

بررسی نقش سواد رسانه ای در سواد سلامت شهروندان شهر اهواز

کرم یعقوبی فر^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۲۳

سیدناصر حجازی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۴

محمدعلی جیت ساز^۳

چکیده

بالا بودن سواد سلامت، رفتارهای بهداشتی و رفتارهای تغذیه ای مردم را تنظیم می کند و رفتارهای آسیب رسان را کمتر خواهد کرد و از سوی دیگر، انجام رفتارهای پیشگیرانه و خودمراقبتی نیز ارتباط مستقیمی با سواد سلامت در جامعه دارد. با توجه به اهمیت بحث از سواد سلامت، پژوهش حاضر با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش، ابزار پرسشنامه و استفاده از نرم افزارهای SPSS و Smart PLS، به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می باشد که نقش سواد رسانه ای در سواد سلامت در بین شهروندان شهر اهواز به چه میزان می باشد؟ جامعه آماری پژوهش حاضر شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر اهواز می باشد که تعداد ۶۰۰ نفر از آنها به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین سواد رسانه ای (۰/۳۴) و ابعاد آن یعنی ارزشیابی اطلاعات رسانه ها (۰/۳۳)، استفاده هدفمند از رسانه ها (۰/۳۷)، ترکیب اطلاعات (۰/۳۰)، تبادل اطلاعات (۰/۳۹) و چگونگی استفاده از رسانه ها (۰/۲۷) با سواد سلامت شهروندان ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. بنابراین تمامی فرضیه های پژوهش تأیید می شوند. نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (Smart PLS) نیز نشان دادند که در کل اثر متغیر مستقل سواد رسانه ای بر سواد سلامت شهروندان به میزان ۰/۵۳ می باشد.

کلیدواژگان: سواد رسانه ای، سلامت، سواد سلامت، شهر اهواز.

^۱. دانشجوی دکترای جامعه شناسی گروه های اجتماعی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران.

k.yaghoobi348@gmail.com

^۲. استادیار گروه جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران. (نویسنده مسئول).

hejazineser@yahoo.com

^۳. استادیار گروه جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران. mad3175@yahoo.com

۱- مقدمه و بیان مسئله

سواد سلامت شامل توانایی درک دستورالعمل داروهای تجویز شده، بروشورهای آموزش پزشکی، فرم‌های رضایت‌نامه، توانایی بهره‌مندی از سیستم پیچیده پزشکی، مهارت خواندن، شنیدن و تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی مربوط می‌شود که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی مربوط نمی‌شود (کیکبوش^۱، ۲۰۱۴: ۱۸).

افراد هنگام جستجوی اطلاعات سلامتی با چالش‌های متعددی مانند افزایش شیوع و بروز بیماری‌های مزمن، پیچیدگی سیستم سلامتی، نیاز به حضور در مراقبت‌ها و افزایش اطلاعات قابل دسترس روبرو هستند. (طهرانی بنی‌هاشمی و دیگران، ۱۳۸۶: ۲) مردم باید بتوانند مسئولیت‌های جدیدی را در زمینه‌ی جستجوی اطلاعات، درک مسئولیت‌ها، سنجش و پایش سلامتی، تصمیم‌گیری درباره بیمه و انتخاب نوع مراقبت انتخاب کنند. سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب ضروری می‌باشد (سیوهتا^۲ و دیگران، ۲۰۱۴: ۱۱).

سواد سلامت، مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی هم مربوط نمی‌شود. سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد برای بدست آوردن و دسترسی به اطلاعات، درک و استفاده از آن‌ها برای ارتقا و حفظ مناسب سلامت افراد است. سواد سلامت، طیفی از مهارت‌ها و منابع مرتبط با توانایی پردازش اطلاعات مرتبط با سلامت و نگرانی عمده متخصصان سلامت و مقامات است.

بالا بودن سواد سلامت، رفتارهای بهداشتی و رفتارهای تغذیه‌ای مردم را تنظیم می‌کند و رفتارهای آسیب‌رسان را کمتر خواهد کرد. از سوی دیگر، انجام رفتارهای پیشگیرانه و خودمراقبتی نیز ارتباط مستقیمی با سواد سلامت در جامعه دارد. اگر تلاش شود که سواد سلامت در جامعه را بالا رود، مراجعه به پزشک کمتر می‌شود و هزینه‌های درمانی بیمار و نظام سلامت هم کاهش خواهد یافت. اما در بررسی‌های علمی که انجام شده، متأسفانه سواد سلامت در بین ایرانی‌ها و بخصوص در بین میانسالان و سالمندان بالا نیست و سواد سلامت در این دو گروه، پایین‌تر از عرف بسیاری از کشورهای در حال توسعه است (صالحی نیک و دیگران، ۱۳۹۶: ۷۴ - ۷۳).

رویارویی با نظام‌های بهداشتی پیچیده برای انسان‌ها حتی با مهارت سواد کافی نیز کاری دشوار است؛ اما افراد با سواد سلامت پایین در این زمینه مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. ادعا می‌شود که سواد سلامت ناکافی با گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف، استفاده نامناسب از داروها، پیروی نکردن از دستورات پزشک، کنترل ضعیف قند و فشار خون، افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلات ناشی از کنترل ضعیف، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی و ارتباط ضعیف بین پزشک و بیمار همراه است. همچنین افراد با سواد سلامت پایین درباره سلامت خود کمتر آگاه هستند، خدمات پیشگیرانه کافی دریافت نمی‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آن‌ها مطلوب نیست، عملکرد بهداشت جسمی

1 . Kickbusch

2 . Sihota

و روانی ضعیف تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آن‌ها بیشتر است (چیو^۱ و دیگران، ۲۰۱۴: ۵۹۱ - ۵۹۰).

اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند. بنابراین وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند (رئیس و دیگران، ۱۳۹۰: ۴۷۰).

امروزه رسانه‌ها همچون تارهای عنکبوتی کل سیاره زمین را در بر گرفته و منجر به تشکیل جوامع شبکه‌ای شده‌اند (نواح و دیگران، ۱۳۹۸: ۲۰۴). استفاده گسترده از رسانه‌های جدید مانند اینترنت، ماهواره و شبکه‌های اجتماعی مجازی دنیای جدیدی را ایجاد کرده است، که شامل مجموعه‌ای در حال بهم پیوستن، در هم تنیده و چند وجهی می‌باشد (عزیزی و حیدرخانی، ۱۳۹۱: ۱۳۵) و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی انسان‌ها از جمله حوزه‌ی بهداشت و سلامت آنها تأثیرگذار می‌باشند. هرچند انتقال ارزش‌ها و میراث فرهنگی بخشی از کارکردهای اصلی رسانه‌ها به شمار می‌رود ولی از نظر صاحب نظران این تنها بخشی از کارکرد آن‌هاست و آن‌ها بیشتر مروج نوآوری هستند و رسانه‌ها موجد تغییر در الگوهای سنتی جوامع هستند و با تشویق ارزش‌ها و هنجارهای جدید، الگوهای نسل پیش را به چالش می‌کشند (حبیب زاده و نوروزی، ۱۳۹۶: ۲۰۸).

رسانه‌های جمعی، به عنوان حاملان و منتقل کنندگان پیام می‌توانند در ساخت فرهنگ عمومی باورها و افکار عمومی مؤثر باشند. آنها بدون در نظر گرفتن مرزهای جغرافیایی عقیدتی و فرهنگی امکان حضور را در همه نقاط جغرافیایی پیدا کرده‌اند (ساروخانی، ۱۳۸۵: ۵). بر این اساس باید گفت که مساله سلامت و سواد سلامتی امروزه یکی از اساسی‌ترین مسایل پیش‌روی جوامع و به خصوص جوامع در حال توسعه که به شدت از رسانه‌های جمعی تأثیر پذیر است و در این راستا باید به سواد رسانه‌ای توجه ویژه‌ای نمود. سواد رسانه‌ای به عنوان یک استراتژی، پس از آنکه به عنوان یک ضرورت برای ترویج در کشور به منظور بهره‌مندی مفید و مؤثر از رسانه‌ها و کاهش عوارض مخرب آن شناخته شد و پشتوانه یک اجماع علمی را کسب نمود می‌بایست در کشور اجرایی گردد (خوش‌زبان و دیگران، ۱۳۹۸: ۳۷). سواد رسانه‌ای سواد رسانه‌ای راهی را برای کاربران رسانه‌ها می‌سازد تا حقیقت را در میان به هم ریختگی حوادث و اطلاعات جستجو کنند و به هدفشان که رسیدن به کامل‌ترین درک ممکن است دست یابند (نعمتی فر و دیگران، ۱۳۹۷: ۱۴۷).

با عنایت به اینکه ورود فزاینده انواع رسانه‌ها به زندگی انسان‌ها، همچنان که نویدبخش فصل نویی در عرصه ارتباطات و گردش اطلاعات بوده است، خصوصاً امن‌ترین قلمروی زیست آن‌ها را نیز از دسترس خود مصون نگذاشته است (تبریزی، ۱۳۹۸: ۱۶۹)، استفاده از سواد رسانه‌ای در حوزه سواد سلامت باید در جامعه به گفتمان سلامت تبدیل شود، یعنی اطلاعات حوزه سلامت وقتی می‌تواند منشأ اثر باشد که سواد سلامت در جامعه نهادینه شود و این مهم توسط رسانه‌های امکان‌پذیر است. بنابراین با توجه به توضیحات داده شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می‌باشد که نقش سواد رسانه‌ای در سواد سلامت در بین شهروندان شهر اهواز به چه میزان می‌باشد؟

با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت، در کشور ایران به این موضوع کمتر پرداخته شده است، به طوری که در شهر اهواز چنین مطالعه‌ای تا کنون انجام نشده است. پرداختن به موضوع سواد سلامت، وضعیت سلامت

^۱ . Chew

عمومی و انجام رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت می تواند به عنوان ابزاری مؤثر، به برنامه ریزان و مسئولین امر سلامت و سیاست گذاران کمک نماید و بنابراین توجه به آن مسئله ای اساسی است.

۲- پیشینه تحقیق

۱- ۲- تحقیقات داخلی

خسروی و دیگران (۱۳۹۸) پژوهشی را با عنوان « بررسی سطح سواد سلامت معلمان شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ و عوامل مؤثر بر آن » به انجام رساندند. این مطالعه بر روی ۱۰۰ نفر از معلمان شهر مشهد با استفاده از پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران و اطلاعات دموگرافیک افراد انجام شد. یافته ها نشان دادند که تحصیلات مربوط به پزشکی، جنس و وضعیت تاهل با سطح سواد سلامت ارتباط معناداری دارد. اما ارتباط معناداری میان میزان تحصیلات و سطح سواد سلامت یافت نشد.

- محمدی و دیگران (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان «سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان» به انجام رساندند. این مطالعه مقطعی روی ۳۸۶ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل در رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی همدان که با روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند، انجام گرفت. یافته ها نشان دادند که دانشجویان بیشترین اطلاعات مربوط به سواد سلامت خود را از طریق اینترنت کسب می کردند. بر اساس نتایج، بین متغیرهای سن، جنسیت، تاهل، دانشکده محل تحصیل و نوع منابع کسب اطلاعات دانشجویان با ابعاد سواد سلامت ارتباط معناداری به دست آمد.

- بهبودی مقدم و رستگاری (۱۳۹۵) تحقیقی را با عنوان «کاربرد تکنولوژی های نوظهور و رسانه های اجتماعی در نظام سلامت» به انجام رساندند. در این تحقیق، نقش تکنولوژی در اطلاعات بهداشتی مورد تاکید قرار گرفته است و روش های نظری برای استفاده از تکنولوژی را ارائه می دهد. نتایج مطالعه نشان داد که با استفاده از تکنولوژی های ارتباطی و رسانه های اجتماعی اثربخشی ارتباطات نظام سلامت بهبود یافته و تماس بین بیمار و ارائه دهندگان خدمات سلامت تسهیل گشته است و نتایج مثبتی را برای نظام سلامت به ارمغان خواهد آورد.

- طهرانی (۱۳۹۵) پژوهشی را با تحقیقی را با عنوان «سواد رسانه ای سلامت» به انجام رساند. در این تحقیق آمده است که بسیاری از افراد موافق این هستند که رسانه ها بزرگترین آموزش دهنده در جوامع امروزی هستند. یک فرد در جوامع امروزی بعد از خواب بیشترین وقت خود را صرف دیدن رسانه ها می کند. بنا براین محتوی این رسانه ها بایستی در حوزه های مختلف بویژه سلامت مورد توجه قرار گیرد.

- بیدگلی و دیگران (۱۳۹۵) پژوهشی را با عنوان «بررسی جایگاه اینترنت در رفتار اطلاع یابی سلامت: مطالعه جوانان کاربر اینترنت در شهر شیراز» به انجام رساندند. در این پژوهش پیمایشی، جامعه آماری جوانان کاربر اینترنت در شهر شیراز بودند که یک نمونه ۴۰۰ نفری از میان آن ها با روش خوشه ای چندمرحله ای تصادفی انتخاب گردید. بر اساس نتایج جنسیت، سطح تحصیلات، سابقه و مهارت استفاده از اینترنت با جستجوی اطلاعات سلامت از طریق اینترنت رابطه معنی داری داشت. نگرش کلی پاسخگویان نیز نسبت به اطلاعات سلامت بازیابی شده از طریق اینترنت مثبت بود.

- معصومی زاده دزفولی (۱۳۹۵) پژوهشی را با عنوان « اثر رسانه ها بر گرایش جوانان به سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی » به انجام رساندند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر رسانه ها بر گرایش جوانان به سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی می باشد. جامعه آماری این تحقیق افرادی بودند که در برنامه های فرهنگی، هنری و ورزشی شهرداری تهران شرکت می کردند. با توجه به جدول مورگان ۳۲۲ نفر به عنوان نمونه در نظر گرفته

شدند. یافته های پژوهش نشان می دهد که رسانه های دیداری نقش اثر گذار و معنی داری بر ترویج سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی در بین جوانان دارد. این یافته ها لزوم برنامه ریزی هدفمند در جهت گسترش سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی در جریان برنامه های رسانه ای را نشان می دهد.

۲-۲- تحقیقات خارجی

لی^۱ و همکارانش (۲۰۱۷) پژوهشی را با عنوان «بررسی ارتباط سواد سلامت با وضعیت سلامت و استفاده از خدمات سلامت در افراد بزرگسال تایوان» به انجام رساندند. ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند و همچنین پایین بودن سواد سلامت با دارا بودن همزمان چند بیماری و دسترسی ضعیف به خدمات سلامت رابطه معنی دار داشت. آنها با تحلیل متغیرهای جامعه شناختی نشان داد که سرمایه اجتماعی با شاخص های اعتماد، حمایت، همبستگی و مشارکت می توانند سواد سلامت افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد.

اکتی و گارول^۲ (۲۰۱۶) در بررسی های خود روی «تعیین رابطه بین سواد رسانه ای و مهارت های اجتماعی دانش آموزان» نشان دادند که بین سطح سواد رسانه ای و سطح مهارت های اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

هافمن^۳ (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان «مطالعه سواد رسانه ای» در یک بررسی روی ۳۰۰ دانش آموز به طور میانگین ۴ تا ۶ ساعت در شبانه روز تلویزیون تماشا می کنند. آنها چندین روزنامه نمی خوانند و میزان مطالعه مجله هایشان، به طور عمده مجلاتی است که بازار هدف آنها مخاطبان جوان بود. در تحقیق وی مشخص شد، دانش آموزان درباره عوامل شکل دهنده برنامه هایی که تماشا می کنند آگاه نیستند و دانش آموزان اندکی در خصوص عوامل و فاکتورهای شکل دهنده گزارش های خبری، آگاهی دارند.

نات بیم^۴ (۲۰۰۰) در پژوهش خود سه سطح مشخص از سواد سلامت را تعریف می کند: سواد سلامت پایه یا عملکردی: مهارت های پایه خواندن و نوشتن که نیازمند عملکرد مؤثر در یک زمینه سلامت است. سواد سلامت ارتباطی یا تعاملی: مهارت های پیشرفته تر سواد و اجتماعی که فرد را برای مشارکت فعال در مراقبت های بهداشتی، استخراج اطلاعات و استنتاج معنی از اشکال مختلف ارتباط، و به کارگیری اطلاعات برای تغییر موقعیت ها توانمند می کند. سواد سلامت انتقادی: توانایی تحلیل نقادانه و استفاده از اطلاعات برای مشارکت در اقداماتی که بر موانع ساختاری سلامت غلبه می کند.

۳- مبانی نظری

۱-۳- نظریه های سواد سلامت

بکر و میمن در بررسی های خود در زمینه رفتار مردم در پاسخ به بیماری ها و رژیم های غذایی این الگو را تکمیل کردند.

فرضیه طراحان الگو این بود که دانش و آگاهی سلامتی مردم تحت تاثیر این عوامل قرار می گیرد:

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

۲. کاهش ترس مورد نظر در اثر انجام رفتار هدف

1. Lee

2. Aktia & Gurolb

3. Hofmann

4. Nutbeam

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

این الگوی یکی از کاربردی ترین الگوهای است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می کنند تا رفتارهای سلامت را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش بینی کنند (رحیمی حسن آباد و ارغوان، ۱۳۹۷: ۱۵۴).

سازه های الگوی باور سلامت عبارتند از:

۱. حساسیت درک شده: عقیده یک فرد نسبت به برخورداری از شانس کسب یک وضعیت که می توان آن را

درک ذهنی خطر توسط فرد دانست. شخص در اثر این باور خود را در معرض خطر مورد نظر می داند.

۲. شدت درک شده: عقیده یک فرد نسبت به این که وضعیت مورد نظر تا چه حد برای او جدی است. می توان

آن را درک ذهنی فرد از شدت خطر دانست. شخص در اثر این باور، جدی بودن خطر را درک می کند.

به مجموع دو سازه حساسیت و شدت درک شده را تهید درک شده هم می گویند.

۳. موانع درک شده: عقیده فرد نسبت به هزینه های محسوس و نامحسوس (مانند موانع روان شناختی) رفتار

توصیه شده. شخص در اثر این باور درک می کند که برای انجام رفتار هدف با چه موانعی روبرو خواهد بود

(رسولی و سرایی، ۱۳۹۷: ۵۵).

۴. منافع درک شده: عقیده فرد نسبت به تاثیر رفتار توصیه شده برای کاهش خطر یا شدت اثر آن. این باور در

فرد او را به فواید انجام رفتار هدف معتقد می کند.

۵. راهنماها برای عمل: برخی از رویدادها که می توانند درونی (در درون خود فرد) یا بیرونی (ناشی از محیط

خارج از وجود فرد) باشند و فرد را به انجام رفتار هدف وادارند یا در او آمادگی برای رفتار را ایجاد کند.

مشاهده علائم مرتبط با یک بیماری در بدن و یا توصیه پزشک معالج یا کادر بهداشتی درمانی برای انجام یک

رفتار سالم یا پرهیز از یک رفتار مخاطره آمیز، راهنماهایی برای عمل به شمار می روند.

۶. خود کارآمدی: اطمینانی که فرد به توانایی های خود برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار دارد و حاصل باور

فرد به توانایی خود برای انجام آن رفتار خاص است. این سازه به وضعیت درونی فرد مانند استعداد یا توانایی

انجام یک وظیفه یا رفتار مطلوب، برمی گردد.

۷. متغیرهای زمینه ای: علاوه بر سازه های فوق، متغیرهای دموگرافیک، روان شناختی، اجتماعی و ساختاری نیز

وجود دارند که ممکن است بر روی درک فرد و به صورت غیر مستقیم بر روی رفتار او از سواد سلامت تاثیر

بگذارد. سن، جنس، سطح درآمد، تحصیلات، آموزش های دیده شده، محل سکونت، فرهنگ جامعه و ... به

طور غیرمستقیم بر روی سایر سازه های الگو اثر می گذارد (رحیمی حسن آباد و ارغوان، ۱۳۹۷: ۱۵۴).

نات بیم سه سطح مشخص از سواد سلامت را تعریف می کند:

سواد سلامت پایه یا عملکردی: مهارت های پایه خواندن و نوشتن که نیازمند عملکرد مؤثر در یک زمینه

سلامت است.

سواد سلامت ارتباطی یا تعاملی: مهارت های پیشرفته تر سواد و اجتماعی که فرد را برای مشارکت فعال در

مراقبت های بهداشتی، استخراج اطلاعات و استنتاج معنی از اشکال مختلف ارتباط، و به کارگیری اطلاعات

برای تغییر موقعیت ها توانمند می کند.

سواد سلامت انتقادی: توانایی تحلیل نقادانه و استفاده از اطلاعات برای مشارکت در اقداماتی که بر موانع

ساختاری سلامت غلبه می کند (نات بیم، ۲۰۰۰: ۲۶۲).

کیکبوش معتقد است سواد سلامت به میزان توانایی افراد در به دست آوردن، تحلیل کردن و فهمیدن اطلاعات و خدمات اولیه بهداشتی که به آن نیاز دارند تا بتوانند در مورد مسائل مربوط به سلامتی خود مشارکت داشته و تصمیم‌های درستی را اتخاذ کنند؛ اما باید توجه داشت که سواد سلامت مفهومی فراتر از توانایی‌های فردی یک شخص است و نه تنها بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است، بلکه از آن نیز تأثیر می‌گیرد. سواد سلامت به توانایی‌ها، سلیق و انتظارات تهیه‌کنندگان اطلاعات و مراقبت‌های مربوط به سلامت مانند پزشکان، پرستاران، رسانه‌ها و بسیاری دیگر از افراد نیز ارتباط دارد. از دیدگاه کلی‌تر می‌توان توانایی‌های لازم در کسب سواد سلامت را به سه گروه به ترتیب زیر تقسیم‌بندی کرد: توانایی خواندن برگه‌های رضایت‌نامه، برچسب‌ها و پیوست‌های مربوط به داروها و سایر اطلاعات نوشتاری مربوط به حوزه‌های سلامت و بهداشت؛ توانایی درک اطلاعات نوشتاری و شفاهی که از طرف پزشک، پرستار، داروساز و بیمه‌گر به فرد ارائه می‌شود؛ و توانایی عمل کردن بر اساس دستورالعمل‌های مربوط به برنامه‌های دارویی و مراقبت‌های پزشکی (کیکبوش، ۲۰۰۱: ۷۷).

سودور و شیلینگر^۱ در تئوری خود بهترین راهکارها را تحت عنوان راهبردهای سواد سلامت برای منتفع شدن تمامی بیماران و خصوصاً بیماران با سواد سلامت ناکافی در فرایند آموزش معرفی نمودند. بر اساس نظریه این اندیشمندان راهبردهای سواد سلامت به طور کلی عبارت از استفاده از زبانی ساده و قابل فهم، محدود کردن اطلاعات ارائه شده در هربار مراجعه بیماران و تکرار آنها، استفاده از تکنیک بازخوردگیری مکرر، استفاده از تصاویر و ترغیب بیماران به پرسش کردن و نهایتاً استفاده از رسانه‌های ساده و قابل فهم می‌باشد (سودور و شیلینگر، ۲۰۰۹: ۲۰).

آنها معتقدند که در مجموع اگر متخصصین سلامتی با مفهوم و استراتژی‌های سواد سلامت آشنا باشند، به هنگام آموزش بیماران بیانات خود را به شیوه‌ای ارائه می‌نمایند و از روش‌های مشارکت‌جویانه بهره می‌گیرند که مددجویان اطلاعات دریافتی را بهتر درک کرده و توانمندی بیشتری برای عمل کردن بر اساس توصیه‌های متخصصین بدست آورند. از آنجا که سواد سلامت یک موضوع چندوجهی است که تقریباً تمامی جنبه‌های ارائه خدمات بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا تمامی کسانی که به نوعی با بیماران، خانواده آنها و سایر افراد در محیط‌های بالینی به صورت کتبی یا شفاهی در ارتباط هستند بایستی مهارت و قابلیت‌های لازم در خصوص اصول سواد سلامت را داشته باشند (سودور و شیلینگر^۲، ۲۰۰۹: ۲۰).

۲-۳. نظریه‌های سواد رسانه ای

از نظر هابز^۳، سواد رسانه ای، توان ارزیابی پیام‌های رسانه ای است که در دو سطح عمل می‌کند. از یک سو، در سطح نخستین و مقدماتی، مخاطب به موضوعات و پرسش‌هایی مانند چه کسی پیام‌های رسانه ای را می‌آفریند؟ از چه فنونی استفاده می‌کند؟ با چه هدفی پیام را ارسال می‌کند؟ توجه دارد و از سوی دیگر، در سطحی عمیق‌تر، مخاطب ارزش‌ها و سبک‌های زندگی پنهان و مستتر در پیام را مدنظر قرار می‌دهد (ارجمندی، ۱۳۸۵: ۳۴).

1. Sudore & Schillinger

2. Hobbs

2. Lasswell

3. Hobbs

می توان بین رویکرد لاسول^۱ در زمینه ارتباطات و رویکرد هابز در زمینه سواد رسانه ای تلفیقی صورت داد و بدین ترتیب در این الگوی ترکیبی دو لایه به شرح زیر تشکیل می شود:

۱. لایه درونی و مرکزی: در این لایه ارزش ها و سبک های زندگی ارائه شده در پیام مورد بررسی قرار می گیرد. این لایه ویژگی های پنهان تر پیام را در برمی گیرد و فهم سواد رسانه ای مبتنی بر آن، پیچیده تر از لایه بیرونی است. مخاطبی که از دانش بیشتر و عمیق تری برخوردار باشد می تواند ارزشها و سبک های زندگی پیام های آشکار و پنهان را تشخیص دهد. منظور از سبک زندگی «اعمال و کارهایی است که به شیوه ای خاص طبقه بندی شده اند و حاصل ادراکاتی خاص هستند. شامل آن دسته از اولویت های افراد است که بصورت عملی قابل مشاهده اند (قاسمی، ۱۳۸۵: ۷۰).

مخاطب دارای سواد رسانه ای قادر است که زندگی ای را که رسانه ها بر افکار و اعمال و زندگی او اعمال می کنند، تشخیص دهد.

۲. لایه بیرونی و پیرامونی: در این لایه مؤلفه های اصلی ارتباطات رسانه ای لاسول، یعنی «که می گوید؟» برای چه کسی می گوید؟ چه می گوید؟ چگونه می گوید؟ برای چه می گوید؟ با چه تأثیری می گوید؟» مطرح می شود. بدین ترتیب که مخاطب با سواد رسانه ای، می تواند پدید آورندگان پیام (کارگردانان، بازیگران، تهیه کنندگان، سیاستگذاران، نویسندگان و...) را تشخیص دهد (چه کسی می گوید). این مخاطب می تواند ابعاد فنی تولید و ارائه پیام (نحوه تدوین، نورپردازی، مونتاژ و...)، یعنی همان بعد زیبایی شناختی مورد نظر پاتر را درک کند (چگونه می گوید). همچنین مخاطب دارای سواد رسانه ای قادر به فهم هدف پیام آفرینان (سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) می باشد (چه می گوید و برای چه می گوید) و تشخیص این امر است که پیام برای چه گروهی از مخاطبان تهیه و پخش شده است (برای چه کسی می گوید). علاوه بر این، داشتن سواد رسانه ای به مخاطب این قدرت را می دهد تا میزان تأثیرگذاری پیام را تعیین کند و پیامدهای آسیب زا یا اثرات مثبت آنرا تشخیص دهد (با چه تأثیری می گوید؟) (حسن زاده، ۱۳۹۶: ۱۲۰).

به نظر الیزابت تامن^۲ و همکارانش، سواد رسانه ای همانند فیلتری داوری کننده عمل می کند؛ چنانکه جهان متراکم از پیام، از لایه های فیلتر سواد رسانه ای عبور می کند؛ شکل مواجهه با پیام معنادار شود. از دید تامن پیام رسانه ای در سه لایه عمل می کند:

لایه اول: اهمیت برنامه ریزی شخصی در نحوه استفاده از رسانه ها به این معنا که مخاطب توجه بیشتری به انتخاب و تماشای انواع مختلف برنامه ها دارد و بصورت مشخصی به استفاده از تلویزیون، ویدئو، بازی های الکترونیکی، فیلم ها و دیگر رسانه ها می پردازد و میزان مصرف را کاهش می دهد.

لایه دوم: در این سطح، مخاطب به جنبه های نامحسوس تر رسانه ای توجه می کند و به پرسش ها و موضوع های عمیقی مانند چه کسی پیام های رسانه ای را می سازد؟ چه هدفی با فرستادن پیام دنبال می شود؟ چه کسی از ارسال پیام سود می برد و چه کسی ضرر می کند؟ و... می پردازد.

لایه سوم: این لایه مهارت های لازم برای تماشای انتقادی رسانه هاست. با این مهارت ها، مخاطب به تجزیه و پرسش درباره چارچوب ساخت پیام و جنبه های جا افتاده در آن می پردازد (تقی زاده، ۱۳۹۰: ۱۴۲).

1. Lasswell

2. Elizabeth Tommen

بنابراین تعریف با عمیق تر شدن لایه ها، میزان سواد رسانه ای مخاطبان بیشتر می شود؛ به این ترتیب که در لایه اول، مخاطب خود را ملزم می کند در استفاده از رسانه، جیره مصرف داشته باشد و در لایه دوم، باتوجه به ویژگی های پیام دهنده برخی از پیام ها که مطلوب مخاطب است، برگزیده و بقیه پیام ها نادیده گرفته می شود. در لایه سوم نیز به نقد پیام های رسانه ای پرداخته می شود. بنابراین سواد رسانه ای با دادن توانمندی خاصی به مخاطب، وی را در برابر هر متن نوشتاری یا دیداری و شنیداری از حالت انفعال به وضعیتی فعال تبدیل می کند.

از نظر **جیمز پاتر**^۱، سواد رسانه ای الگویی چند عاملی است و ساختارهای دانش، منبع شخصی وظایف پردازش اطلاعات و مهارت ها و توانایی ها عامل های مدل سواد رسانه ای وی هستند. براساس دیدگاه پاتر، ارتباط این عوامل، فضایی و حلزونی (نه سطحی) است؛ در هر برش عرضی، یکی از عوامل سواد رسانه ای قرار دارند و از اینرو هر یک از عوامل، عامل دیگر را پشتیبانی می کنند (حامدی، ۱۳۹۱: ۲۳).

مک کوایل معتقد است پیدا کردن بینش راجع به اوضاع و احوال دیگران، همدلی اجتماعی، همذات پنداری با دیگران و کسب احساس تعلق، یافتن مبنایی برای گفتگو، تعامل اجتماعی، پر کردن جای یک همراه واقعی در زندگی، کمک به اجرای نقش های اجتماعی و توانا ساختن فرد به ایجاد پیوند با خانواده، دوستان و جامعه، از خدماتی است که رسانه ها ارائه می دهند و از طریق پیدا کردن سواد رسانه ای می توانند همبستگی اجتماعی را تحکیم بخشند (مک کوایل، ۱۳۸۸: ۱۱۲).

به این ترتیب رسانه های جمعی از طریق کاهش انزوای اجتماعی و تقویت احساس مشترک با اعضای جامعه، موجب نوعی احساس تعلق می شوند، به سوری که هویت جامعه در رأس هویت ها قرار می گیرد، در نتیجه تعهد عمومی، تقویت شده و این نیز به دنبال خود باعث افزایش سرمایه ی در جامعه می شود (چلبی، ۱۳۸۴: ۱۴۰).

۴- چارچوب نظری پژوهش

سودور و شیلینگر در تنوری خود بهترین راهکارها را تحت عنوان راهبردهای سواد سلامت برای منتفع شدن تمامی بیماران و خصوصاً بیماران با سواد سلامت ناکافی در فرایند آموزش معرفی نمودند. بر اساس نظریه این اندیشمندان راهبردهای سواد سلامت به طور کلی عبارت از استفاده از زبانی ساده و قابل فهم، محدود کردن اطلاعات ارائه شده در هربار مراجعه بیماران و تکرار آنها، استفاده از تکنیک بازخوردگیری مکرر، استفاده از تصاویر و ترغیب بیماران به پرسش کردن و نهایتاً استفاده از رسانه های ساده و قابل فهم می باشد (سودور و شیلینگر، ۲۰۰۹: ۲۰).

پاتر از نظر پاتر «سواد رسانه ای» از عوامل گوناگون «ساختارهای دانش»، «جایگاه مخاطب» و «پردازش پیام» تشکیل شده است که یکدیگر را پشتیبانی می کنند. این الگو نسبت به الگوهای دیگر، بیشتر می تواند حدود دانش مخاطب نسبت به رسانه ها، مهارت های لازم برای استفاده از رسانه ها و مهم تر از همه نظام معنایی پیام را مورد بررسی قرار دهد، که این مهارت ها ابعاد مختلف زندگی افراد - از جمله سلامت و کیفیت زندگی افراد - را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین جیمز پاتر سواد رسانه ای را دارای چهار بعد شناختی، احساسی، اخلاقی و زیباشناختی می داند که در بخش ابعاد سواد رسانه ای تحقیق به آن پرداخته می شود (زارع کهن، ۱۳۹۳: ۹۲).

¹ . James Potter

بنابراین از نظریه های سودور و شیلینگر و پاتر این فرضیه اصلی استخراج می گردد که:

بین سواد رسانه ای و سواد سلامت شهروندان ارتباط وجود دارد.

همچنین با توجه به شاخص های سواد رسانه ای که عبارت از ارزشیابی اطلاعات رسانه ها، استفاده هدفمند از

رسانه ها، ترکیب اطلاعات، تبادل اطلاعات و ارزشیابی اطلاعات رسانه ها می باشد این فرضیه های فرعی

استخراج می شود که:

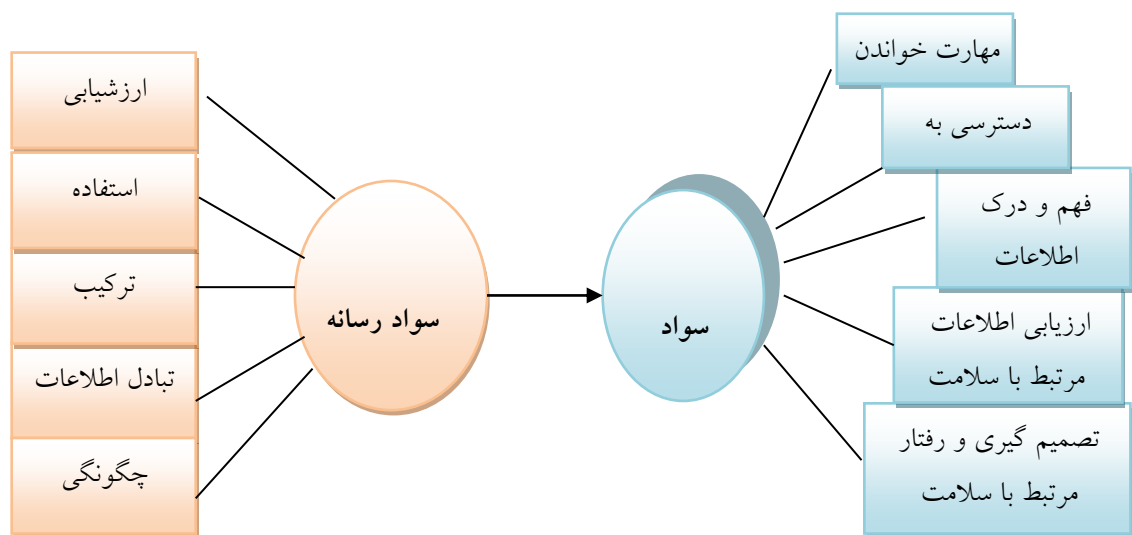
- بین ارزشیابی اطلاعات رسانه ها و سواد سلامت در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.

- بین استفاده هدفمند از رسانه ها و سواد سلامت در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.

- بین ترکیب اطلاعات و سواد سلامت در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.

- بین تبادل اطلاعات و سواد سلامت در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.

- بین چگونگی استفاده از رسانه ها و سواد سلامت در بین شهروندان ارتباط وجود دارد.



مدل نظری پژوهش

۵- روش تحقیق

پژوهش حاضر که با هدف بررسی نقش سواد رسانه ای در سواد سلامت شهروندان شهر اهواز می باشد، از نظر نوع هدف یک بررسی کاربردی، از نظر وسعت پهنانگر، از نظر دامنه خرد و از نظر زمانی یک بررسی مقطعی می باشد.

تحقیق حاضر بر اساس نوع داده های جمع آوری و تحلیل شده، تحقیقی کمی است و از لحاظ نوع برخورد با مسأله مورد بررسی و ورود به آن مطالعه ای میدانی است. تکنیک مورد استفاده در این پژوهش پیمایش می باشد. در مطالعه میدانی، برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسشنامه ی ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر اهواز می باشد که تعداد آنها بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ در حدود ۸۵۰ هزار نفر است. از آنجا که به طور طبیعی امکان مطالعه دیدگاه های تمامی ساکنان وجود نداشت از شیوه ی نمونه گیری برای تبیین نظریات افراد مورد مطالعه استفاده شده است و بر اساس فرمول کوکران و با خطای ۰/۰۴ تعدادی از افراد (۶۰۰ نفر) که معرف جامعه آماری تشخیص داده شدند به عنوان نمونه انتخاب و مطالعه شده است.

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

$$N = 850000 \quad t = 1/96 \quad P = 0/5 \quad Q = 0/5 \quad d = 0/04$$

$$n = \frac{\frac{(1/96)^2 \times (0/5)(0/5)}{(0/04)^2}}{1 + \frac{1}{850000} \left(\frac{(1/96) \times (0/5)(0/5)}{(0/04)^2} - 1 \right)} = 600$$

روش نمونه گیری در این پژوهش شیوه نمونه گیری دو مرحله ای با استفاده از نمونه گیری خوشه ای و سپس نمونه گیری تصادفی ساده می باشد. پس از گردآوری داده ها تجزیه و تحلیل آن ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و Smart PLS انجام گردید و در این رابطه برای آزمون فرضیات، تست های آماری متناسب با هر فرضیه بکار گرفته شد.

در این رابطه جهت اطمینان از اعتبار لازم به مشاوره و بهره گیری از نظرات اساتید و کارشناسان مربوطه و همچنین از آزمون آلفای کرونباخ جهت پایایی پرسشنامه اقدام شده است و بر اساس ضریب آلفا ضریب پایایی تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۷ می باشد.

جدول ۱. پایایی پرسشنامه نهایی بر اساس ضریب آلفای کرون باخ

متغیر	شاخص	ضریب آلفا
سواد رسانه ای	ارزشیابی اطلاعات رسانه ها	۰/۷۵۲
	استفاده هدفمند از رسانه ها	۰/۸۳۳
	ترکیب اطلاعات	۰/۸۰۴
	تبادل اطلاعات	۰/۷۶۰
	چگونگی استفاده از رسانه ها	۰/۷۸۶
سواد سلامت	مهارت خواندن اطلاعات سلامت	۰/۸۰۹
	دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۷۵۶
	فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۷۴۶
	ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۷۳۳
	تصمیم گیری و رفتار مرتبط با سلامت	۰/۸۱۲

۱-۵ - تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

سواد رسانه ای

تعریف مفهومی: در فرهنگ آکسفورد، سواد رسانه ای این گونه تعریف شده است: «سواد رسانه ای توانایی دسترسی، تجزیه و تحلیل، ارزیابی و خلق رابطه ها در شکل های مختلف است. دانش، درک و تجربه اشکال مختلف رسانه؛ صلاحیت در استفاده از رسانه های مختلف و توانایی تفکر انتقادی در مورد آنها. سطح مهارت و شایستگی در استفاده از دستگاه های رسانه ای» (بیران، ۱۳۸۲: ۴۵).

تعریف عملیاتی: سواد رسانه ای در این پژوهش با شاخص های ارزشیابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات، استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه ها بررسی شده است.

سواد سلامت

تعریف مفهومی: سواد سلامت (بهداشتی) به مفهوم یک مهارت شناختی و به عنوان مسأله‌ای مهم و تأثیرگذار در نظام مراقبت سلامت نخستین بار در سال ۱۹۷۴ در یک پانل آموزشی در مورد آموزش بهداشت، مطرح شد. از آن زمان تاکنون این مفهوم در موارد متعددی توسط محققان حوزه‌های سوادآموزی و سلامت، توسط محققان مورد بحث قرار گرفته و تعاریف گوناگونی برای آن ارائه شده است. به طور معمول سواد سلامت را به عنوان طیف گسترده‌ای از دانش و مهارت در زمینه کسب، پردازش، فهم و به کارگیری اطلاعات سلامت تعریف می‌کنند (طهرانی بنی هاشمی و دیگران، ۱۳۸۶: ۵۴).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر سواد سلامت با شاخص های مهارت خواندن اطلاعات مرتبط با سلامت، دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت، فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت، ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت و تصمیم گیری و رفتار مرتبط با سلامت مورد بررسی قرار گرفته شده است.

۶- یافته ها

۱ - ۶- آمار توصیفی

آمار توصیفی متغیرهای جمعیتی

نتایج فراوانی متغیر جنس نشان می دهد که ۵۲/۶۶ درصد افراد مورد مطالعه مرد و ۴۷/۳۴ درصد دیگر را زن تشکیل داده‌اند.

نتایج فراوانی متغیر وضعیت تأهل نشان می‌دهد که ۵۹/۹۰ درصد افراد مورد مطالعه متأهل و ۴۰/۱۰ درصد دیگر مجرد می باشند.

نتایج فراوانی متغیر تحصیلات نیز نشان می دهد مربوط به متغیر سطح تحصیلات نشان می دهد که ۱۰/۸۳ درصد پاسخگویان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۱۷/۳۳ درصد دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۲۵ درصد دارای سطح تحصیلات کاردانی، ۳۲/۵۰ درصد دارای سطح تحصیلات کارشناسی و ۱۴/۳۳ درصد دیگر دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر هستند.

همچنین نتایج فراوانی متغیر سن نشان می دهد که ۰/۱۶ پاسخگویان ۱۸ تا ۲۰ سال، ۰/۲۱ پاسخگویان ۲۵ تا ۲۹ سال، ۰/۲۱ پاسخگویان ۳۰ تا ۳۵ سال، ۰/۱۵ پاسخگویان ۳۵ تا ۴۰ سال، ۰/۱۶ پاسخگویان ۴۰ تا ۴۹ سال، ۰/۸ پاسخگویان ۵۰ تا ۶۰ سال و ۰/۳ پاسخگویان ۶۰ سال به بالا هستند.

آمار توصیفی متغیر سواد رسانه ای و ابعاد آن

جدول ۲. توزیع پاسخگویان بر حسب میزان سواد رسانه ای ابعاد آن

میانگین	خیلی زیاد (۵)		زیاد (۴)		متوسط (۳)		کم (۲)		خیلی کم (۱)		مولفه‌های سواد رسانه ای
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳/۰۴	۷/۶۶	۴۶	۲۵	۱۵۰	۴۱/۵۰	۲۴۹	۱۶	۹۶	۹/۴۸	۵۹	ترکیب اطلاعات
۳/۳۹	۱۷/۶۶	۱۰۶	۲۸/۳۳	۱۷۰	۳۶/۳۳	۲۱۸	۱۱	۶۶	۶/۶۶	۴۰	تبادل اطلاعات
۳/۲۹	۱۶/۳۳	۹۸	۲۵/۱۶	۱۵۱	۳۸/۸۳	۲۳۳	۱۱/۳۳	۶۸	۸/۳۳	۵۰	ارزشیابی اطلاعات
۲/۸۹	۱۱/۳۳	۶۸	۱۶/۸۳	۱۰۱	۳۸/۳۳	۲۳۰	۱۶/۸۳	۱۰۱	۱۶/۶۷	۱۰۰	استفاده هدفمند از رسانه ها
۲/۵۱	۲/۶۷	۱۶	۸/۳۳	۵۰	۴۱/۵۰	۲۴۹	۳۲/۶۷	۱۹۶	۱۴/۸۳	۸۹	شیوه استفاده از رسانه ها
۳/۰۲											میزان کل

یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های سواد رسانه‌ای، تبادل اطلاعات دارای بیشترین میانگین یعنی (۳/۳۹) و شیوه استفاده از رسانه‌ها دارای کمترین میانگین یعنی (۲/۵۱) می‌باشد. بعد ترکیب اطلاعات (۳/۰۴)، ارزشیابی اطلاعات (۳/۲۹) و استفاده هدفمند از رسانه‌ها (۲/۸۹) می‌باشد. میانگین کلی سواد رسانه‌ای (۳/۰۲) است که نشان می‌دهد پاسخگویان در حد متوسط دارای سواد رسانه‌ای هستند.

آمار توصیفی متغیر سواد سلامت و ابعاد آن

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

میانگین	خیلی زیاد		زیاد		متوسط		کم		خیلی کم		مؤلفه‌های سواد سلامت
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲/۹۲	۸/۳۳	۵۰	۲۴/۱۷	۱۴۵	۳۴/۵۰	۲۰۷	۱۷	۱۰۲	۱۶	۹۶	مهارت خواندن اطلاعات سلامت
۳/۳۹	۱۷/۶۶	۱۰۶	۲۸/۳۳	۱۷۰	۳۶/۳۳	۲۱۸	۱۱	۶۶	۶/۶۶	۴۰	دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت
۳/۲۹	۱۶/۳۳	۹۸	۲۵/۱۶	۱۵۱	۳۸/۸۳	۲۳۳	۱۱/۳۳	۶۸	۸/۳۳	۵۰	فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت
۲/۸۹	۱۱/۳۳	۶۸	۱۶/۸۳	۱۰۱	۳۸/۳۳	۲۳۰	۱۶/۸۳	۱۰۱	۱۶/۶۷	۱۰۰	ارزیابی اطلاعات مرتبط با

										سلامت	
۳/۲۵	۱۳/۳۵	۸۰	۲۵	۱۵۰	۳۵	۲۱۰	۱۵/۶۷	۹۴	۱۱	۶۶	تصمیم گیری و رفتار مرتبط با سلامت
۳/۱۵										سواد سلامت	

جدول مربوط به متغیر سواد سلامت و مؤلفه های آن، نشان می دهد که در میان مؤلفه های سواد سلامت بیشترین میانگین مربوط به دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت (۳/۳۹) و کمترین میانگین مربوط به ارزیابی اطلاعات مرتبط با سلامت (۲/۸۹) می باشد. میانگین مهارت خواندن اطلاعات سلامت (۲/۹۲)، فهم و درک اطلاعات مرتبط با سلامت (۳/۲۹) و تصمیم گیری و رفتار مرتبط با سلامت (۳/۲۵) و میانگین کلی سواد سلامت نیز (۳/۲۴) می باشد که میزان آن متوسط است.

۲ - ۶ - آمار استنباطی

۱ - ۲ - ۶ - بررسی وضعیت نرمال توزیع داده ها

برای استفاده از آزمون های پارامتریک، پیش شرطهایی وجود دارد که عبارتند از: شرط نرمال بودن داده ها. جهت بررسی نرمال بودن عامل ها از آزمون تک نمونه ای کلموگروف - اسمیرنف به قرار زیر استفاده می شود.

داده ها از توزیع نرمال برخوردارند: H_0

داده ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند: H_1

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

خرده مقیاس‌ها	ارزشیابی اطلاعات	استفاده هدفمند از رسانه‌ها	ترکیب اطلاعات	تبادل اطلاعات	چگونگی استفاده از رسانه‌ها	سواد سلامت	شاخص‌ها
							تعداد
	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	
مقادیر کلموگروف - اسمیرنوف	۲/۳۲	۲/۱۸	۲/۷۲	۳/۱۱	۳/۱۲	۲/۴۷	
سطح معناداری (دو دامنه)	۰/۰۹۳	۰/۰۲۵	۰/۰۸۵	۰/۰۷۷	۰/۰۱۴	۰/۰۱۹	

با توجه به جدول شماره ۴ می‌توان نتیجه گرفت که چون مقادیر سطح معناداری کلیه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشند پس می‌توان گفت که این عامل نرمال بودن توزیع داده‌ها را می‌رساند و می‌توان در تحلیل فرضیه‌های پژوهش، آزمونهای پارامتریک را بکار گرفت.

۲-۲-۶- آزمون فرضیه‌ها

- بین سواد رسانه‌ای و ابعاد مختلف آن (ارزشیابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات، استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه‌ها) با سواد سلامت ارتباط وجود دارد. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر ارتباط بین سواد رسانه‌ای و ابعاد مختلف آن (ارزشیابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات، استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه‌ها) با سواد سلامت از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. یافته‌ها به شرح جدول زیر می‌باشد.

جدول ۵. همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

سواد سلامت		شاخص ها	نام متغیر
سطح معناداری	ضریب همبستگی		
۰/۰۰۰	۰/۳۳	ارزشیابی اطلاعات رسانه ها	سواد رسانه ای
۰/۰۰۰	۰/۳۷	استفاده هدفمند از رسانه ها	
۰/۰۰۱	۰/۳۰	ترکیب اطلاعات	
۰/۰۰۰	۰/۳۹	تبادل اطلاعات	
۰/۰۰۱	۰/۲۷	چگونگی استفاده از رسانه ها	
۰/۰۰۰	۰/۳۴	میزان کل سواد رسانه ای	

یافته ها حاکی از آن است که بین تمامی ابعاد سواد رسانه ای و همچنین میزان کل آن با سواد سلامت از دیدگاه شهروندان رابطه مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. در این میان رابطه بین ارزشیابی اطلاعات رسانه ها و سواد سلامت ($P=0/39$) دارای بیشترین ضریب همبستگی و رابطه بین چگونگی استفاده از رسانه ها و سواد سلامت دارای کمترین ضریب همبستگی ($P=0/27$) می باشند.

همچنین رابطه بین ترکیب اطلاعات ($P=0/30$)، استفاده هدفمند از رسانه ها ($P=0/37$) و ارزشیابی اطلاعات رسانه ها ($P=0/33$) با سواد سلامت از دیدگاه شهروندان دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار می باشد. بنابراین می توان استدلال کرد که هر چه میزان سواد رسانه ای ($P=0/34$) و ابعاد آن بیشتر شود میزان سواد سلامت شهروندان بیشتر می شود و تمامی فرضیه های پژوهش حاضر تأیید می شوند.

۳-۲-۶- مدل معادله ساختاری (Smart PLS)

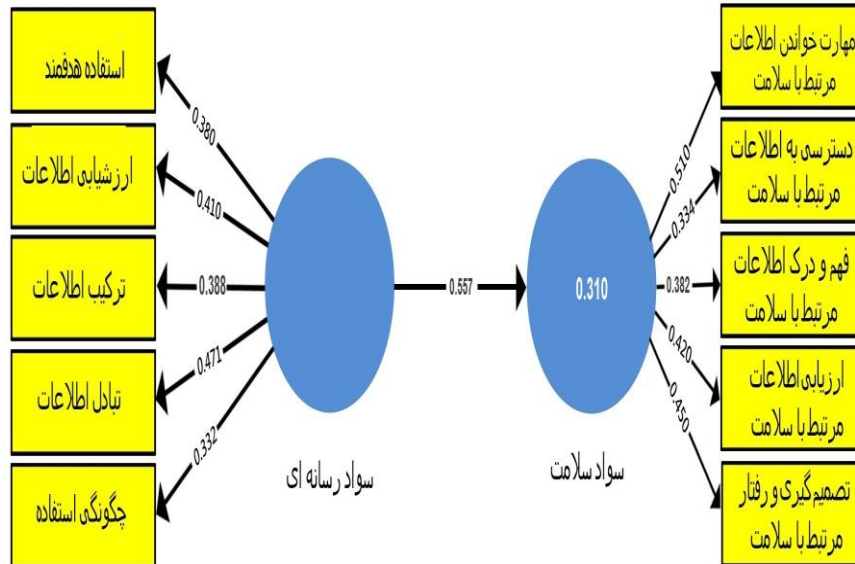
به منظور تعیین شدت و جهت سواد رسانه ای و سواد سلامت شهروندان شهر اهواز از یک مدل معادله ساختاری بهره گرفته شده است. در این پژوهش با استفاده از روش مدلسازی معادلات ساختاری به آزمون مدل های معادله ساختاری پژوهش پرداخته می شود. رویکرد در این قسمت، رویکرد دو مرحله ای است. بدین معنی که پس از تدوین مدل نظری پژوهش لازم است تا به بحث برآورد مدل یا به عبارتی دیگر برآورد پارامترهای آزاد در مدل و تحلیل شاخص های جزئی و کلی مدل پرداخت تا مشخص شود که آیا داده های تجربی در مجموع حمایت کننده ی مدل نظری تدوین شده هستند یا خیر.

مدلسازی معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات (PLS) برخلاف روش کواریانس محور (نرم افزارهایی نظیر AMOS، LISREL و EQS) فاقد شاخص های برازش مدل مبتنی بر کای دو جهت بررسی میزان مطابقت مدل نظری با داده های گردآوری شده می باشد، این امر به ماهیت پیش بین محور PLS بستگی دارد. بنابراین شاخص های برازش که به همراه این رویکرد توسعه یافته اند مربوط به بررسی کفایت مدل در پیش بینی متغیرهای وابسته می شوند؛ مانند شاخص های افزونگی^۱ و حشو^۲ یا شاخص GOF می باشد. در واقع این شاخص ها نشان می دهند که برای مدل اندازه گیری معرف ها تا چه حد توانایی پیش بینی سازه زیربنایی خود را دارند و برای مدل ساختاری، متغیرهای برونزا تا چه حد و با چه کیفیتی توانایی پیش بینی متغیرهای درونزا مدل را دارند.

1. Commuality
2. Redundancy

برآوردهای مربوط به شاخص های ارزیابی کلیت مدل ساختاری و پارامترهای اصلی این مدل (اثر متغیر سواد رسانه ای بر سواد سلامت شهروندان) در شکل و جداول زیر گزارش شده است:

شکل ۱: مدل معادله ساختاری اثر سواد رسانه ای بر سواد سلامت شهروندان



جدول ۶. برآورد شاخص های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	GOF	SRMR	NFI
مقدار	۰/۸۲	۰/۰۸۳	۰/۹۰

شاخص های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری در مجموع بیانگر این است که داده ها مدل نظری پژوهش را حمایت می کنند، به عبارت دیگر برازش داده ها به مدل برقرار است و شاخص ها دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند.

جدول ۷. برآورد اثر متغیر سواد رسانه ای بر سواد سلامت

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضریب تعیین	ضریب اثر	مقدار بحرانی	سطح معناداری
سواد رسانه ای	<---	سواد سلامت شهروندان	۰/۳۱	۰/۵۵	½	۰/۰۰۱

مقادیر برآورد شده در جدول بالا بیانگر این است: (۱) متغیر سواد رسانه ای در مجموع ۰/۵۵ از واریانس متغیر احساس سواد سلامت شهروندان را تبیین می کند، با مدنظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط (۰/۳۱) برآورد می شود، به عبارت دیگر متغیر سواد رسانه ای در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سواد سلامت شهروندان را دارد. (۲) اثر متغیر سواد رسانه ای بر سواد سلامت به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین فرضیه ی کلی پژوهش مبنی بر اینکه متغیر سواد رسانه ای بر متغیر سواد سلامت شهروندان تأثیر دارد، تأیید می شود. با توجه به مقدار ضریب تأثیر می توان گفت اثر متغیر

سواد رسانه ای بر متغیر سواد سلامت شهروندان مثبت، مستقیم و در حد متوسط برآورد می شود، به این معنا که افزایش میزان سواد رسانه ای می تواند در حد متوسط منجر به تقویت سواد سلامت شهروندان شهروندان گردد.

۷- نتیجه گیری

همان طور که ذکر شد سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که تعیین کننده انگیزه و توانایی افراد برای بدست آوردن و دسترسی به اطلاعات، درک و استفاده از آن‌ها برای ارتقا و حفظ مناسب سلامت افراد است. سواد سلامت، طیفی از مهارت‌ها و منابع مرتبط با توانایی پردازش اطلاعات مرتبط با سلامت و نگرانی عمده متخصصان سلامت و مقامات است.

با توجه به اهمیت و ضرورت بحث از سواد سلامت، در پژوهش حاضر به تحلیل و بررسی نقش سواد رسانه ای (با شاخص های ارزشیابی اطلاعات، ترکیب اطلاعات، استفاده هدفمند، تبادل اطلاعات و چگونگی استفاده از رسانه ها) در سواد سلامت شهروندان شهر اهواز به عنوان متغیر وابسته پرداخته شد.

یافته ها حاکی از آن است که بین تمامی ابعاد سواد رسانه ای و همچنین میزان کل آن با سواد سلامت از دیدگاه شهروندان رابطه مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. در این میان رابطه بین ارزشیابی اطلاعات رسانه ها و سواد سلامت ($P=0/39$) دارای بیشترین ضریب همبستگی و رابطه بین چگونگی استفاده از رسانه ها و سواد سلامت دارای کمترین ضریب همبستگی ($P=0/27$) می باشند. همچنین رابطه بین ترکیب اطلاعات ($P=0/30$)، استفاده هدفمند از رسانه ها ($P=0/37$) و ارزشیابی اطلاعات رسانه ها ($P=0/33$) با سواد سلامت از دیدگاه شهروندان دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار می باشد. بنابراین می توان استدلال کرد که هر چه میزان سواد رسانه ای ($P=0/34$) و ابعاد آن بیشتر شود میزان سواد سلامت شهروندان بیشتر می شود و تمامی فرضیه های پژوهش حاضر تأیید می شوند.

نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (Smart PLS) نیز نشان دادند که متغیر سواد رسانه ای در مجموع $0/53$ از واریانس متغیر سواد سلامت را تبیین می کند، با مدنظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط ($0/31$) برآورد می شود، به عبارت دیگر متغیر سواد رسانه ای در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سواد سلامت را دارد.

یافته های پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های معصومی زاده دزفولی (۱۳۹۵) و طهرانی (۱۳۹۵) همخوانی دارد. هرکدام از پژوهشگران فوق در نتایج خود به نحوی به ارتباط بین سواد رسانه ای و سواد سلامت پی بردند. یافته هایی که همخوان با پژوهش حاضر است. همچنین یافته های پژوهش با تئوری های سودور و شیلینگر و پاتر همخوانی دارد. هرکدام از اندیشمندان فوق در تئوری های خود به نقش سواد رسانه ای در افزایش سواد سلامت اشاره کرده اند و عقیده دارند که سواد رسانه ای باعث افزایش سواد سلامت در بین مردم می شود.

بنابراین مشاهده می شود که سواد رسانه ای یکی از منابع مهم در افزایش سواد سلامت در بین مردم است و با افزایش سواد رسانه ای در ابعاد مختلف میزان سواد سلامت افزایش پیدا می کند. برای ارتقای سواد سلامت در جامعه، رسانه ها نقش حیاتی دارند و بسیاری از مردم سواد سلامت خود را از رسانه ها به خصوص رسانه ملی می گیرند. حال با توجه به افزایش برنامه های صدا و سیما در حوزه سلامت، قطعاً این تاثیر در برهه فعلی، بیشتر از قبل شده است. با جایگاهی که رسانه های گروهی و وسایل ارتباط جمعی از تولد تا مرگ در زندگی امروزی بشر پیدا کرده اند، می توان آنها را در زمره ی نهادهای اجتماعی و یکی از عوامل عمده مؤثر بر پذیرش

هنجارها و ارزش های اجتماعی قلمداد کرد؛ در نتیجه آنها تأثیر به سزایی در نگرش افراد نسبت به وقایع اطراف خود دارند و باید سواد رسانه ای را برای استفاده هرچه بیشتر از رسانه ها تقویت نمود.

بنابراین با توجه به ارتباط مثبت بین سواد رسانه ای و سواد سلامت باید این فکر را القاء کرد که سواد رسانه ای اختصاص به یک قشر و طبقه ی خاص ندارد بلکه همه جابنه و فراگیر بوده و همه افراد جامعه را در تمامی سطوح و طبقه دربرمی گیرد؛ کشورهایی همچون ژاپن و کانادا که سردمداران سواد رسانه ای هستند، موضوع سواد رسانه ای را جزء عناوین درسی مدارس خود قرار داده اند، در حالی که در کشور ما حتی اکثر دانشجویان و بالخصوص دانشجویان ارتباطات نیز با این اصطلاح آشنایی ندارند و این در حالی است که با توجه به اهمیت روزافزون سواد رسانه ای در جامعه و روند رو به پیشرفت در این زمینه، ضرورت آشنایی و استفاده ی از این اصطلاح (سواد رسانه ای) بیش از پیش گشته است و این موضوع می تواند به ویژه در زمینه سلامتی و کیفیت زندگی که از جمله مهم ترین ابعاد زندگی هر شخص می باشد مفید باشد.

همچنین باید به مصرف کنندگان رسانه ها این فکر را القاء کرد که سواد رسانه ای به عنوان یکی از مهم ترین پدیده های عصر اطلاعات و ارتباطات، ظهور کرده که به مخاطب استعانت نماید تا سطح اطلاعات و آگاهی های خود را بالا برده و سعی کند از سر عادت و تنها به خاطر تفریح و تفنن از رسانه ها استفاده نکند بلکه با بینش و آگاهی و دانش لازم، به تولید و تفسیر پیام ها پرداخته و مصرف کننده ی صرف نباشد.

منابع

- ارجمندی، غلامرضا. (۱۳۸۵). *مهارت های سواد رسانه ای*. در کتاب *مهارت های زندگی (۱)*. ویراستار دکتر بهمن زندی، ۶۵-۹۰. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- بیران، صدیقه. (۱۳۸۷). *سواد رسانه ای در برخورد با خشونت رسانه ای*، ایران، شماره ۲۰۶۹.
- بصیریان جهرمی، حسین و بصیریان جهرمی، رضا. (۱۳۸۵). *در آمدی به سواد رسانه ای و تفکر انتقادی*، فصلنامه رسانه. شماره ۶۸.
- بهبودی مقدم، زهرا؛ رستگار، امیر؛ (۱۳۹۵). *کاربرد تکنولوژی های نوظهور و رسانه های اجتماعی در نظام سلامت*. مدیریت رسانه، شماره ۲۳؛ ۳۴ - ۲۵.
- بیگدلی، زاهد؛ حیاتی، زهیر؛ حیدری، غلامرضا؛ جوکار، طاهره؛ (۱۳۹۵). *بررسی جایگاه اینترنت در رفتار اطلاع یابی سلامت: مطالعه جوانان کاربر اینترنت در شهر شیراز*. تعامل انسان و اطلاعات. جلد ۳ - شماره ۹.
- تبریزی، منصوره. (۱۳۹۸). *رابطه رسانه ای شدن زندگی روزمره و سلامت خانواده*. فصلنامه مطالعات رسانه های نوین، سال پنجم، شماره ۱۸، تابستان. ۲۰۲ - ۱۶۷.
- تقی زاده، عباس (۱۳۹۰). *مطالعه عوامل مؤثر بر رژیم مصرف رسانه ای دانش آموزان دبیرستانی شهر کرمان*. پژوهشگران فرهنگ، سال ۹، شماره ۲۸، صص ۱۹۱-۱۶۳.
- چلبی، مسعود. (۱۳۸۴). *تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان*. مجله جامعه شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۲.
- حامدی، محمد (۱۳۹۱). *عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با سواد رسانه ای مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران شرق*. مطالعات رسانه ای، سال ۷، شماره ۱۹، صص ۷۸-۶۵.

- حبیب زاده، اصحاب؛ حامد نوروزی. (۱۳۹۶). مطالعه مقایسه‌ای سواد رسانه‌ای در بین دانشجویان روابط عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دماوند و دانشگاه علمی - کاربردی فرهنگ و هنر تهران. فصلنامه مطالعات رسانه‌های نوین. دوره ۳، شماره ۱۲، زمستان. صص ۲۰۸-۲۳۲.
- حسن زاده، علی. (۱۳۹۶). ضرورت آموزش رسانه، واحد پژوهش و سنجش، تهران: انتشارات صدا و سیما.
- خسروی، نگار؛ الهام بختیاری و زهرا مصطفویان. (۱۳۹۸). بررسی سطح سواد سلامت معلمان شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ و عوامل موثر بر آن، سیزدهمین کنگره ی پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی شرق کشور، بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند.
- خوش زبان، علی؛ سلطانی فر، محمد؛ دلاور، علی. (۱۳۹۸). نقش مؤلفه‌های احساسی و اخلاقی سواد رسانه‌ای در توسعه سرمایه اجتماعی در بین شهروندان تهرانی. مطالعات فرهنگ - ارتباطات. سال بیستم، شماره ۴۸. زمستان. ۶۰ - ۳۷.
- ریسی مهنوش، مصطفوی فیروزه، حسن زاده اکبر، شریفی راد غلامرضا. (۱۳۹۰). رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان. تحقیقات نظام سلامت، دوره ۷، شماره ۴.
- زارع کهن، نفیسه؛ (۱۳۹۳). ارتقای سواد رسانه‌ای لازمه ی تحقق جامعه ی مدنی. رسانه. زمستان. شماره ۹۷.
- ساروخانی، باقر؛ (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی ارتباطات، تهران: اطلاعات.
- صالحی نیک، سمیه؛ زهرا امیریان؛ طاهره شریفی و فرشته نجفی هدک. (۱۳۹۶). ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی در رابطین سلامت، دوازدهمین کنگره پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی شرق کشور، گناباد، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد.
- طهرانی، هادی. (۱۳۹۵). سواد رسانه‌ای سلامت. سواد سلامت، دوره ۱، شماره ۳.
- طهرانی بنی هاشمی سیدآرش؛ امیرخانی محمدمیر؛ حق دوست علی اکبر؛ علویان سیدمویید؛ اصغری فرد هما؛ برادران حمید؛ برغمندی مژگان؛ پارسی نیا سعید؛ فتحی رنجبر سحر. (۱۳۸۶). سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل موثر بر آن. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، دوره ۴، شماره ۱.
- عزیزی، جلیل و حیدرخانی، هاییل. (۱۳۹۱). اینترنت و چالش‌های امنیتی. خرم‌آباد: همایش ملی احساس امنیت. تابستان.
- قاسمی، طهورث. (۱۳۸۵). سواد رسانه‌ای رویکرد جدید به نظارت. فصلنامه رسانه، سال ۷، شماره ۴ صص ۴۵-۵۸.
- محمدی، فرح سعیده؛ ساعتی عصر، محمدحسن؛ کاویانی منش، افسانه؛ براتی، مجید؛ افشاری، مریم؛ محمدی، یونس. (۱۳۹۶). سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. آموزش و سلامت جامعه: تابستان، دوره ۴، شماره ۲.

- معصومی زاده دزفولی، خدیجه سادات. (۱۳۹۵). اثر رسانه ها بر گرایش جوانان به سبک زندگی نوین مرتبط با سلامتی. دومین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.
- مک کوایل، دنیس. (۱۳۸۸). درآمدی بر نظریه ارتباطات جمعی، ترجمه اجلالی، تهران: انتشارات مرکز مطالعات رسانه.
- نعمتی فر، نصرت اله؛ خجسته باقر زاده، حسن؛ کاظمی، هاجر. (۱۳۹۷). مطالعه سطح سواد رسانه ای کاربران رسانه های اجتماعی (مطالعه موردی کاربران شبکه اجتماعی تلگرام). فصلنامه مطالعات رسانه های نوین، سال چهارم، شماره ۱۶، زمستان. ۱۷۵ - ۱۴۳.
- نواح، عبدالرضا؛ حزباوی، عزیز؛ رستگاری، سمیه. (۱۳۹۸). پیامدهای جامعه شناختی سواد رسانه ای بر آگاهی از حقوق شهروندی و دموکراسی خواهی. فصلنامه مطالعات رسانه های نوین، سال پنجم، شماره ۱۸، تابستان، ۲۲۸ - ۲۰۳.
- Aktia, Seda ;Gurolb, Aysun (2012). "Determining the Relationship between Media Literacy and Social Skills" *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 64. 238 - 243.
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. (2014). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Health*; 11: 588-94.
- Harpham, T, & et al. (2003). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social science and medicine*. 53. 1 - 11 .
- Hofmann, Gregg. (2009). A Review Of General Semantics. 61 (1).
- Kickbusch L, Wait S, Maag D. (2014). Navigating Health: the Role of Health Literacy. Kickbusch Health Consult Web Site: 2006 [updated 18 June, 2014; cited 25 November; Available from:
- Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo K. (2017). Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health*; 10:614. doi: 10.1186/1471- 2458-10-614.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259-67.
- Sihota S, Lennard L. (2014). Health literacy: being able to make the most of health. London: National Con-sumer Council; 11 Available from: http://www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf.
- Sudore RL, Schillinger D.(2009). Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of clinical outcomes management: JCOM*.16(1).