاتی که به یافتن اطلاعات و توصیه‌های متناسب با وضعیت سلامت خود و داشتن انگیزه برای اجرای آنها کمک می‌کنند (Nutbeam, 2000: 11). «سواد مشارکتی»، سواد انتقادی در تولید و بازنشر محتوای سلامت در رسانه‌های اجتماعی است که مواردی مانند: توجه به حریم خصوصی خود و دیگران، اطمینان از معتبر بودن مطالب پیش از بازنشر آنها (Rainie & Wellman, 2012: 241) و همچنین ارزشیابی و بازخورد نشان‌دادن نسبت به خدمات و پیام‌های سلامت را دربرمی‌گیرد (Sykes, et. al., 2013: 8).

میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی: میانگین بسامد استفاده از گروه‌های مختلف رسانه‌های اجتماعی (موارد ذکرشده در تعریف رسانه‌های اجتماعی) است. تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت: منظور، استفاده از مجاری متعدد ارتباطی برای دریافت پیام‌های سلامت است که موجب افزایش

احتمال مواجهه با پیام سلامت می‌شود (صفاری و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۹). از پاسخ‌گویان، پرسیده شد از کدام گروه از رسانه‌های اجتماعی برای جست‌وجوی اطلاعات و توصیه‌های بهداشتی، تولید و به‌اشتراک‌گذاری مطلب و همچنین مشاوره با دوستان و متخصصان درمورد موضوعات مرتبط با سلامت بهره می‌گیرند؟ براساس حداقل و حداکثر مقادیر به‌دست‌آمده، پاسخ‌گویان به‌لحاظ تنوع رسانه‌های مورداستفاده، دسته‌بندی شده‌اند.

استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت: منظور، انگیزه‌های افراد برای استفاده از رسانه‌ها در حوزه سلامت است. کارکرد «سرگرمی»، برگرفته از راهبرد سرگرمی-آموزش^۱ در ارتباطات سلامت^۲، به دریافت اخبار و پیام‌های آموزشی برای ارتقای سلامت، همزمان با لذت‌بردن از گشت‌وگذار در رسانه‌های اجتماعی اشاره دارد (Obregon & Waisbord, 2012: 23). منظور از «اطلاع‌رسانی»، دریافت یا به‌اشتراک‌گذاری اخبار و اطلاعات درمورد سلامت و بیماری‌هاست. رسانه‌های اجتماعی به کاربران امکان می‌دهند با دنبال کردن هشتگ‌ها^۳ یا صفحات موردعلاقه، اخبار و اطلاعات سلامت را به‌صورت درخواستی^۴ یا شخصی‌سازی‌شده دریافت کنند (Rainie & Wellman, 2012: 12). کارکرد «یادگیری»، دریافت و به‌کارگیری توصیه‌ها و آموزه‌های بهداشتی را برای تغییر و اصلاح سبک زندگی، خودمراقبتی و بهبود وضعیت سلامت شامل می‌شود (Kamel Boulos, 2012: 3). درمورد کارکرد «خودابرازی یا خودبیانگری»^۵، رسانه‌های اجتماعی به افراد و گروه‌ها فرصت می‌دهند «صدایی»^۶ برای ابراز نظر و تأکید بر عقاید و دغدغه‌های فردی و اجتماعی داشته باشند. علاوه‌بر خلق محتوا و بارگذاری مطلب در رسانه‌های اجتماعی، استفاده از محتواهای قبلی و تلفیق و بازنشر آنها به‌شکلی متفاوت (مانند: ترکیب تصویر، متن و موسیقی و...)، نظرگذاری^۷ یا بازنشر پیام‌های دیگران

1. Edu-tainment
2. Health Communication
3. Hashtags (#)
4. On-demand
5. Self-expression
6. Voice
7. Comment

ذیل این کارکرد قرار می‌گیرد (Rainie & Wellman, 2012: 14). تعامل بین بیماران، دوستان و بستگان فرد، متخصصان و دیگر اعضای جامعه، فرصت‌های فوق‌العاده‌ای را برای «حمایت اجتماعی و عاطفی» فراهم می‌کند (Kamel Boulos, 2012: 2). این شاخص، میزان بهره‌گیری پاسخ‌گویان را از ظرفیت‌های تعاملی رسانه‌های اجتماعی برای گسترش شبکه روابط برای برخورداری از حمایت اجتماعی و به اشتراک‌گذاری تجربیات در حوزه سلامت می‌سنجد. آخرین کارکرد، «بسیج یا تحرک اجتماعی» است که سازمان جهانی بهداشت آن را فرایند گردهم‌آوردن تمام متحدان یا همکارانی دانسته است که قادرند در بخش‌های مختلف، برای افزایش آگاهی و مطالبه‌گری درمورد برنامه‌ای خاص فعالیت کنند و به توزیع منابع و خدمات و تقویت مشارکت پایدار اجتماع یاری رسانند (WHO, 2006, site).

متغیرهای زمینه‌ای: دربرگیرنده جنس، سن، سال‌های تحصیل و منطقه محل سکونت (معرف پایگاه اقتصادی) است.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش، پیمایش و جامعه آماری آن، شهروندان ۸ساله و بالاتر ساکن تهران هستند که از اینترنت استفاده می‌کنند. مطابق سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵، افراد ۱۵ساله و بالاتر ساکن تهران، ۷۱۷۷۱۵۴ نفر بوده‌اند که با ملاحظه ضریب نفوذ صددرصدی اینترنت در کشور، تمام این جمعیت به‌عنوان جامعه آماری لحاظ می‌شود. حداقل حجم نمونه براساس فرمول کوکران و خطای ۵ درصد، ۳۸۴ نفر محاسبه می‌شود که با درنظرگرفتن حاشیه اطمینان، ۴۰۰ پرسش‌نامه، پردازش شده است. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، متناسب با جمعیت هر یک از مناطق ۲۲گانه شهر تهران، با مراجعه به درب منازل در اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۸ صورت گرفته است.^۲

ابزار سنجش، پرسش‌نامه محقق‌ساخته با ۵ سؤال اصلی و ۵۳ گویه (به‌همراه سؤالی درمورد موضوعات بهداشتی موردعلاقه) است که ۲۰ گویه، «سواد رسانه‌ای سلامت»؛ ۷ گویه، «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»؛ ۸ گویه،

۱ طبقه‌بندی سنی گزارش سرشماری مرکز آمار ایران، از ۱۵ تا ۱۹ سال است.
۲ مستندات اجرای پیمایش به دفتر فصلنامه ارائه شده است.

«تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت»؛ و ۱۸ گویه، «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» را می‌سنجند. ضریب آلفای کرونباخ^۱ پرسش‌نامه (برای ۴۵ گویه در سطح سنجش فاصله‌ای یا نسبی و در قالب طیف لیکرت)، ۰/۸۳۷ و نشان‌دهنده پایایی^۲ و سازگاری درونی ابزار سنجش است. ضریب آلفای کرونباخ برای شاخص‌های «سواد رسانه‌ای سلامت» ۰/۷۱۰، «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» ۰/۷۴۷ و «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» ۰/۸۷۳ محاسبه شده است.

روایی صوری^۳ و اعتبار سازه^۴ اطمینان می‌دهند پرسش‌نامه از روایی مناسبی برخوردار است. تحلیل عاملی تأییدی^۵ و آزمون نیکویی برازش برای سازه‌های «سواد رسانه‌ای سلامت» و «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» نشان می‌دهد سازه‌ای با بار عاملی استاندارد کمتر از ۰/۵ برای حذف وجود ندارد و ابعاد استخراج‌شده در پژوهش با مفاهیم و نظریه‌هایی که آزمون بر محور آنها تدوین شده، تناسب دارد.

جدول ۱. برآورد بارهای عاملی و سطح معنی‌داری سازه سواد رسانه‌ای سلامت

مؤلفه‌های سازه	برآورد بارهای عاملی	بارهای عاملی استاندارد شده	واریانس تبیین شده	خطای استاندارد	ناحیه بحرانی	سطح معنی‌داری
سواد عملکردی	۱	۰/۶۹	۰/۴۷			
سواد تعاملی	۱/۱۵۶	۰/۶۵	۰/۴۳	۰/۱۶۷	۶/۹۱۲	***
سواد انتقادی	۱/۳۶۰	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۱۰۳	۶/۱۴۷۶	***
سواد مشارکتی	۱/۲۳۷	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۱۸۲	۶/۱۸۰۹	***

$$X^2 = ۱۴/۷۴۳ \quad df = ۲ \quad RMSEA = ۰/۱۲۶ \quad GFI = ۰/۹۸۳ \quad NFI = ۰/۹۲۳ \quad CFI = ۰/۹۳۱ \quad IFI = ۰/۹۳۲ \quad AGFI = ۰/۹۱۴$$

معیارهای $0/95 < NFI < 0/99$ ، $0/95 < IFI < 0/99$ ، $0/9 < AGFI < 0/95$ و $0/9 < GFI < 0/9$ مدل «سواد رسانه‌ای سلامت» را مناسب ارزیابی می‌کنند.

جدول ۲. برآورد بارهای عاملی و سطح معنی‌داری سازه استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی

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

سطح معنی‌داری	ناحیه بحرانی	خطای استاندارد	واریانس تیین‌شده	بارهای عاملی استانداردشده	برآورد بارهای عاملی	مؤلفه‌های سازه
			۰/۲۷	۰/۵۲	۱	سرگرمی
***	۹/۸۷۵	۰/۱۴۷	۰/۶۳	۰/۷۹	۱/۴۵۱	اطلاع‌رسانی
***	۹/۱۷۵	۰/۱۵۶	۰/۴۶	۰/۶۸	۱/۴۲۸	یادگیری
***	۸/۹۹۷	۰/۱۲۹	۰/۴۳	۰/۶۵	۱/۱۶۲	حمایت اجتماعی
***	۹/۶۸۹	۰/۱۴۷	۰/۵۷	۰/۷۶	۱/۴۲۶	خودبیانگری
***	۸/۹۶۸	۰/۱۲۹	۰/۴۲	۰/۶۵	۱/۱۵۵	تحریک اجتماعی

$$\chi^2 = ۶۸/۸۹۶ \mid df = ۹ \mid RMSEA = ۰/۱۲۹ \mid GFI = ۰/۹۴۳ \mid NFI = ۰/۹۱۹$$

$$CFI = ۰/۹۲۸ \mid IFI = ۰/۹۲۹ \mid AGFI = ۰/۸۷۶$$

در مورد «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» نیز معیارهای $۰/۹۵ < NFI < ۰/۹$ ، $۰/۹۷ < CFI < ۰/۹۵$ ، $۰/۹۵ < IFI < ۰/۹۲$ ، $۰/۹ < AGFI < ۰/۸۵$ و $۰/۹۵ < GFI < ۰/۹$ مؤید برازنده بودن مدل هستند.

یافته‌های تحقیق

داده‌های پیمایش با استفاده از نرم‌افزار SPSS 25 و Amos تحلیل شده است.

الف. یافته‌های توصیفی

۴۸/۸ درصد پاسخ‌گویان، مرد و ۵۱/۲ درصد زن بوده‌اند. میانگین سنی پاسخ‌گویان حدود ۳۵ و میانگین سال‌های تحصیل آنان ۱۳ است. ۱۶/۸ درصد پاسخ‌گویان در مناطق شمالی، ۲۴/۸ درصد در شرق، ۱۴/۵ درصد در غرب، ۱۷/۵ درصد در مرکز و ۲۶/۴ درصد در مناطق جنوبی شهر تهران ساکن بوده‌اند.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی شاخص‌های سواد رسانه‌ای سلامت، میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی و نحوه

استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت

آماره	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمینه	بیشینه
سواد رسانه‌ای سلامت	۲/۷۹	۰/۳۳۳	۰/۱۱۱	۱/۳	۳/۷
سواد عملکردی	۲/۹۴	۰/۴۸۲	۰/۲۳۲	۲/۸۹	۲/۹۹
سواد مشارکتی	۲/۸۷	۰/۶۳۵	۰/۴۰۴	۲/۸۱	۲/۹۳
سواد انتقادی	۲/۷۷	۰/۳۶۰	۰/۱۳۰	۲/۷۴	۲/۸۱
سواد تعاملی	۲/۵۶	۰/۴۶۹	۰/۲۲۰	۲/۵۱	۲/۶۱
میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی	۱/۷۲	۲/۱۷۷	۴/۷۳۷	۰	۶
تعداد رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در سلامت	۲/۶۲	۱/۸۵۴	۳/۴۳۹	۰	۸
استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	۲/۲۵	۰/۶۵۱	۰/۶۹۶	۱	۵

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 استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در بین پاسخ‌گویان، ۲/۲۵ (در بازه ۱ تا ۵) است. تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده 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» است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

استفاده کاربران از رسانه‌های اجتماعی ...

جدول ۴. تفاوت میانگین سواد رسانه‌ای سلامت پاسخ‌گویان به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

متغیر زمینه‌ای	گروه	میانگین	آزمون تفاوت میانگین بین‌گروهی (F/t)	درجه آزادی	سطح معناداری
جنس	مرد	۵۵/۴۶	-۰/۲۴۰	۳۹۸	۰/۸۱۰
	زن	۵۵/۶۲			
سن	۱۸-۲۴ سال	۵۵/۰۶	۲/۱۶۲	۳۹۴ و ۵	۰/۰۵۸
	۲۵-۲۹ سال	۵۶/۷۰			
	۳۰-۳۹ سال	۵۵/۴۹			
	۴۰-۴۹ سال	۵۶/۵۵			
	۵۰-۵۹ سال	۵۴/۶۶			
	۶۰ سال و بالاتر	۵۱/۲۹			
تحصیلات	ابتدایی	۴۷/۷۱	۷/۱۵۶	۳۵۹ و ۴	۰/۰۰۰
	راهنمایی و دبیرستان	۵۲/۹۸			
	دیپلم	۵۴/۹۳			
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۵۶/۹۶			
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۵۷/۲۱			
منطقه محل سکونت	شمال	۵۷/۲۷	۲/۰۲۳	۳۹۵ و ۴	۰/۰۹۱
	شرق	۵۵/۱۴			
	غرب	۵۶/۲۴			
	مرکز	۵۴/۴۳			
	جنوب	۵۵/۱۷			

آزمون تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد تفاوت معنادار آماری بین میانگین «سواد رسانه‌ای سلامت» زنان و مردان، گروه‌های سنی گوناگون و ساکنان مناطق مختلف شهر وجود ندارد. این در حالی است که در سطح اطمینان ۹۹ درصد، تفاوت میانگین در بین گروه‌های تحصیلی معنادار است. طبق آزمون تعقیبی

LSD، کمترین میانگین نمره «سواد رسانه‌ای سلامت» متعلق به گروه با تحصیلات ابتدایی و بیشترین میانگین، مربوط به افراد با تحصیلات دانشگاهی است.

ب. روابط همبستگی

رابطه سواد رسانه‌ای سلامت با میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی

آزمون همبستگی نشان می‌دهد در سطح اطمینان ۹۹ درصد، بین «سواد رسانه‌ای سلامت» و «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، همبستگی با شدت ضعیف وجود دارد. در میان ابعاد «سواد رسانه‌ای سلامت»، قوی‌ترین همبستگی با سواد عملکردی و ضعیف‌ترین ارتباط با سواد مشارکتی است.

جدول ۵. آزمون همبستگی سواد رسانه‌ای سلامت و ابعاد آن با میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی^۱

شاخص	ضریب همبستگی
سواد عملکردی	**۰/۲۹۹
سواد تعاملی	**۰/۱۸۱
سواد انتقادی	**۰/۱۷۷
سواد مشارکتی	**۰/۱۴۵
شاخص کل سواد رسانه‌ای سلامت	**۰/۲۸۳

رابطه سواد رسانه‌ای سلامت با تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در سلامت

در سطح اطمینان ۹۹ درصد، بین «سواد رسانه‌ای سلامت» و «تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت» همبستگی با شدت متوسط وجود دارد. در میان «ابعاد سواد رسانه‌ای»، قوی‌ترین همبستگی با سواد عملکردی و مشارکتی است.

جدول ۶: آزمون همبستگی سواد رسانه‌ای سلامت و ابعاد آن با تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت

شاخص	ضریب همبستگی
سواد عملکردی	**۰/۲۸۱
سواد تعاملی	**۰/۲۵۰
سواد انتقادی	**۰/۱۶۲
سواد مشارکتی	**۰/۲۸۱
شاخص کل سواد رسانه‌ای سلامت	**۰/۳۶۵

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

رابطه سواد رسانه‌ای سلامت با استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی

آزمون همبستگی نشان می‌دهد در سطح اطمینان ۹۹ درصد، «سواد رسانه‌ای سلامت» با «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، دارای همبستگی با شدت متوسط است. در میان ابعاد «سواد رسانه‌ای سلامت»، قوی‌ترین همبستگی با سواد تعاملی است.

جدول ۷: آزمون همبستگی سواد رسانه‌ای سلامت و ابعاد آن با میزان استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت

شاخص	ضریب همبستگی
سواد عملکردی	**۰/۳۸۱
سواد تعاملی	**۰/۴۷۲
سواد انتقادی	**۰/۱۰۷
سواد مشارکتی	**۰/۳۵۴
شاخص کل سواد رسانه‌ای سلامت	**۰/۴۹۱

ج. رگرسیون چندمتغیره^۱

نتایج رگرسیون چندمتغیره به روش گام‌به‌گام^۲ که برای بررسی و پیش‌بینی روابط علی مستقیم و خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته به کار رفته، نشان می‌دهد با اطمینان ۹۵ درصد، ضریب همبستگی چندگانه بین «سواد رسانه‌ای سلامت» و عوامل مؤثر بر آن، ۰/۵۷۹ است و بر مبنای ضریب تعیین، ۴ متغیر «کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «تنوع استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیلات»، در مجموع، ۳۳/۵ درصد از واریانس متغیر «سواد رسانه‌ای سلامت» را پیش‌بینی می‌کنند.

1 . Multiple Regression

2 . Stepwise

جدول ۸: تحلیل رگرسیون عوامل مؤثر بر سواد رسانه‌ای سلامت

نام متغیرها	R	R ²	Ad R ²	F	Sig	β غیراستاندارد	β استاندارد	t	Sig
استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت	۰/۴۹۱	۰/۲۴۱	۰/۲۴۱	۱۲۶/۲۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۵۲	۰/۴۵۰	۱۰/۳۶۷	۰/۰۰۰
تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در سلامت	۰/۵۵۰	۰/۳۰۲	۰/۰۶۱	۳۴/۸۰۶	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴	۰/۲۰۵	۴/۶۲۵	۰/۰۰۰
منطقه محل سکونت	۰/۵۶۸	۰/۳۲۲	۰/۰۲۰	۱۱/۹۵۵	۰/۰۰۰	-۰/۵۸۵	-۰/۱۳۱	-۳/۰۶۹	۰/۰۰۲
سال‌های تحصیل	۰/۵۷۹	۰/۳۳۵	۰/۰۱۳	۷/۶۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۵۳	۰/۱۱۹	۲/۷۶۲	۰/۰۰۶
عدد ثابت	--	--	--	--	--	۴۱/۹۱۵	--	۲۶/۵۹۱	۰/۰۰۰

بر اساس سطح معنی‌داری آماره t و میزان ضریب بتا (β)، «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، بیشترین سهم را در پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت دارد و بعد از آن، «تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیل» قرار دارند. همچنین سازه‌های «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی»، «سن»، «جنس» و «منطقه محل سکونت»، از مدل خطی تحقیق خارج می‌شوند و تأثیری در پیش‌بینی سواد رسانه‌ای سلامت ندارند. معادله خط رگرسیون سواد رسانه‌ای سلامت در بین کاربران اینترنت در شهر تهران به صورت زیر صورت‌بندی می‌شود:

$$\begin{aligned} & \text{(کارکرد رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت*0/952)} + \text{(0/41915 = سواد رسانه‌ای سلامت} \\ & + \text{(تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت*0/724)} + \\ & \text{E} + \text{(سال‌های تحصیل*0/253)} + \text{(منطقه محل سکونت*0/585-)} \end{aligned}$$

بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج، اولین فرضیه پژوهش، مبنی بر وجود رابطه معنادار بین «سواد رسانه‌های سلامت» و «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» (به صورت عام و نه لزوماً در حوزه سلامت)، تأیید می‌شود؛ زیرا آزمون همبستگی، نشان‌دهنده ارتباط ضعیف، اما معنادار بین این دو متغیر است. این یافته با نتایج روزنیام و همکاران (۲۰۱۸)، بونواتنوپاس^۱ (۲۰۱۶) و وارت و دروسارت^۲ (۲۰۱۷) هماهنگ است. در میان ابعاد «سواد رسانه‌های سلامت»، قوی‌ترین همبستگی با سواد عملکردی و ضعیف‌ترین ارتباط با سواد مشارکتی، ملاحظه شده است. این موضوع، بیانگر آن است که دسترسی به رسانه‌های اجتماعی، امکان جست‌وجو و دریافت اطلاعات سلامت را برای کاربران فراهم می‌کند، اما ارزیابی انتقادی متون، به‌ویژه پیش از بازنشر آنها (سواد مشارکتی) نیازمند مهارت‌ها و توانایی‌های بیشتری است و به عوامل دیگری وابسته است.

دومین فرضیه پژوهش، معطوف به رابطه بین «سواد رسانه‌های سلامت» و «تنوع رسانه‌های اجتماعی مورداستفاده در حوزه سلامت» نیز تأیید شده است. آزمون همبستگی، نشان‌دهنده رابطه با شدت متوسط بین این دو متغیر است که با نتایج مکرت^۳ و همکاران (۲۰۱۶) درمورد رابطه بین سواد سلامت و میزان پذیرش برنامه‌های کاربردی حوزه سلامت، همسوست. از میان ابعاد «سواد رسانه‌های سلامت»، قوی‌ترین همبستگی بین این متغیر و سواد عملکردی و سواد مشارکتی و ضعیف‌ترین ارتباط مربوط به سواد انتقادی است. به نظر می‌رسد اقتباس‌گران اولیه نوآوری‌ها که تنوع رسانه‌های اجتماعی مورداستفاده آنها بیشتر است، علاوه بر جست‌وجو و دریافت پیام‌های مرتبط با سلامت، از رسانه‌های اجتماعی به منظور تولید محتوا، بازنشر پیام و همچنین نظارت بر محیط و نظام سلامت بهره می‌گیرند و در بازنشر مطالب، دقت بیشتری به خرج می‌دهند. در عین حال، ارتباط ضعیف سواد انتقادی با این متغیر، نشان‌دهنده آن است که اقتباس‌گران اولیه نوآوری‌ها، ممکن است به آسیب‌های فرهنگی فناوری‌ها کم‌توجه باشند و شیفته

1. Boonwattanopas
2. Vaart & Drossaert
3. Mackert

کارآمدی آنها شوند.

فرضیه سوم پژوهش، ناظر به رابطه «سواد رسانه‌ای سلامت» و «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» نیز تأیید شده و ارتباط معنادار با شدت متوسط بین این دو متغیر وجود دارد. به عبارت دیگر، کاربرانی که تجربه بیشتری در استفاده از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت دارند، از مهارت‌های سواد رسانه‌ای بالاتری در این حوزه برخوردارند. این یافته، ضمن همسویی با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها در زمینه سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک، با نتایج چن و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر استفاده افراد با سطح سواد سلامت پایین از رسانه‌های جدید برای کسب اطلاعات سلامت متفاوت است. یکی از دلایل این امر ممکن است تفاوت در حجم نمونه و شیوه اجرای پیمایش (پیمایش آنلاین در مطالعه چن و همکاران) باشد. در میان ابعاد «سواد رسانه‌ای سلامت»، قوی‌ترین همبستگی بین «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی» و سواد تعاملی؛ و ضعیف‌ترین ارتباط بین این متغیر و سواد انتقادی به دست آمده است. به نظر می‌رسد کاربرانی که تجربه بیشتری در بهره‌گیری از انواع کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت دارند، از آن، صرفاً برای دریافت اطلاعات استفاده نمی‌کنند. بلکه این توانایی را در خود می‌بینند که در موقع نیاز، با متخصصان یا افراد با دغدغه‌های مشابه، مشورت کرده، اطلاعات و توصیه‌های مناسب موقعیت خود را بیابند و دیگران را از تجربیات خود بهره‌مند سازند. در عین حال، همه کسانی که در رسانه‌های اجتماعی، درمورد موضوعات مرتبط با سلامت به گفت‌وگو یا تولید محتوا می‌پردازند، از سواد و مهارت‌های انتقادی برای ارزیابی پیام‌ها برخوردار نیستند. این یافته، زنگ خطری درمورد چالش‌های استفاده از اطلاعات آنلاین سلامت به شمار می‌رود.

چهارمین فرضیه تحقیق به تفاوت «سواد رسانه‌ای سلامت» در بین گروه‌های اجتماعی مربوط است. نتایج نشان می‌دهد تفاوت میانگین «سواد رسانه‌ای سلامت» در بین گروه‌های تحصیلی، معنادار است، اما تفاوت معنادار بین زنان و مردان وجود ندارد. این امر با یافته‌های قاضی میرسعید و قائمی‌زاده (۱۳۹۶):

عباسی (۱۳۹۳)؛ طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۶)؛ راتن^۱ و همکاران (۲۰۱۹) و کیک‌بوش^۲ (۲۰۱۳) هماهنگ است. این در حالی است که در پژوهش‌های لوین زمیر و همکاران (۲۰۱۱)؛ طاووسی و همکاران (۱۳۹۴)؛ و حسن و مسعود (۲۰۱۹)، زنان از سواد بالاتری برخوردار بوده‌اند. برخلاف انتظار، تفاوت میانگین نمره کل «سواد رسانه‌ای سلامت» در بین گروه‌های سنی، معنادار نیست. این یافته با نتایج کیک‌بوش (۲۰۱۳)؛ رسولی و همکاران (۱۳۹۷)؛ قاضی میرسعید و قائمی‌زاده (۱۳۹۶)؛ طاووسی و همکاران (۱۳۹۴)؛ طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) مبنی بر رابطه معکوس بین سواد و سن متفاوت است. احتمال دارد درگیری بیشتر افراد میان‌سال و مسن با بیماری‌ها یا تأمل بیشتر آنها در ارزیابی انتقادی پیام‌ها و همچنین افزایش استفاده افراد میان‌سال و مسن از رسانه‌های اجتماعی در طول سالیان اخیر از دلایل این امر باشد. راتن و همکاران (۲۰۱۹) در مورد روند پیمایش‌های ملی امریکا نیز نتایجی نزدیک به پژوهش حاضر را گزارش کرده‌اند. تفاوت این دو یافته با سایر پژوهش‌ها ممکن است به دلیل گستره جامعه آماری مورد مطالعه (اتکای برخی از پژوهش‌های پیش‌گفته بر دانشجویان یا بیماران یک بیمارستان) یا تغییر در مصرف رسانه‌ای اعضای جامعه در سال‌های اخیر باشد.

در مورد پنجمین فرضیه، رگرسیون خطی چندمتغیره نشان داد استفاده از رسانه‌های اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای قادرند ۳۳/۵ درصد از تغییرات متغیر «سواد رسانه‌ای سلامت» را تبیین کنند. «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده «سواد رسانه‌ای سلامت» کاربران رسانه‌های اجتماعی است و بعد از آن، «تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت»، «منطقه محل سکونت» و «سال‌های تحصیل»، در افزایش سطح «سواد رسانه‌ای سلامت» سهم دارند. اگر «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» (به‌طور عام) را نماینده مفهوم «استفاده»، «استفاده از کارکردهای رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت» را نشانگر «رضامندی» و «تنوع رسانه‌های اجتماعی مورد استفاده در حوزه سلامت» را شاخصی از «پذیرش نوآوری» تلقی کنیم، نتایج تحلیل رگرسیون را می‌توان چنین تفسیر کرد که پذیرش و رضامندی در «استفاده

1. Rutten

2. Kickbusch

از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت»، تعیین‌کننده «سواد رسانه‌ای سلامت» است، اما براساس «میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی» (به‌طور عام) نمی‌توان توانمندی‌های سواد رسانه‌ای افراد را در حوزه سلامت پیش‌بینی کرد. این نتیجه، مؤید تحلیل روزن‌بام و همکاران (۲۰۱۸) است که گزارش کردند کل زمان صرف‌شده در استفاده از رسانه‌های دیجیتال در مقایسه با استفاده از این رسانه‌ها در حوزه سلامت، متغیری حاشیه‌ای محسوب می‌شود.

سن و جنسیت، به‌صورت مستقیم، بر توانمندی‌های سواد رسانه‌ای سلامت افراد مؤثر نیستند، اما محل‌سکونت و سال‌های تحصیل، دارای رابطه مستقیم با این متغیر هستند. حضور تحصیلات در مدل رگرسیون با یافته‌های روزن‌بام و همکاران (۲۰۱۸) و متغیر منطقه محل‌سکونت به نمایندگی از پایگاه اقتصادی با نتایج راتن و همکاران (۲۰۱۹) همسوست.

پیشنهادها

متغیرهای بررسی‌شده در این پژوهش، قادرند بیش از ۳۰ درصد از تغییرات سواد رسانه‌ای سلامت کاربران اینترنت را تبیین کنند. پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های آتی، نقش و سهم سایر عوامل فردی یا اجتماعی که ممکن است با سواد رسانه‌ای سلامت افراد در ارتباط باشند، مورد بررسی قرار گیرد.

از میان ابعاد «سواد رسانه‌ای سلامت»، کمترین امتیاز مربوط به سواد تعاملی و بیشترین امتیاز آن، سواد عملکردی است و مهارت‌های سواد انتقادی در دریافت و به‌اشتراک‌گذاری محتوا نیز در میانه طیف قرار دارند. از این یافته، چنین استنباط می‌شود که ابعاد گوناگون سواد رسانه‌ای سلامت، پیش‌نیاز یکدیگر نیستند و لزوماً نمی‌توان براساس امتیاز بیشتر سواد انتقادی نسبت به سواد عملکردی یا سواد در تولید نسبت به سواد در مصرف محتوا، توالی و ترتیب قائل شد. در ادامه، پیشنهادهایی مطرح می‌شود که امید است برای تقویت سواد رسانه‌ای سلامت شهروندان در چهار بُعد آن، مؤثر واقع شود.

درمورد «سواد عملکردی»، باید توجه داشت دانش پزشکی، به‌خودی‌خود، پیچیده و تخصصی است. لازم است هنگام ارائه پیام‌های سلامت به مخاطبان غیرمتخصص، از زبان ساده و مفاهیمی استفاده شود که برای عموم، قابل‌درک

باشند و از کاربرد غیرضروری اصطلاحات انگلیسی پرهیز شود. سهولت استفاده، انعطاف‌پذیری، وجود محتوای خلاقانه و افزون بودن مزایا در مقایسه با هزینه‌های مصرف، از ویژگی‌های نوآوری‌هایی هستند که بیشتر احتمال دارد موردپذیرش قرار گیرند. سهولت استفاده و کاربرپسندبودن فناوری‌ها، ضروری است تا بهره‌مندی از مزایای این فناوری‌ها به گروه‌های محدودی از جامعه منحصر نشود. با توجه به نقش تعیین‌کننده پذیرش و استفاده کاربران از رسانه‌های اجتماعی در حوزه سلامت، مناسب است متخصصان و متولیان سلامت با سرعت و دقت، به تولید و انتشار محتوای سلامت در انواع رسانه‌های اجتماعی (متناسب با ویژگی‌های هر رسانه) مبادرت ورزند و با مصاحبه و ارسال به‌موقع محتوا به خبرگزاری‌ها، شرایطی را فراهم آورند که اعضای جامعه، همواره به اطلاعات موثق، دسترسی داشته باشند. این موضوع، در زمان بحران و شرایط اضطراری، اهمیت و ضرورت بیشتری پیدا می‌کند.

درمورد تقویت «سواد تعاملی»، ماهیت ارتباطات در رسانه‌های اجتماعی، حکم می‌کند تولیدکنندگان محتوای سلامت به تفاوت بنیادی این فضا با رسانه‌های جمعی که در آن ارتباط غالباً یک‌سویه است، توجه کرده، انتظار نداشته باشند بارگذاری و انتشار مطلب در رسانه اجتماعی، پایان فرایند ارتباط آنان با کاربران باشد. همچنین با توجه به کارکرد حمایت اجتماعی و عاطفی به‌اشتراک‌گذاری تجربیات و امید و انگیزه‌بخشی برای سازگاری با وضعیت سلامت، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های مرتبط با سلامت و به‌ویژه انجمن‌های بیماری‌های خاص، در قالب تسهیل‌گر، امکان تعامل و به‌اشتراک‌گذاری تجربیات را برای افراد با مشکلات مشابه فراهم آورند و در عین حال، با هدایت متخصصان، از کژکاردهایی مانند: به حاشیه رفتن مباحث یا ایجاد دلهره و ناامیدی در بیماران پیشگیری کنند.

نظر به انبوه اطلاعات ناقص و گمراه‌کننده، شایعات و اخبار جعلی که در فضای رسانه‌های اجتماعی وجود دارد، لازم است آموزش‌های «سواد انتقادی» به‌طور متناوب به اعضای جامعه ارائه شود. با توجه به نقش تعیین‌کننده تحصیلات در تشدید نابرابری شهروندان در برخورداری از سواد رسانه‌ای سلامت، پیشنهاد می‌شود متخصصان و متولیان سلامت از ظرفیت‌های انواع رسانه‌ها- اعم از رسانه‌های اجتماعی و جمعی- برای ارائه به‌موقع پیام‌های سلامت و ارتقای آگاهی‌های

شهروندان در مواجهه با شایعات و اطلاعات یا توصیه‌های نادرست استفاده کنند. در عین حال، باید توجه داشت تشخیص اطلاعات موثق و صحیح از اطلاعات نادرست و جعلی- حتی برای افراد تحصیل کرده- به سهولت میسر نیست. بنابراین، ضروری است سازمان‌های رسمی و صفحات تخصصی سلامت با مدیریت برزند، به منابع شناخته شده و موثق اطلاعات و توصیه‌های سلامت برای آحاد جامعه تبدیل شوند.

درمورد تقویت «سواد مشارکتی»، کمپین‌ها یا پویش‌های سلامت که از سوی سازمان‌های بهداشتی، شهرداری و سایر نهادهای متولی سلامت راه‌اندازی می‌شوند، در شرایطی با استقبال اعضای جامعه مواجه می‌شوند که مبتنی بر نیازهای ملموس اعضای جامعه بوده، راهکارها و زیرساخت‌های مناسب برای اجرای آنها وجود داشته باشد و به صورت گسترده، از طریق رسانه‌های مختلف، از جمله رسانه‌های اجتماعی تبلیغ شوند. افزون بر این، آموزش شیوه‌های خودمراقبتی برای حفظ و بهبود سلامت فردی، به‌تنهایی نمی‌تواند ضامن سلامت افراد و اجتماع باشد. لازم است سازمان‌های متولی سلامت و تصمیم‌گیران و سیاستگذاران، با اتخاذ سیاست‌ها و وضع قوانین حامی سلامت و تجهیز زیرساخت‌های موردنیاز، فرایند ارتقای سلامت را در جامعه تسهیل و هدایت کنند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

- اوزبورن، هلن (۱۳۹۹). **سواد سلامت از الف تا ی**. (مترجم: علی‌حسین قاسمی و فیروزه زارع‌فراشبندی)، تهران: جامعه‌نگر.
- پاتر، دبلیو، جیمز (۱۳۹۳). **نظریه سواد رسانه‌ای: رهیافتی شناختی**. (مترجم: ناصر اسدی، محمد سلطانی‌فر و شهناز هاشمی)، تهران: سیمای شرق.
- رسولی، حمیدرضا؛ 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»، **مجله طب نظامی**، دوره ۲۰، شماره ۱، (فروردین و اردیبهشت)، صص ۹۲-۸۳.
- رئیزی نافچی، ابوالقاسم؛ دانایی، ابوالفضل؛ و زرگر، سیدمحمد (۱۳۹۹). «تبیین ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی: یک مطالعه داده‌بنیاد». **پایش**، شماره ۱۹ (۲)، (فروردین و اردیبهشت)، صص ۲۰۳-۱۹۷.
- سورین، ورنر؛ و تانکارد، جیمز (۱۳۹۵). **نظریه‌های ارتباطات**، (مترجم: علیرضا دهقان). (چاپ هفتم)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- صفاری، محسن؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ غفرانی‌پور، فضل‌اله؛ پاکپور، امیر؛ رمضانخانی، علی؛ و حسینی‌سده، سیدرضا (۱۳۹۳). **ارتباط‌شناسی سلامت**، تهران: آثار سبحان و یاررس.
- طاووسی، محمود؛ حائری مهریزی، علی‌اصغر؛ رفیعی‌فر، شهرام؛ سلیمانیان، آتوسا؛ سربندی، فاطمه؛ اردستانی، مناسادات؛ هاشمی، اکرم؛ و منتظری، علی (۱۳۹۴). «سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها، یک مطالعه ملی». **نشریه پایش**، دوره ۱۵، شماره ۱ (بهمن و اسفند)، صص ۱۰۲-۹۵.
- طهرانی، هادی (۱۳۹۵). «سواد رسانه‌ای سلامت»، **فصلنامه سواد سلامت**، دوره اول، شماره ۳. صص ۱۴۶-۱۴۲.
- طهرانی بنی‌هاشمی، سیدآرش؛ امیرخانی، محمدا میر؛ حق‌دوست، علی‌اکبر؛ علویان، سیدمؤید؛ اصغری‌فرد، هما؛ برادران، حمید؛ برغم‌دی، مژگان؛ یارسی‌نیا، سعید؛ و فتحی‌رنجبر، 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 ۹-۱۰.
- عباسی، زهرا (۱۳۹۳). **رابطه سواد رسانه‌ای و سواد سلامت دانشجویان در استفاده از اینترنت از دیدگاه دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- کرپیر، گلن؛ و مارتین، رویستون (۱۳۹۱). **فرهنگ‌های دیجیتال؛ درک رسانه‌های جدید**. (مترجم: واژگن سرکیسیان)، تهران: مرکز تحقیقات صداوسیما جمهوری اسلامی ایران.
- مک‌کوایل، دنیس (۱۳۸۲). **مخاطب‌شناسی**، (مترجم: مهدی منتظر قائم)، چاپ دوم تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.
- مهدی‌زاده، سیدمحمد (۱۳۹۱). **نظریه‌های رسانه، اندیشه‌های رایج و دیدگاه‌های انتقادی**، (چاپ دوم)، تهران: همشهری.
- نات‌بیم، دان؛ و هریس، الیزابت (۱۳۸۸). **نگاهی بر تئوری‌های ارتقاء سلامت: راهنمای عملی کاربرد تئوری‌ها و مدل‌های رایج در ارتقاء سلامت**، (مترجم: نسترن کشاورز محمدی)، تهران: بشری و

تحفه.

قاضی میرسعید، سیدجواد؛ و قائمی‌زاده، محمود (۱۳۹۶). «سطح سواد سلامت الکترونیک دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴»، **مدیریت اطلاعات سلامت**، شماره ۵۸، (بهمن و اسفند)، صص ۲۴۸-۲۴۳.

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.

Cervi, Laura & Paredes, Oralia & Tornero, Jose Manuel Perez (2012). "Current Trends & Media Literacy in Europe: An Overview". A Chapter in Current Trends and Future Practices for Digital Literacy and Competence. *IGI Global*. Pp: 19-26.

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, DT & Wu, J & Wang, Ym (2011). "Unpacking New Media Literacy". *Journal on Systematics, Cybernetics and Informatics*. 9(2). Pp: 84-88.

Eurobarometer (2014). *European Citizens Digital Health Literacy* (Report). European Commission.

Gentikow, Barbara (2007). "The Role of Media in Developing Literacies and Cultural Techniques". *Digital Kompetenz*. Vol 2. Pp: 78-96.

Kamel Boulos, Maged N. (2012). "On Social Media in Health Literacy". *Webmed Center Health Informatics*. 3 (1).

Kaplan, A. M. & Haenlein, M. (2010). "Users of the World, Unite. The Challenges and Opportunities of Social Media". *Business Horizons*. 53(1), Pp: 59-68.

Kellner, Douglas & Share, Jeff (2007). "Critical Media Literacy, Democracy and the Reconstruction of Education". In D. Macedo & S.R. Steinberg (Eds.), *Media Literacy: A Reader* (pp. ۲۳-۳). 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.

Klecun, Ela (2012). "Digital Literacy for Health: The Promise of Health 2.0". Chapter in *Current Trends and Future Practices for Digital Literacy and Competency*. Edited by Antonio Cartelli. IGI Global. Pp: 142-149.

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.

Levin-Zamir, Diane & Bertschi, Isabella (2018). "Media Health Literacy, ehealth Literacy and the Role of the Social Environment in Context (Review)". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15 (1643). Pp: 1-12.

Lin, Tzu & Li, Jen-Yi & Deng, Feng & Lee, Ling (2013). "Understanding New Media Literacy: An Ex-

استفاده کاربران از رسانه‌های اجتماعی ...

- plorative 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.
- Moorhead, S. Anne & Hazlett, Diane E. & Harrison, Laura & Carroll, Jennifer K. & Irwin, Anthea & Hoving, Ciska (2013). "A New Dimension of Healthcare: Systematic Review of the Uses, Benefits and Limitations of Social Media for Health Communication". *JMIR*. 15 (4). Pp: 1-17.
- Norman, Cameron D. & Skinner, Harvey A. (2006). "eHEALS; The eHealth Literacy Scale". *J Med Internet Res*. 8 (4). E27.
- Nutbeam, Don. (2000). "Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies in the 21st Century". *Health Promotion International*. 15(3). Pp: 259-267.
- Obregon, Rafael & Waisbord, Silvio (2012). *The Handbook of Global Health Communication*. Wiley-Blackwell.
- 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.
- Skyles, Susie & Wills, Jane & Rowlands, Gillian & Popple, Keith (2013). "Understanding Critical Health Literacy". *BMC Public Health*. 13: 150.
- Tennant, Bethany (2013). *E health Literacy and Social Media use for Health Information among older adults*. Thesis for Phd. Florida University.
- Tornero, Jose Manuel Perez & Celot, Paolo (2007). *Current Trends and Approaches to Media Literacy in Europe* (Report). The European Commission to the UAB.
- 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 واتس‌آپ در رتبه اول». بازنشانی‌شده در ۱۴۰۵/۰۱/۱۴ از <http://ispa.ir/Default/Details/fa/2282>

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

<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». بازنشانی‌شده
در ۱۴۰۰/۰۵/۰۲ از
<https://www.amar.org.ir>/سرشماری-عمومی-نفوس-و-مسکن/نتایج-سرشماری-جمعیت

Hassan, Sherine & Masoud, Omar (2020). "Online Health Information Seeking and Health Literacy among non-medical College Students: Gender differences". *Journal of public health From Theory to Practice*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01243-w>

Kemp, Simon (27 Jan. 2021). Digital 2021: *Global Digital Overview*. 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*". Retrieved from <https://Journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055207618770765>

WHO (2006). "Policy Brief 3: Social Mobilization". *9th Global Conference on Health Promotion*, Shanghai. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief3-social-mobilization.pdf?ua=1#:~:text=Social%20mobilization%20is%20an%20important,to%20people's%20needs%20and%20demands.>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی