

Designing a Media-Based Model to Enhance Health Literacy and Reduce Healthcare Costs in Iran: An Interdisciplinary Study

Sadollah Shokri^{*}, Nahid Kordi^{}**

Amrollah Amani Kolarijani^{*}**

Abstract

Rising healthcare costs alongside the rapid circulation of health misinformation across digital platforms have positioned health literacy as a critical priority in public health policy, particularly in developing contexts such as Iran. This study aimed to design and empirically validate a comprehensive media-based model for enhancing community health literacy and contributing to reduced healthcare costs. A sequential mixed-methods approach was employed. In the qualitative phase, semi-structured interviews with seven experts in health communication and media studies were analyzed using axial and selective coding, yielding ten key dimensions aligned with Nutbeam's functional, interactive, and critical health literacy framework. These findings informed a 77-item questionnaire administered to 382 hospitalized patients in Tehran. Quantitative data were analyzed using SPSS and Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), demonstrating strong reliability (Cronbach's $\alpha = 0.957$) and content validity. The results showed that social media exerted the strongest effect on health literacy, followed by socio-cultural factors and insurance services, with all hypothesized relationships statistically

^{*} Ph.D. Candidate of Communication Sciences, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, shokrisadollah1@gmail.com

^{**} Assistant Professor, Department of Communication and social Sciences, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author), nahid.kordi@gmail.com

^{***} Assistant Professor, Department of Communication and Social Sciences., Islamic Azad University, Tehran, Iran, amani.shargh@gmail.com

Date received: 05/05/2025, Date of acceptance: 02/08/2025



supported. The findings highlight the strategic role of culturally embedded digital media and institutional supports in shaping health literacy and provide an evidence-based framework to guide policymakers, health communicators, and media professionals in implementing targeted, cost-effective interventions in Iran.

Keywords: Health literacy, Media literacy, Health communication, Digital media, Healthcare costs, Iran.

Introduction

Health systems worldwide are increasingly challenged by two converging phenomena: the rapid proliferation of health misinformation across digital and social media platforms, and the persistent rise in healthcare costs. These developments have elevated health literacy to a central concern for public health policy, health communication, and patient-centered care. Health literacy is defined as the ability of individuals to access, understand, critically evaluate, and apply health information to make informed decisions regarding prevention, treatment, and health promotion. Evidence consistently links limited health literacy to poorer health outcomes, increased hospitalization, inefficient healthcare utilization, and avoidable economic burdens.

In developing countries such as Iran, structural and socio-economic barriers—including disparities in healthcare access, fragmented communication infrastructures, and limited institutional support—amplify the consequences of low health literacy. Digital and social media serve as both opportunities and challenges: while they can facilitate education, engagement, and empowerment, they also propagate misinformation and reinforce inequalities. Accordingly, there is a pressing need for a comprehensive, culturally grounded model that leverages media to strengthen health literacy while accounting for social, cultural, economic, and institutional determinants. This study aims to design and empirically validate such a media-based model for Iran, drawing on Nutbeam's three-level framework of functional, interactive, and critical health literacy, with the ultimate goal of enhancing informed health decision-making and reducing healthcare costs.

Materials and Methods

A sequential mixed-methods design was employed, integrating qualitative exploration with quantitative validation to ensure conceptual depth and empirical rigor. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted with seven

experts in health communication, public health, and media studies, selected through snowball sampling until theoretical saturation was reached. Data were transcribed and analyzed using axial and selective coding, yielding ten core dimensions influencing health literacy. These dimensions were categorized according to Nutbeam's framework:

Functional level: social media use, internet-based health communication, patient knowledge and awareness.

Interactive level: patient engagement, competency of health journalists, physician quality and expertise.

Critical level: socio-cultural factors, insurance services, healthcare costs, and broader economic conditions.

Based on these qualitative findings, a structured 77-item questionnaire was developed and administered to 382 hospitalized patients across public and private hospitals in Tehran Province. The sample size was determined using the Krejcie and Morgan table to ensure statistical adequacy. Content validity was confirmed by expert review, and internal consistency was excellent (Cronbach's $\alpha = 0.957$). Quantitative data were analyzed using SPSS and SmartPLS, employing Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) to test the hypothesized relationships and evaluate the overall model fit.

Discussion and Results

The PLS-SEM results indicated that social media exerted the strongest influence on health literacy ($\beta = 0.211$), highlighting its central role in shaping knowledge, attitudes, and health-related behaviors. Socio-cultural factors ($\beta = 0.201$) and insurance services ($\beta = 0.197$) were the next most significant determinants. Other variables—including economic conditions, internet-based communication, patient knowledge, healthcare costs, journalist competency, physician quality, and patient participation—also had statistically significant effects. All hypothesized relationships were supported, confirming the robustness of the model.

These findings emphasize that health literacy is not solely an individual cognitive skill but a multidimensional construct embedded within media ecosystems, institutional frameworks, and socio-cultural contexts. The dominant role of social media underscores the need for culturally sensitive, evidence-based, and professionally governed digital health communication. The impact of insurance

services illustrates the importance of structural supports in reducing financial barriers, enhancing access, and motivating individuals to actively seek and apply health information. Integrating media dynamics with institutional and socio-cultural determinants provides a comprehensive understanding of health literacy development and its potential to reduce unnecessary healthcare utilization and costs.

Conclusion

This study introduces a validated, media-based framework for enhancing health literacy in Iran by integrating digital media influence, socio-cultural context, and institutional support. The findings demonstrate that social media, insurance services, and cultural factors play pivotal roles across functional, interactive, and critical dimensions of health literacy, contributing to more informed health decisions and potential cost reduction. The model offers a practical, evidence-informed tool for policymakers, health communicators, educators, and media professionals to design targeted, culturally grounded, and cost-effective interventions. By emphasizing the interplay between media, institutions, and individual capacities, this framework provides actionable guidance for improving population health outcomes and promoting informed health decision-making. Future research should examine longitudinal effects, cross-regional applicability, and intervention-based evaluations to further validate and refine media-driven strategies for health literacy enhancement.

Bibliography

- Abdollahman, R., & Shokri, M. (2021). A measurement of the status of frontiersmen's media literacy: A case study of cross-border Iranian citizens of West Azerbaijan Province. *Research on Information Science and Public Libraries*, 27(3), 493–520. [In Persian]
- Akbarinejad, F., Soleymani, M. R., & Shahrzadi, L. (2017). The relationship between media literacy and health literacy among pregnant women in health centers of Isfahan. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(1), 17. [In Persian]
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall.
- Basch, C. H., Hillyer, G. C., Meleo-Erwin, Z. C., Jaime, C., Mohlman, J., & Basch, C. E. (2020). Preventive behaviors conveyed on YouTube to mitigate transmission of COVID-19: Cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18807. <https://doi.org/10.2196/18807>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., ... & Harden, E. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, 199, 1–941.

237 Abstract

- Diviani, N., Van Den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e112.
- Doshmangir, L., Bazayr, M., Majdzadeh, R., & Takian, A. (2019). So near, so far: Four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. *Archives of Iranian Medicine*, 22(10), 592–605. [In Persian]
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 54, 313–324.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Towards clarification of a fractured paradigm. In *McQuail's Reader in Mass Communication Theory* (pp. 390–397).
- Haghdoust, A. A., Karamouzian, M., Jamshidi, E., Sharifi, H., Rakhshani, F., Mashayekhi, N., ... & Aligol, M. (2019). Health literacy among Iranian adults: Findings from a nationwide population-based survey in 2015. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(11), 828–836. [In Persian]
- Jahangiri Zarkani, R., Hashemi, S., & Geranmayeh Poor, A. (2021). Investigating the relationship between media literacy and physical health literacy of citizens of Bandar Abbas. *Journal of Culture-Communication Studies*, 22(55), 39–62. [In Persian]
- Johnson, N. F., Velásquez, N., Restrepo, N. J., Leahy, R., Gabriel, N., El Oud, S., ... & Lupu, Y. (2020). The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature*, 582(7811), 230–233.
- Kreps, G. L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*, 53(4), 344–359.
- Kühn, L., Bachert, P., Hildebrand, C., Kunkel, J., Reitermayer, J., Wäsche, H., & Woll, A. (2022). Health literacy among university students: A systematic review of cross-sectional studies. *Frontiers in Public Health*, 9, 680999.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1643.
- Mohammadi, H., & Nasrollahi, A. (2021). Strategies of the Supreme Council of Cyberspace in Policymaking for New Communication Media. *Socio-Cultural Strategy*, 10(1), 127–156. [In Persian]
- Mohammadi, H., & Nasrollahi, A. (2021). The strategies of the Supreme Council of Cyberspace for modern communication media policymaking. *Socio-Cultural Strategy*, 10(1), 127–156. [In Persian]
- Nafchi, R., Danaei, M., & Zargar, S. (2020). Explaining the Dimensions and Components of Media Health Literacy with a Critical Approach: A Grounded Theory Study. *Payesh (Health Monitor Journal)*, 19(2), 197–203. [In Persian]

- Nemati-Anaraki, L., Azimi, A., Abdolahi, L., & Gafari, S. (2021). The relation between media literacy and COVID-19 vaccination. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 200. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.200> [In Persian]
- Niu, Z., Willoughby, J., & Zhou, R. (2021). Associations of health literacy, social media use, and self-efficacy with health information-seeking intentions among social media users in China: Cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e19134.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Potter, W. J. (2022). Analysis of definitions of media literacy. *Journal of Media Literacy Education*, 14(2), 27–43.
- Rosário, J., Raposo, B., Santos, E., Dias, S., & Pedro, A. R. (2024). Efficacy of health literacy interventions aimed to improve health gains of higher education students—A systematic review. *BMC Public Health*, 24(1), 882.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127.
- Seale, B. (2016). *Patients as partners: Building collaborative relationships among professionals, patients, carers and communities*. The King's Fund.
- Seyedoshohadaee, M., Kaghanizade, M., Nezami, M., Hamedani, B., & Barasteh, S. (2016). The relationship between health literacy and general health in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 15(5), 312–319.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & European Health Literacy Project Consortium. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (Vol. 15). Sage.
- Swire-Thompson, B., & Lazer, D. (2020). Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. *Annual Review of Public Health*, 41, 433–451.
- Vanderpool, R. C., Gaysynsky, A., & Sylvia Chou, W. Y. (2020). Using a global pandemic as a teachable moment to promote vaccine literacy and build resilience to misinformation. *American Journal of Public Health*, 110(S3), S284–S285. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305906>
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, 240, 112552.

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی در ایران: یک مطالعه میان‌رشته‌ای

سعدالله شکری*

ناهید کردی**، امرالله امانی کلاریجانی***

چکیده

افزایش فزاینده هزینه‌های مراقبت‌های سلامت هم‌زمان با گسترش اطلاعات نادرست در بستر رسانه‌های دیجیتال، ارتقای سواد سلامت را به یکی از اولویت‌های اساسی سیاست‌گذاری سلامت عمومی، به‌ویژه در ایران، بدل کرده است. پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتبارسنجی یک مدل جامع رسانه‌محور برای ارتقای سواد سلامت جامعه و کمک به کاهش هزینه‌های درمانی انجام شد. این مطالعه با بهره‌گیری از رویکرد روش‌شناسی ترکیبی متوالی اجرا گردید. در مرحله کیفی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۷ نفر از متخصصان حوزه ارتباطات سلامت و رسانه انجام و داده‌ها با استفاده از کدگذاری محوری و گزینشی تحلیل شد که به شناسایی ده مؤلفه کلیدی منطبق با الگوی سه‌سطحی سواد سلامت ناتیم انجامید. بر اساس این یافته‌ها، پرسشنامه‌ای ۷۷ گویه‌ای طراحی و در میان ۳۸۲ بیمار بستری در بیمارستان‌های استان تهران اجرا شد. داده‌های کمی با نرم‌افزارهای SPSS و SmartPLS و به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری حداقل مربعات جزئی تحلیل گردید. نتایج نشان داد رسانه‌های اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سواد سلامت دارند و پس از آن عوامل اجتماعی-فرهنگی و خدمات بیمه‌ای قرار می‌گیرند. تمامی روابط

* دانشجوی دکتری علوم ارتباطات، واحد شرق تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران،
shokrisadollah1@gmail.com

** استادیار گروه علوم ارتباطات، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)،
nahid.kordi@gmail.com

*** استادیار گروه دانشی ارتباطات و علوم اجتماعی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ایران،
amani.shargh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱



فرض شده معنادار بودند. در مجموع، یافته‌ها بر نقش راهبردی رسانه‌های دیجیتال فرهنگ‌مند در ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری درمان تأکید دارد و چارچوبی مبتنی بر شواهد برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت عمومی ارائه می‌کند.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، سواد رسانه‌ای، ارتباطات سلامت، رسانه‌های دیجیتال، هزینه‌های درمان، ایران.

۱. مقدمه

تحولات فناوری اطلاعات و ارتباطات، دسترسی به اطلاعات سلامت را در ایران تسهیل کرده، اما گسترش اطلاعات نادرست در رسانه‌های دیجیتال، مانند شایعات پزشکی و تبلیغات غیرعلمی، به رفتارهای پرخطر سلامت‌محور و افزایش هزینه‌های درمانی منجر شده است. (Berkman et al., 2011; Abdorahmany & Shokri, 2021) این چالش‌ها، ضرورت ارتقای سواد سلامت (Health literacy) و سواد رسانه‌ای (Media literacy) را به‌عنوان ابزارهایی برای توانمندسازی شهروندان در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و کاهش بار مالی نظام سلامت برجسته می‌کند. سواد رسانه‌ای سلامت‌محور، به‌عنوان توانایی تحلیل انتقادی پیام‌های سلامت در رسانه‌ها، تشخیص منابع معتبر، و تصمیم‌گیری آگاهانه بر اساس اطلاعات علمی، مفهومی کلیدی در این پژوهش است. (Levin-Zamir & Bertschi, 2018)

سواد سلامت به عنوان توانایی کسب، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه، یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت فردی و اجتماعی شناخته می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پایین بودن سطح سواد سلامت، با پیامدهایی چون کاهش تبعیت از درمان، افزایش مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی، و بالا رفتن نرخ مرگ‌ومیر همراه است (Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012). مطالعات متعدد داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهند که بخش قابل توجهی از جمعیت، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، از سطح مطلوب سواد سلامت برخوردار نیستند. برای نمونه، مطالعه برکمن و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که افراد با سواد سلامت پایین کمتر توانایی درک توصیه‌های درمانی دارند و بیشتر دچار پیامدهای منفی سلامت می‌شوند. همچنین، پژوهش سورنسن و همکاران (۲۰۱۲) در اروپا و مطالعه ملی حقدوست و همکاران (۲۰۱۹) در ایران، وجود شکاف جدی در سطح سواد سلامت عمومی را تأیید کرده‌اند. پژوهش اکبری نژاد و همکاران (۲۰۱۷) نیز وضعیت نامطلوب سواد سلامت در

میان زنان باردار ایرانی را گزارش کرده‌اند (Akbarinejad, Soleymani, & Shahrzadi, 2017; Berkman et al., 2011; Haghdooost et al., 2019; Sørensen et al., 2012). از سوی دیگر، مفهوم «سواد رسانه‌ای سلامت» به عنوان پیوندی میان سواد سلامت و سواد رسانه‌ای، در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. سواد رسانه‌ای سلامت، مجموعه‌ای از مهارت‌ها و شایستگی‌هاست که فرد را قادر می‌سازد پیام‌های سلامت را در بسترهای مختلف رسانه‌ای (دیجیتال، مکتوب، سمعی-بصری) به‌درستی تحلیل، ارزیابی و از اطلاعات معتبر بهره‌برداری کند (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارتقای سواد رسانه‌ای می‌تواند نقش مهمی در افزایش اعتماد به اطلاعات علمی، کاهش رفتارهای پرخطر، بهبود سبک زندگی، و در نهایت کاهش هزینه‌های غیرضروری درمانی ایفا کند (Akbarinejad et al., 2017).

بررسی اسناد بالادستی نظام سلامت، از جمله برنامه تحول نظام سلامت، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، و اسناد شورای عالی فضای مجازی، نشان می‌دهد که راهبردی منسجم و ساختاریافته برای ادغام آموزش سواد رسانه‌ای در برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی تدوین نشده است (Doshmangir, Bazayr, Majdzadeh, & Takian, 2019; Mohammadi & Nasrollahi, 2021). تا زمانی که برنامه‌های ارتقای سلامت فاقد عناصر رسانه‌ای مناسب برای آموزش عمومی باشند، نمی‌توان انتظار ارتقاء اثربخش سواد سلامت را داشت (Levin-Zamir & Bertschi, 2018; Nutbeam, 2000). از دیگر چالش‌های کلیدی در مسیر ارتقای سواد سلامت رسانه‌محور می‌توان به ضعف ساختاری آموزش سواد رسانه‌ای در نظام آموزشی رسمی کشور، شکاف دیجیتال میان اقشار مختلف جامعه، و سلطه روایت‌های شبه‌علمی و گمراه‌کننده در رسانه‌های اجتماعی اشاره کرد. مطالعات داخلی و بین‌المللی این عوامل را از موانع اساسی توانمندسازی شهروندان برای مواجهه با اطلاعات سلامت می‌دانند (Abdolahmany & Shokri, 2021; Mohammadi & Nasrollahi, 2021; Swire-Thompson & Lazer, 2020).

در سطح پژوهشی نیز، علی‌رغم انجام مطالعات پراکنده درباره رابطه سواد سلامت و سواد رسانه‌ای، هنوز الگویی بومی، جامع و مبتنی بر شواهد برای تبیین و تقویت این تعامل و ارزیابی تأثیر آن بر کاهش هزینه‌های درمانی در ایران ارائه نشده است. این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام مطالعات میان‌رشته‌ای و طراحی چارچوب‌های مفهومی نوین را دوچندان می‌کند.

اگرچه مطالعات متعددی در زمینه سواد سلامت و سواد رسانه‌ای انجام شده است، اما همچنان یک الگوی بومی و تلفیقی برای بررسی نقش این دو مفهوم در کاهش هزینه‌های درمانی در ایران وجود ندارد (سالمی، خانیکی، صبوری خسروشاهی و هاشمی، ۲۰۲۲). پژوهش‌های داخلی معمولاً به تحلیل رابطه کلی میان سواد سلامت و سواد رسانه‌ای پرداخته‌اند (جهانگیری زارکانی، هاشمی و گرانیامیه‌پور، ۲۰۲۱)؛ اما تأثیر سواد رسانه‌ای سلامت‌محور بر کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش بهره‌وری نظام سلامت، به صورت ساختاریافته و مدل‌محور تاکنون مورد کاوش دقیق قرار نگرفته است. علاوه بر این، نقش قاب‌بندی رسانه‌ای و برجسته‌سازی پیام‌های سلامت در شکل‌دهی به ادراکات و رفتارهای سلامت در فضای رسانه‌ای ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

این پژوهش با طراحی و ارائه یک مدل جامع رسانه‌محور، که به طور ویژه از ظرفیت رسانه‌ها و به خصوص شبکه‌های اجتماعی برای ارتقای سواد سلامت و ترویج رفتارهای سلامت‌مقرون‌به‌صرفه بهره می‌برد، گامی مهم در پرکردن این خلأ دانشی برداشته است. سؤال محوری این مطالعه عبارت است از: چگونه می‌توان با استفاده از یک الگوی رسانه‌محور، سواد سلامت را ارتقا داده و هزینه‌های درمانی را در بستر نظام سلامت ایران کاهش داد؟ پاسخ به این پرسش، ضرورت توسعه چارچوبی بومی، میان‌رشته‌ای و عملیاتی را برای سیاست‌گذاران، پژوهشگران و فعالان حوزه سلامت نمایان می‌سازد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف طراحی و ارائه یک الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی، تلاش دارد ضمن تبیین نظری و تجربی پیوند میان سواد سلامت و سواد رسانه‌ای، راهکارهای عملی برای توانمندسازی شهروندان در مواجهه با اطلاعات سلامت و بهبود بهره‌وری نظام سلامت کشور ارائه نماید. با وجود مطالعات متعدد در زمینه سواد سلامت و سواد رسانه‌ای، هنوز چارچوب مفهومی جامع و بومی‌شده‌ای که به تبیین تعامل ساختاری این دو مفهوم و تأثیر آن بر کاهش هزینه‌های درمانی در ایران پردازد، طراحی نشده است. این خلأ مفهومی و کاربردی، انگیزه اصلی انجام پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد.

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱.۲ تعریف مفاهیم کلیدی

سواد سلامت: طبق تعریف نات‌بیم، سواد سلامت به توانایی کسب، درک و به‌کارگیری اطلاعات بهداشتی برای تصمیم‌گیری آگاهانه و ارتقای سلامت فردی اطلاق می‌شود و به سه سطح کاربردی، تعاملی و انتقادی تقسیم می‌شود که هرکدام مهارت‌هایی متفاوت را برای تصمیم‌گیری‌های سلامت‌محور ایجاب می‌کنند (Nutbeam, 2000). از سوی دیگر، سواد رسانه‌ای بنا بر تحلیل‌های جدید، شامل مهارت‌های دسترسی، تحلیل، ارزیابی و تولید محتوا در بسترهای گوناگون رسانه‌ای است (Potter, 2022). تلفیق این دو مفهوم منجر به ظهور مفهوم «سواد سلامت رسانه‌محور» شده است که به توانایی تحلیل انتقادی اطلاعات سلامت در رسانه‌ها، تشخیص منابع معتبر و محافظت در برابر اطلاعات نادرست اشاره دارد (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

سواد رسانه‌ای: مجموعه مهارت‌های تحلیل، ارزیابی و تولید محتوای رسانه‌ای در بسترهای دیجیتال و سنتی (Potter, 2022).

سواد رسانه‌ای سلامت‌محور: توانایی تحلیل انتقادی پیام‌های سلامت در رسانه‌ها، تشخیص منابع معتبر، و تصمیم‌گیری آگاهانه (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

الگوی رسانه‌محور: چارچوبی که از رسانه‌ها برای آموزش و توانمندسازی جامعه در راستای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی استفاده می‌کند.

کاهش هزینه‌های درمانی: کاهش هزینه‌های مستقیم (مانند مراجعات درمانی) و غیرمستقیم (مانند غیبت از کار) از طریق رفتارهای پیشگیرانه و خودمراقبتی.

سواد سلامت رسانه‌محور (عملیاتی): توانایی افراد در دسترسی، تحلیل و ارزیابی اطلاعات سلامت ارائه‌شده در رسانه‌های دیجیتال و سنتی، به‌منظور اتخاذ تصمیمات آگاهانه سلامت‌محور. این شامل تشخیص منابع معتبر، شناسایی اطلاعات نادرست، و استفاده از پیام‌های رسانه‌ای برای خودمراقبتی و پیشگیری است. (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

کنشگری آگاهانه (عملیاتی): مشارکت فعال افراد در فرآیندهای تصمیم‌گیری سلامت از طریق تعامل با اطلاعات رسانه‌ای معتبر، ارائه بازخورد به نظام سلامت، و به‌کارگیری دانش سلامت در رفتارهای روزمره، مانند رعایت توصیه‌های پزشکی یا انتخاب خدمات درمانی مناسب. (Seale, 2016).

۲.۲ چارچوب نظری

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش رسانه‌ها در ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی، از چارچوبی نظری تلفیقی و میان‌رشته‌ای بهره می‌برد که برگرفته از نظریه‌های معتبر در حوزه‌های ارتباطات، سلامت عمومی، آموزش رسانه‌ای و روان‌شناسی اجتماعی است. این چارچوب نظری، سازوکارهای شناختی، اجتماعی و ارتباطی مؤثر بر ارتقای سواد سلامت رسانه‌محور را در سه سطح عملکردی، تعاملی و انتقادی تحلیل می‌کند. نظریه‌ها و الگوهای اصلی مؤثر بر این چارچوب عبارت‌اند از:

۱. نظریه یادگیری اجتماعی (Social Learning Theory)

بر اساس این نظریه، یادگیری از طریق مشاهده و مدل‌سازی رفتار دیگران، به‌ویژه در بسترهای رسانه‌ای اتفاق می‌افتد. رسانه‌ها می‌توانند با نمایش الگوهای رفتاری سالم، سبک زندگی پیشگیرانه و روایت‌های موفق درمان، انگیزش و خودکارآمدی مخاطبان را افزایش دهند. این نظریه زیربنای سطح «کاربردی» و «تعاملی» سواد سلامت در مدل نهایی است (Bandura & Walters, 1977). این نظریه با پژوهش از طریق تأکید بر یادگیری از طریق مشاهده رفتارهای سالم در رسانه‌ها، پایه‌ای برای سطح کاربردی و تعاملی سواد سلامت فراهم می‌کند.

۲. نظریه باور سلامت (Health Belief Model)

این نظریه رفتارهای سلامت را بر اساس متغیرهایی مانند ادراک آسیب‌پذیری، شدت تهدید، مزایای درک‌شده، موانع درک‌شده و محرک‌های کنش تبیین می‌کند. رسانه‌ها به‌عنوان محرک کنش، نقش کلیدی در تحریک تصمیم‌گیری مخاطبان درباره رفتارهای سلامت‌محور ایفا می‌کنند. این نظریه با نقش رسانه‌ها در «افزایش ادراک خطر» و «تغییر نگرش» در تعامل مستقیم است (Rosenstock, 1966). در این نظریه رسانه‌ها به‌عنوان محرک کنش در تغییر ادراک مخاطبان نسبت به خطر و مزایای رفتارهای سلامت‌محور عمل می‌کنند.

۳. نظریه ارتباطات سلامت (Health Communication Theory)

این رویکرد بر طراحی، انتقال، و درک اثربخش پیام‌های سلامت تأکید دارد. عواملی چون وضوح پیام، میزان اعتماد به منبع، قابلیت درک، کانال ارتباطی، و

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد ... (سعدالله شکری و دیگران) ۲۴۵

تناسب فرهنگی پیام، از متغیرهای کلیدی این نظریه هستند. این چارچوب تبیین می‌کند که چگونه پیام‌های رسانه‌ای می‌توانند به‌عنوان واسطه‌ای بین دانش تخصصی و دانش عمومی عمل کنند. (Kreps, 1988) این نظریه بر طراحی و انتقال مؤثر پیام‌های سلامت از طریق رسانه‌ها با توجه به عوامل فرهنگی و وضوح پیام تأکید دارد.

۴. مدل سطوح سه‌گانه سواد سلامت نات‌بیم (Nutbeam)

در این مدل، سواد سلامت در سه سطح دسته‌بندی می‌شود:

سواد سلامت عملکردی: شامل مهارت‌های پایه برای خواندن و درک اطلاعات سلامت.

سواد سلامت تعاملی: توانایی تحلیل، تعامل با متخصصان، و مشارکت فعال در تصمیم‌گیری سلامت.

سواد سلامت انتقادی: توانایی ارزیابی انتقادی منابع، پیام‌ها و سیاست‌های سلامت و مشارکت آگاهانه در کنش‌های اجتماعی (Nutbeam, 2000).

چارچوب نظری این پژوهش، با تطبیق یافته‌های کیفی با این سه سطح، به دسته‌بندی عوامل مؤثر بر سواد سلامت کمک کرده و در طراحی مدل نهایی نقش محوری دارد.

۵. از سوی دیگر، نظریه برجسته‌سازی (Agenda-Setting Theory) که توسط مک‌کامز و شاو ارائه شده، این نظریه بیان می‌دارد که رسانه‌ها با برجسته‌کردن برخی موضوعات خاص (مانند واکسیناسیون، تغذیه سالم یا پیشگیری از بیماری‌ها)، اولویت‌های ذهنی مخاطبان را شکل می‌دهند. در چارچوب این پژوهش، رسانه‌ها با برجسته‌سازی موضوعات سلامت‌محور، به ایجاد آگاهی عمومی و تغییر رفتار کمک می‌کنند. (McCombs & Shaw, 1972) بر اساس تحلیل‌های دیرینگ و راجرز در حوزه سلامت، این فرآیند می‌تواند منجر به ارتقای آگاهی عمومی و تقویت رفتارهای پیشگیرانه گردد (Dearing & Rogers, 1996). با استفاده از این چارچوب، رسانه‌ها با برجسته‌سازی موضوعات سلامت‌محور مانند پیشگیری، آگاهی عمومی و رفتارهای سلامت را تقویت می‌کنند.

۶. در تکمیل آن، نظریه قاب‌بندی (Framing Theory) نیز نقش مهمی در تفسیر و درک پیام‌های سلامت ایفا می‌کند. قاب‌بندی به شیوه‌ای اطلاق می‌شود که در آن رسانه‌ها عناصر خاصی از یک پیام را سازمان‌دهی و برجسته می‌کنند تا معنای خاصی به مخاطب منتقل شود. نوع قاب‌بندی اطلاعات سلامت (مثلاً تأکید بر خطر یا مزیت) می‌تواند به‌طور مستقیم بر ادراک خطر، تمایل به رفتار پیشگیرانه و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سلامت اثرگذار باشد. (Entman, 1993). بنابراین، انتخاب واژگان، تصاویر، ساختار خبری و تأکید بر جنبه‌های خاص پیام، به دلیل تأثیر نحوه سازمان‌دهی و برجسته‌سازی رسانه‌ها بر ادراک مخاطبان و تصمیم‌گیری‌های سلامت‌محور، نقش بسیار مؤثری دارد.

تلفیق این شش نظریه، چارچوبی جامع، تحلیلی و میان‌رشته‌ای برای پژوهش فراهم می‌سازد که به‌واسطه آن می‌توان فرآیندهای پیچیده میان رسانه، اطلاعات سلامت، سواد فردی و تصمیم‌گیری را تبیین کرد. در این چارچوب، رسانه‌ها تنها ابزارهای انتقال پیام نیستند، بلکه به‌عنوان کنشگرانی فعال در آموزش، توانمندسازی، پیشگیری و سیاست‌گذاری سلامت ایفای نقش می‌کنند. چارچوب نظری حاضر، مبنای طراحی ابزار پژوهش، تحلیل داده‌های کیفی و مدل‌سازی ساختاری بوده و به توسعه الگویی بومی برای ارتقای سواد سلامت رسانه‌محور در ایران منجر شده است.

۳.۲ مرور پیشینه پژوهش

در دهه گذشته، سواد سلامت و سواد رسانه‌ای به‌عنوان دو مؤلفه کلیدی در ارتقای رفتارهای سلامت‌محور مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند. ترکیب این دو مفهوم در قالب «سواد سلامت رسانه‌محور» مفهومی نوظهور است که نقش رسانه‌ها را در پردازش و ارزیابی اطلاعات سلامت برجسته می‌سازد. مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهند که ارتقای سواد رسانه‌ای می‌تواند تأثیر معناداری بر بهبود تصمیم‌گیری‌های سلامت‌محور، افزایش خودمراقبتی، و کاهش هزینه‌های درمانی داشته باشد.

در سطح داخلی، رئیسی نافچی و همکاران (۱۳۹۹) با بررسی سواد سلامت رسانه‌ای در میان دانشجویان، دریافتند که مهارت‌های تحلیلی ناشی از سواد رسانه‌ای رابطه مثبت و معناداری با درک بهتر اطلاعات سلامت و تصمیم‌گیری آگاهانه دارند (نافچی، دانایی، و زرگر، ۲۰۲۰). همچنین، پژوهش اکبری‌نژاد و همکاران (۲۰۱۷) در اصفهان نشان داد که

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد ... (سعدالله شکری و دیگران) ۲۴۷

بیش از ۶۰٪ از زنان باردار دارای سواد سلامت ناکافی بوده‌اند و همبستگی معناداری میان سواد رسانه‌ای پایین و درک ضعیف اطلاعات سلامت در این گروه وجود دارد (Akbarinejad et al., 2017).

در پژوهشی توسط جهانگیری زرکانی و همکاران (۲۰۲۱)، رابطه مثبت میان سواد رسانه‌ای و سلامت عمومی در میان شهروندان تهرانی مورد تأیید قرار گرفت (Jahangiri Zarkani, Hashemi, & Geranmayeh Poor, 2021). همچنین، شهادی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که آموزش مستقیم سواد سلامت به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، منجر به کاهش حدود ۱۵ درصدی هزینه‌های درمانی مرتبط با عوارض بیماری شد؛ هرچند این مطالعه به نقش رسانه‌ها در تقویت این تأثیر نپرداخته است (Seyedoshohadaee, Kaghanizade, Nezami, Hamedani, & Barasteh, 2016).

در سطح بین‌المللی، وانگ و همکاران (۲۰۱۹) تأکید کردند که تعامل با رسانه‌های اجتماعی تأثیر مثبتی بر رفتار جستجوی اطلاعات سلامت دارد، و این رفتار به نوبه خود بر ارتقای سواد سلامت مؤثر است. (Wang, McKee, Torbica, & Stuckler, 2019) نیو و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مطالعه‌ای در چین، نشان دادند که استفاده از رسانه‌های اجتماعی و ارتقای خودکارآمدی اطلاعاتی، تأثیر مثبتی بر نیت افراد برای جستجوی اطلاعات سلامت دارد. (Niu, Willoughby, & Zhou, 2021) همچنین، جانسون و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که افراد با سواد رسانه‌ای بالاتر، توانایی بیشتری در تشخیص اطلاعات نادرست درباره واکسیناسیون در رسانه‌های دیجیتال دارند (Johnson et al., 2020).

مطالعات حوزه ارتباطات نیز یافته‌های مشابهی را گزارش کرده‌اند. برای مثال، پژوهش Levin-Zamir و Bertschi (2018) به بررسی نقش «سواد سلامت رسانه‌محور» پرداخت و نشان داد که توانایی تحلیل زمینه اجتماعی پیام‌های سلامت، عامل تعیین‌کننده‌ای در رفتارهای پیشگیرانه است (Basch Levin-Zamir & Bertschi, 2018). و همکاران (۲۰۲۰) Basch و همکاران (۲۰۲۰) در تحلیل محتوای ویدیوهای یوتیوب درباره کووید-۱۹ نشان دادند که نحوه قاب‌بندی (framing) پیام‌های سلامت، تأثیر مستقیم بر درک مخاطبان از خطر و نوع واکنش آن‌ها دارد؛ به‌ویژه پیام‌هایی که با تأکید بر پیشگیری و خطرهای ویروس ارائه شده بودند، واکنش‌های آگاهانه‌تری را برانگیختند. (Basch et al., 2020). مطالعات اخیر در ایران نیز نشان داده‌اند که میان سطح سواد رسانه‌ای و تمایل به دریافت واکسن کووید-۱۹ رابطه معناداری وجود دارد. برای مثال، بر روی ۳۸۹ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران نشان داده شد افرادی که سواد رسانه‌ای بالاتری دارند، قابلیت بیشتری در شناسایی

اطلاعات دقیق را دارا بوده و از تمایل به واکسیناسیون بیشتری برخوردار هستند-Nemati, Anaraki, Azimi, Abdolahi, & Gafari, 2021).

از منظر اقتصادی، مرور نظام‌مند ایکلر و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که مداخلات مبتنی بر آموزش سواد سلامت می‌تواند هزینه‌های درمانی مرتبط با بیماری‌های مزمن را به‌طور متوسط بین ۳ تا ۵ درصد کاهش دهد (Eichler, Wieser, & Brügger, 2009). در ایران نیز جهانگیری زرکانی و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند که سطح بالاتر سواد سلامت با کاهش هزینه‌های مراقبت‌های پیشگیرانه همراه است (Jahangiri Zarkani et al., 2021).

با مرور انتقادی ادبیات موجود در حوزه سلامت و رسانه در ایران، می‌توان دریافت که اگرچه اهمیت سواد سلامت و نقش رسانه‌ها در ارتقای آن به رسمیت شناخته شده، اما پژوهش‌های اندکی به طراحی مدل‌های تلفیقی و بومی‌شده در این زمینه پرداخته‌اند. اغلب مطالعات، رابطه‌ای ساده و همبسته میان سواد سلامت و سواد رسانه‌ای را بررسی کرده‌اند، بدون آنکه به ساختار مفهومی منسجم، مداخلات عملیاتی یا پیامدهای اقتصادی این تعامل در بستر نظام سلامت ایران توجهی داشته باشند.

بر این اساس، سه خلأ اساسی در ادبیات پژوهشی قابل شناسایی است:

نبود الگویی نظری-کاربردی که به‌طور نظام‌مند، نقش رسانه‌ها را در توانمندسازی سلامت محور تحلیل کرده و به کاهش هزینه‌های درمانی پیوند زند؛ فقدان مطالعاتی که با رویکردی میان‌رشته‌ای، ابعاد رسانه‌ای، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را به صورت تلفیقی بررسی کنند؛ کمبود پژوهش‌های میدانی که اثربخشی مداخلات رسانه‌ای سلامت‌محور را بر رفتار مخاطبان و هزینه‌های سلامت بسنجند.

پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف‌ها، رویکردی تحلیلی و تجربی را تلفیق کرده و با اتکا بر نظریه‌های چندگانه در حوزه ارتباطات سلامت، روان‌شناسی اجتماعی، و مدل‌های سواد سلامت، مدلی رسانه‌محور و مبتنی بر شواهد برای ارتقای سواد سلامت در ایران طراحی و اعتبارسنجی کرده است. تمایز این مطالعه در آن است که نه تنها به سطح شناختی و فردی سواد سلامت می‌پردازد، بلکه با در نظر گرفتن مؤلفه‌های ساختاری و فرهنگی، الگویی قابل‌پیاده‌سازی برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت ارائه می‌دهد؛ الگویی که بر بهبود دسترسی، تحلیل انتقادی، و ارزیابی اطلاعات سلامت در رسانه‌ها تمرکز داشته

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد ... (سعدالله شکری و دیگران) ۲۴۹

و هدف نهایی آن، ارتقای رفتارهای پیشگیرانه و کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم درمان است.

۳. روش‌شناسی پژوهش

۱.۳ نوع پژوهش و رویکرد کلی

این پژوهش از نوع کاربردی و دارای رویکرد ترکیبی (کیفی-کمی) است که با هدف طراحی و اعتبارسنجی یک الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی انجام شده است. پژوهش از نظر ماهیت توصیفی-تحلیلی و از منظر هدف، اکتشافی-تأییدی است. منطق به‌کارگیری رویکرد ترکیبی، بهره‌گیری از یافته‌های بخش کیفی برای طراحی مدل مفهومی و تدوین ابزار کمی و سپس اعتبارسنجی مدل در جامعه هدف بوده است. طرح پژوهش از نوع طراحی اکتشافی (Exploratory Sequential Design) بوده و در دو مرحله انجام شده است.

۲.۳ مرحله کیفی: طراحی مفهومی مدل

در گام نخست، با هدف شناسایی مؤلفه‌های مفهومی و عوامل کلیدی مؤثر بر ارتقای سواد سلامت از مسیر رسانه، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۷ نفر از متخصصان حوزه سلامت عمومی، ارتباطات سلامت و سیاست‌گذاری سلامت انجام شد. روش نمونه‌گیری در این مرحله هدفمند از نوع گلوله‌برفی بود و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

معیارهای ورود شامل حداقل مدرک کارشناسی‌ارشد، بیش از پنج سال سابقه در یکی از حوزه‌های سلامت، رسانه یا مدیریت سلامت و تجربه عملی یا پژوهشی مرتبط با موضوع بود. راهنمای مصاحبه شامل چهار محور کلیدی بود: نقش رسانه‌ها در ارتقای سواد سلامت؛ چالش‌های موجود در تولید و انتقال اطلاعات سلامت در رسانه‌ها؛ موانع فرهنگی، بیمه‌ای و اقتصادی ارتقای سواد سلامت از مسیر رسانه؛ و پیشنهادهایی برای مداخلات مؤثر رسانه‌ای.

مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه ضبط و پیاده‌سازی شدند. سپس، داده‌های متنی حاصل با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA و با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون سه‌مرحله‌ای استراوتوس و کوربین (1998) تحلیل شدند (Strauss & Corbin, 1990). مراحل تحلیل شامل:

کدگذاری باز (استخراج مفاهیم اولیه)
کدگذاری محوری (تشکیل مقوله‌های میانی از طریق یافتن ارتباط میان مفاهیم)،
و کدگذاری گزینشی (انتخاب هسته مرکزی و ساخت الگوی مفهومی) بود.

به‌منظور تقویت اعتبار و روایی مضامین استخراج‌شده، راهبردهای بازبینی مشارکت‌کنندگان (member check)، بازبینی همکاران (peer debriefing)، و مقایسه مستمر داده‌ها به‌کار گرفته شد. همچنین ضریب توافق بین کدگذاران ($\kappa=0.81$) محاسبه گردید و از سه‌سوسازی داده‌ها و منابع نظری برای تضمین دقت تحلیل استفاده شد.

۳.۳ مرحله کمی: آزمون مدل و اعتبارسنجی ابزار

بر مبنای یافته‌های مرحله کیفی، پرسشنامه‌ای ساختاریافته مشتمل بر ۷۷ گویه در قالب طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای طراحی شد که ده مؤلفه اصلی مدل مفهومی پژوهش را پوشش می‌داد. این پرسشنامه شامل دو بخش بود:

اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، بیمه، دفعات بیماری، میزان استفاده از رسانه‌ها)

مؤلفه‌های مدل سواد سلامت رسانه‌محور

روایی محتوایی پرسشنامه با نظر پنج تن از اساتید برجسته در حوزه سلامت و ارتباطات تأیید شد. برای سنجش پایایی درونی ابزار، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۹۵۷ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب ابزار است.

۴.۳ جامعه آماری، نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری بخش کمی پژوهش، افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و با درنظر گرفتن جامعه نامشخص، ۳۸۲ نفر تعیین شد.

روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. در مرحله نخست، از پنج منطقه جغرافیایی شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب)، پنج بیمارستان منتخب (دولتی و خصوصی) در هر منطقه انتخاب شد. در مرحله دوم، از میان بیماران مراجعه‌کننده در روزهای مختلف هفته، به‌صورت تصادفی نمونه‌گیری انجام شد.

معیارهای ورود: سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، و رضایت به مشارکت؛ معیارهای خروج: ابتلا به اختلال شناختی یا امتناع از تکمیل پرسشنامه.

۵.۳ روش تحلیل داده‌ها

در مرحله کیفی، داده‌ها با استفاده از تحلیل مضمون سیستماتیک تحلیل و مقوله‌بندی شدند. تحلیل با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام شد و یافته‌ها بر اساس سطوح سه‌گانه سواد سلامت (عملکردی، تعاملی، انتقادی) و مؤلفه‌های رسانه‌ای و ساختاری دسته‌بندی گردیدند. در مرحله کمی، داده‌ها ابتدا با استفاده از نرم‌افزار SPSS پیش‌پردازش و بررسی اولیه شدند. سپس، تحلیل ساختاری داده‌ها از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) در نرم‌افزار SmartPLS 3.3 انجام گرفت. شاخص‌های بررسی‌شده شامل موارد زیر بودند:

پایایی ترکیبی (CR) و آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی؛
روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا (Fornell-Larcker)؛
بارهای عاملی برای تأیید هم‌راستایی گویه‌ها با مؤلفه‌ها؛
شاخص برازش مدل ($GOF = 0.42$) که نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل پیشنهادی است.

۶.۳ ملاحظات اخلاقی

پیش از انجام مصاحبه‌ها و توزیع پرسشنامه، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت شد. همچنین محرمانگی اطلاعات، اختیار خروج از پژوهش در هر زمان، و حفظ حریم خصوصی افراد رعایت شد.

۷.۳ محدودیت‌های اجرایی گردآوری داده‌ها

فرآیند گردآوری داده‌ها با محدودیت‌هایی همراه بود که در تحلیل و تفسیر نتایج مورد توجه قرار گرفت. در بخش کیفی، به دلیل محدودیت زمانی و مکانی، بخشی از مصاحبه‌ها به صورت مجازی برگزار شد که ممکن است بر عمق تعامل مصاحبه تأثیر گذاشته باشد. در بخش کمی، در برخی از بیمارستان‌ها به ویژه مراکز خصوصی، همکاری با پژوهشگران به صورت کامل انجام نشد و درصدی از مراجعه‌کنندگان از تکمیل پرسشنامه امتناع ورزیدند. همچنین در مواردی، به دلیل پایین بودن سواد خواندن در برخی پاسخ‌دهندگان،

پرسشنامه با کمک پژوهشگر تکمیل شد که احتمال بروز خطای تفسیر را افزایش می‌دهد. این محدودیت‌ها در تفسیر نتایج مدنظر قرار گرفت و تلاش شد با نمونه‌گیری متنوع و کنترل خطای پاسخ‌دهی، اثر آن کاهش یابد.

۴. یافته‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش به‌روشنی نشان می‌دهد که رسانه‌ها، به‌ویژه رسانه‌های اجتماعی، نقشی محوری در ارتقای سواد سلامت و در نتیجه کاهش هزینه‌های درمانی ایفا می‌کنند.

۱.۴ در بخش کیفی مطالعه، تحلیل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با صاحب‌نظران سلامت، ارتباطات و سیاست‌گذاری، به استخراج ده مؤلفه کلیدی منجر شد که مبنای مدل مفهومی قرار گرفتند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: رسانه‌های اجتماعی، آگاهی و دانش بیماران، آموزش و شایستگی خبرنگاران سلامت، هزینه‌های خدمات درمانی، عوامل اقتصادی، مشارکت و ارزیابی بیماران، خدمات بیمه‌ای، کیفیت و تخصص پزشکان، ارتباط اینترنت‌محور و زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی.

جدول زیر از یافته‌های کیفی استخراج‌شده از تحلیل مصاحبه‌ها ارائه می‌شود که شامل «مقوله‌های اصلی»، «زیرمقوله‌ها (کدهای محوری)» و «نقل‌قول‌هایی از مشارکت‌کنندگان» است. (جدول ۲)

جدول ۱. یافته‌های کیفی از مصاحبه‌ها با خبرگان سلامت در حوزه سواد سلامت رسانه‌ای

مقوله اصلی (Factor)	زیرمقوله‌ها (کدهای محوری)	نقل‌قول‌ها از مصاحبه‌ها
رسانه‌های اجتماعی	استفاده گسترده، اعتماد عمومی، سرعت انتقال، قابلیت نفوذ پیام	رسانه‌های اجتماعی عملاً جای پزشک عمومی روگرفتن. مردم قبل از مراجعه به دکتر، تو اینستاگرام یا واتساپ دنبال جواب می‌گردن. اگه اطلاعات غلط باشه، فاجعه درست می‌شه (P2)
آگاهی و دانش بیماران	درک پیام‌های پزشکی، تشخیص نیازهای درمانی، قدرت تحلیل اطلاعات سلامت	بیشتر مراجعین ما نمیدانند فشارخون بالا چه خطری داره؛ آموزش رسانه‌ای اگر هدفمند و تصویری باشه، خیلی مؤثرتر هست (P5)
شایستگی خبرنگاران سلامت	سواد سلامت‌محور، فهم علمی اطلاعات پزشکی، انتقال دقیق و ساده به مخاطب	مشکل از اینجا شروع می‌شود که خبرنگار خبر سلامتی رو می‌نویسه، ولی نه زبان علمی بلد است، نه از عواقب اشتباهاتش باخبر می‌باشد (P1)
هزینه‌های خدمات درمانی	افزایش هزینه‌ها، اثرگذاری بر مراجعه، کاهش پیگیری درمانی	مردم به‌جای مراجعه به پزشک، به نسخه‌های اینترنتی پناه می‌برن چون درمان گرانتر است. نتیجه‌اش می‌شود پیشرفت بیماری و هزینه چند برابر بعدی (P4)

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد ... (سعدالله شکری و دیگران) ۲۵۳

مقوله اصلی (Factor)	زیرمقوله‌ها (کدهای محوری)	نقل قول‌ها از مصاحبه‌ها
عوامل اقتصادی	فقر رسانه‌ای، عدم تملک گوشی هوشمند، هزینه دسترسی به اینترنت	در مناطق کم‌برخوردار حتی پول اینترنت ندارند؛ چطور انتظار دارید آموزش سلامت از طریق فضای مجازی مؤثر باشد؟ (P6)
مشارکت و ارزیابی بیماران	نقش فعال در تصمیم‌گیری، دریافت و بازخورد اطلاعات، آگاهی انتقادی	وقتی مردم بلد نباشند بین تبلیغ دارویی و محتوای علمی فرق بدارن، نمی‌توانند درست تصمیم بگیرند؛ سواد رسانه‌ای اینجا حیاتی می‌شود (P3)
خدمات بیمه‌ای	پوشش ناقص، نبود شفافیت، ناآگاهی از مزایا	بیشتر بیماران حتی نمی‌دانند چه خدماتی تحت پوشش بیمه است. رسانه‌ها در این باره تقریباً هیچ کاری نکردند. (P7)
کیفیت و تخصص پزشکان	نحوه گفت‌وگو با بیمار، تسهیل فهم اطلاعات، اعتمادسازی	برخی پزشکان از واژه‌هایی استفاده می‌کنند که حتی برای ما نیز نامفهوم‌اند؛ بیمار چگونه می‌تواند آن‌ها را درک کند؟ (P2)
ارتباط اینترنت‌محور	زیرساخت‌های دیجیتال، سرعت و پهنای باند، استفاده از اپلیکیشن‌ها	درمان از راه دور و ویزیت آنلاین اگر اینترنت درست کار نکند، به‌جای حل مشکل، اعصاب خردکن می‌شود. این را باید رسانه‌ها بازتاب بدهند. (P4)
عوامل اجتماعی - فرهنگی	باورهای بومی، اعتماد سنتی، زبان و گویش محلی	در بعضی روستاها هنوز به نسخه مادر بزرگ بیشتر اعتماد دارن دتا متخصص بدون فهم زمینه فرهنگی، پیام رسانه‌ای بی‌اثر می‌ماند. (P5)

۲.۴ در بخش کمی، تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری (PLS-SEM) نشان داد که ده مؤلفه کلیدی این مدل شامل رسانه‌های اجتماعی ($\beta=0.211$)، عوامل اجتماعی-فرهنگی ($\beta=0.201$)، خدمات بیمه‌ای ($\beta=0.197$)، عوامل اقتصادی ($\beta=0.195$)، ارتباط اینترنت‌محور ($\beta=0.186$)، آگاهی و دانش بیماران ($\beta=0.181$)، هزینه‌های خدمات درمانی ($\beta=0.179$)، آموزش و شایستگی خبرنگاران سلامت ($\beta=0.162$)، کیفیت و تخصص پزشکان ($\beta=0.159$)، و مشارکت و ارزیابی بیماران ($\beta=0.112$) هستند. (جدول ۳)

به‌طوری‌که رسانه‌های اجتماعی ($\beta=0.211$) با ترویج خودمراقبتی و رفتارهای پیشگیرانه، موجب کاهش مراجعات غیرضروری و هزینه‌های درمانی می‌شوند. تأثیر قابل‌توجه رسانه‌های اجتماعی به دلیل پلتفرم‌هایی مانند اینستاگرام و تلگرام است که انتشار سریع اطلاعات سلامت در ایران را تسهیل می‌کنند. تحلیل محتوا نشان داد که پیام‌های سلامت پیشگیرانه در این پلتفرم‌ها، به‌ویژه از حساب‌های معتبر سلامت، تعامل بیشتری نسبت به محتوای درمانی‌محور دارند. باین‌حال، نبود نظارت کافی خطر اطلاعات نادرست را افزایش می‌دهد و نیاز به مدیریت محتوای معتبر را برجسته می‌کند. این نتیجه با یافته‌های پیشین در حوزه ارتباطات سلامت همسو است که بر نقش مؤثر و نفوذ بالای رسانه‌های تعاملی در تغییر رفتارهای سلامت‌محور تأکید کرده‌اند. همچنین، عوامل اجتماعی-فرهنگی ($\beta=0.201$) و

خدمات بیمه‌ای ($\beta=0.197$) نیز بیشترین تأثیر معنادار را بر سواد سلامت داشته‌اند. این یافته‌ها اهمیت پیوند رسانه و فرهنگ بومی در انتقال مؤثر اطلاعات سلامت و نقش سیاست‌های بیمه‌ای در تسهیل دسترسی به خدمات سلامت را برجسته می‌سازند.

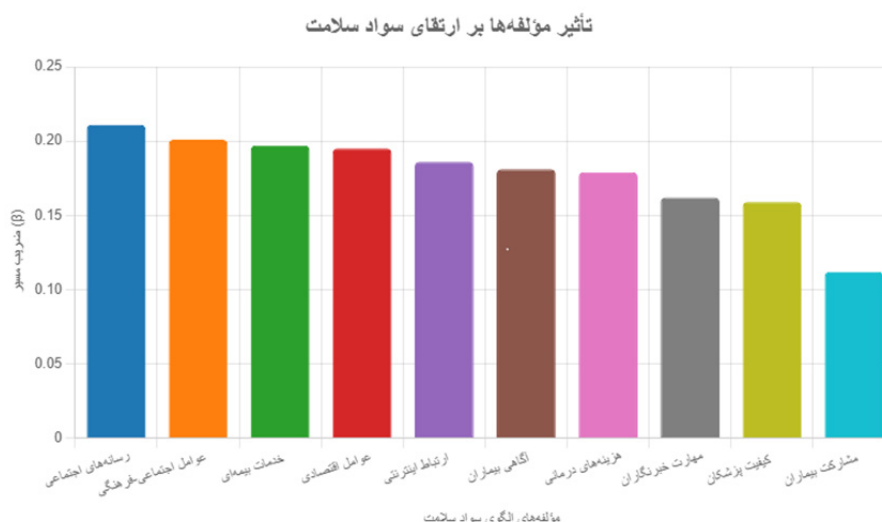
خدمات بیمه‌ای، به‌ویژه در نظام‌های سلامت در حال توسعه، از طریق بهبود دسترسی مالی به خدمات درمانی، کاهش اضطراب اقتصادی و افزایش انگیزه برای کسب اطلاعات سلامت، می‌تواند به ارتقای سواد سلامت کمک کنند. در واقع، افراد تحت پوشش بیمه مناسب، تمایل بیشتری برای مشارکت در مراقبت‌های پیشگیرانه و جست‌وجوی اطلاعات معتبر دارند، چرا که هزینه‌های مستقیم آن‌ها کاهش می‌یابد و احساس کنترل بر وضعیت سلامت خود را افزایش می‌دهند. این موضوع با یافته‌های (Sørensen et al. 2012) در مرور نظام‌مند خود درباره عوامل تعیین‌کننده سواد سلامت هم‌راستا است، که نشان می‌دهند حمایت‌های ساختاری نظیر بیمه درمانی می‌تواند نقش واسطه مهمی در افزایش توانایی افراد برای درک، تحلیل و استفاده از اطلاعات سلامت ایفا کنند. همچنین، Eichler et al. (2009) در مرور هزینه‌های ناشی از سواد سلامت پایین، نشان داده‌اند که دسترسی نابرابر به بیمه و مراقبت‌های اولیه، با سطح پایین‌تری از سواد سلامت و هزینه‌های بالاتر مرتبط است. (جدول ۲). شاخص برازش مدل ($GOF=0.42$) نشان‌دهنده تناسب خوب مدل است. شکل ۱ تأثیر نسبی مؤلفه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضرایب مسیر و آماره‌های t

مؤلفه	ضریب مسیر (β)	آماره t	p-value
رسانه‌های اجتماعی	۰.۲۱۱	۴.۵۲	<۰.۰۰۱
عوامل اجتماعی-فرهنگی	۰.۲۰۱	۴.۳۸	<۰.۰۰۱
خدمات بیمه‌ای	۰.۱۹۷	۴.۲۵	<۰.۰۰۱
عوامل اقتصادی	۰.۱۹۵	۴.۱۰	<۰.۰۰۱
ارتباط اینترنتی	۰.۱۸۶	۳.۹۵	<۰.۰۰۱
آگاهی بیماران	۰.۱۸۱	۳.۸۸	<۰.۰۰۱
هزینه‌های درمانی	۰.۱۷۹	۳.۷۵	<۰.۰۰۱
مهارت خبرنگاران	۰.۱۶۲	۳.۵۰	<۰.۰۰۱

مؤلفه	ضریب مسیر (β)	آماره t	p-value
کیفیت پزشکان	۰.۱۵۹	۳.۴۵	< ۰.۰۰۱
مشارکت بیماران	۰.۱۱۲	۲.۹۰	< ۰.۰۱

۳.۴ تحلیل ترکیبی داده‌ها نشان داد که تعامل میان نظام سلامت، رسانه‌ها، نظام آموزشی و بیمه، پیش‌نیاز شکل‌گیری کنشگری آگاهانه در میان مخاطبان سلامت است. این تعامل نه تنها توانمندسازی فردی را افزایش می‌دهد، بلکه بر کارآمدی نظام سلامت نیز اثرگذار است. همچنین، یافته‌ها نشان دادند که ارتقای سواد رسانه‌ای در مخاطبان، موجب تقویت توانایی آنان در شناسایی منابع معتبر، تفکیک اطلاعات صحیح از نادرست، و تصمیم‌گیری‌های عقلانی در مواجهه با پیام‌های سلامت می‌شود.



شکل ۱. تأثیر مؤلفه‌ها بر سواد سلامت

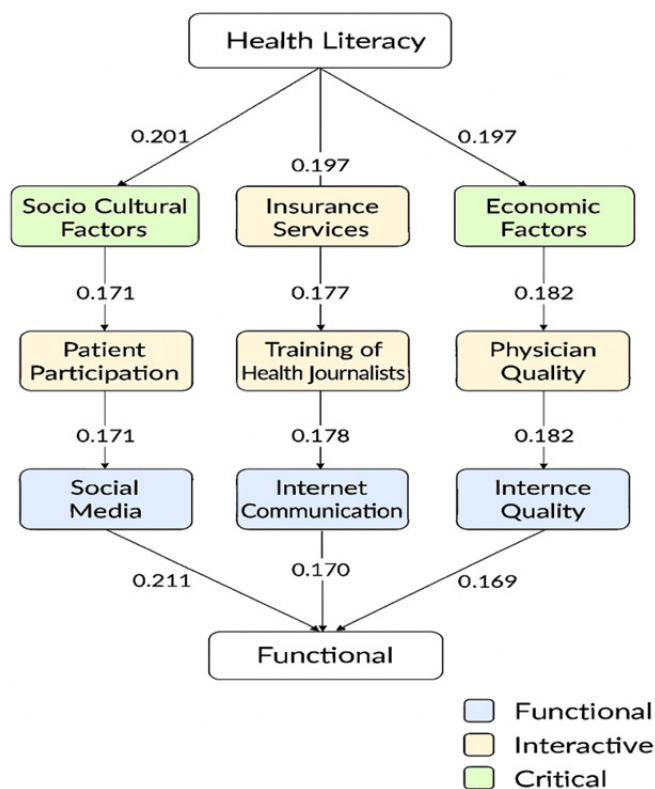
۴.۴ تحلیل جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان. بر اساس تحلیل داده‌های حاصل از ۳۸۲ بیمار در بیمارستان‌های تهران، مشخص شد که رسانه‌های اجتماعی ($\beta=0.211$) و عوامل اجتماعی-فرهنگی ($\beta=0.201$) بیشترین تأثیر را بر سواد سلامت دارند. در بررسی تفاوت‌های جمعیت‌شناختی، مشاهده شد که زنان (۴۷.۶ درصد از نمونه) نسبت به مردان، تأثیر بیشتری از رسانه‌های اجتماعی دریافت کرده‌اند ($\beta=0.215$) در مقابل ($\beta=0.190$). همچنین، افراد جوان‌تر

در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال (۵۶.۵ درصد) نسبت به افراد بالای ۵۰ سال، ارتباط قوی‌تری با محتوای رسانه‌ای داشتند ($\beta=0.230$) در مقابل ($\beta=0.170$) تحصیلات نیز عامل مؤثری بود؛ افراد دارای تحصیلات دانشگاهی (۵۶ درصد از کل) در مقایسه با افراد با تحصیلات پایین‌تر، واکنش قوی‌تری نسبت به محتوای رسانه‌ای نشان دادند ($\beta=0.225$) در مقابل ($\beta=0.195$). علاوه بر این، بیماران دارای بیماری‌های مزمن مانند دیابت، به خدمات بیمه‌ای و تأمین هزینه‌های درمانی وابستگی بیشتری داشتند ($\beta=0.205$) این یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌های جمعیت‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری و ارتقای سواد سلامت ایفا کنند.

۵.۴ الگوی رسانه‌محور. شکل ۲ الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد سلامت را در سه سطح نشان می‌دهد: کاربردی (دسترسی به اطلاعات از طریق رسانه‌های اجتماعی و اینترنت)، تعاملی (مشارکت بیماران و همکاری رسانه‌ها با نظام سلامت)، و انتقادی (تحلیل عوامل اجتماعی-فرهنگی و اقتصادی برای تصمیم‌گیری آگاهانه). پیکان‌ها روابط بین مؤلفه‌ها را نشان داده و ضرایب مسیر تأثیر نسبی آن‌ها را که از طریق تحلیل PLS-SEM تأیید شده، منعکس می‌کنند. با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون (کدگذاری باز، محوری و گزینشی)، ده مؤلفه کلیدی شناسایی و در سه سطح ساختاری سازمان‌دهی شده‌اند:

۱. سطح کاربردی: دسترسی به اطلاعات سلامت از طریق رسانه‌های اجتماعی ($\beta=0.211$)، ارتباط اینترنتی ($\beta=0.186$)، و آگاهی بیماران ($\beta=0.181$)
۲. سطح تعاملی: مشارکت بیماران ($\beta=0.112$) و همکاری بین رسانه‌ها و نظام سلامت از طریق مهارت خبرنگاران ($\beta=0.162$) و کیفیت پزشکان ($\beta=0.159$)
۳. سطح انتقادی: تحلیل عوامل اجتماعی-فرهنگی ($\beta=0.201$)، خدمات بیمه‌ای ($\beta=0.197$)، و عوامل اقتصادی ($\beta=0.195$) برای تصمیم‌گیری‌های سلامت‌محور.

این مدل از مفروضات نظریه یادگیری اجتماعی بندورا و مدل باور سلامت برای تبیین روابط بین عوامل و از الگوی سه‌سطحی نات‌بیم (عملکردی، تعاملی و انتقادی) برای دسته‌بندی سطوح سواد سلامت بهره گرفته است. چارچوب ارائه‌شده با نگاهی میان‌رشته‌ای، قابلیت انطباق با سیاست‌گذاری‌های بومی نظام سلامت ایران را دارد و می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی و رسانه‌ای در راستای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.



شکل ۲. الگوی مفهومی رسانه‌محور ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی در ایران

یافته‌های این پژوهش به روشنی نشان می‌دهد که رسانه‌ها، به‌ویژه رسانه‌های اجتماعی، نقشی محوری در ارتقای سواد سلامت و به تبع آن کاهش هزینه‌های درمانی ایفا می‌کنند. در بخش کیفی، تحلیل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با صاحب‌نظران سلامت، ارتباطات و سیاست‌گذاری منجر به شناسایی ده مؤلفه کلیدی شد که به صورت نظام‌مند مبنای طراحی مدل مفهومی پژوهش را شکل دادند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: رسانه‌های اجتماعی، آگاهی و دانش بیماران، آموزش و شایستگی خبرنگاران سلامت، هزینه‌های خدمات درمانی، عوامل اقتصادی، مشارکت و ارزیابی بیماران، خدمات بیمه‌ای، کیفیت و تخصص پزشکان، ارتباط اینترنت‌محور، و زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی.

در بخش کمی، تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری (PLS-SEM) نشان داد که رسانه‌های اجتماعی بیشترین تأثیر مستقیم را بر ارتقای سواد سلامت داشتند ($\beta=0.211$)، که

نشان‌دهنده ظرفیت بالای این رسانه‌ها در دسترس‌پذیری، بازنمایی تجربیات بیماران و تولید محتوای تعاملی است. این نتیجه با پژوهش‌های بین‌المللی مانند Zhang et al. (2021) هم‌راستا است که نشان داده‌اند رسانه‌های اجتماعی نقش واسطه مهمی در انتقال دانش سلامت و تسهیل تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در بیماران دارند. همچنین، عوامل اجتماعی-فرهنگی ($\beta=0.201$) و خدمات بیمه‌ای ($\beta=0.197$) نیز به‌طور معنادار بر سواد سلامت تأثیر گذاشتند، که مؤید آن است که ارتقای سواد سلامت نیازمند مداخلاتی فراتر از آموزش فردی، و درگیر با بافت فرهنگی، اقتصادی و سیاستی جامعه است.

یافته‌های کیفی نیز نشان دادند که کاربران رسانه، در مواجهه با پیام‌های سلامت، به میزانی از سواد رسانه‌ای و تفکر انتقادی نیاز دارند تا بتوانند اطلاعات معتبر را از منابع نادرست تفکیک کنند. این فرایند با ابعاد «تعامل، ارزیابی و تصمیم‌گیری» در سطح سواد سلامت تعاملی و انتقادی در مدل نات‌بیم هم‌راستا است. همچنین در پرتو نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، مشخص شد که بازنمایی الگوهای رفتاری مطلوب در رسانه، به افزایش خودکارآمدی و در نتیجه بهبود رفتارهای سلامت‌محور منجر می‌شود. مشارکت فعال مخاطبان در تصمیم‌گیری‌های درمانی، که یکی از خروجی‌های کلیدی یافته‌ها بود، نیز با نظریه باور سلامت (در قالب افزایش ادراک منافع و کاهش موانع رفتاری) قابل تبیین است. تحلیل ترکیبی داده‌ها حاکی از آن است که تعامل نظام‌مند میان حوزه سلامت، رسانه، آموزش و بیمه، پیش‌شرط شکل‌گیری کنشگری آگاهانه در مخاطبان سلامت است. این کنشگری، نه تنها موجب توانمندسازی فردی در سطح تشخیص و انتخاب اطلاعات سلامت می‌شود، بلکه کارآمدی نظام سلامت را نیز از طریق کاهش مراجعات غیرضروری، استفاده منطقی از خدمات درمانی، و مدیریت بهتر منابع ارتقا می‌بخشد.

مدل مفهومی پژوهش با تبیین شبکه‌ای از متغیرهای فردی، ساختاری و رسانه‌ای، الگویی جامع و بومی را ارائه می‌دهد که قابلیت پیاده‌سازی در نظام سلامت ایران را داراست. این مدل بر ضرورت طراحی مداخلاتی میان‌رشته‌ای تأکید دارد که در آن نقش رسانه به‌عنوان ابزار صرف اطلاع‌رسانی بازتعریف شده و به‌عنوان «کنشگر سلامت عمومی» مطرح می‌شود.

از منظر سیاست‌گذاری ارتباطات سلامت، یافته‌های پژوهش بر طراحی راهبردهایی تأکید دارد که شامل موارد زیر است:

آموزش خبرنگاران سلامت با تأکید بر سواد سلامت و سواد رسانه‌ای؛

توسعه پلتفرم‌های رسمی و قابل اعتماد سلامت در بستر دیجیتال؛
ارتقای ظرفیت تحلیل مخاطبان از طریق آموزش عمومی سواد رسانه‌ای سلامت‌محور؛
تنظیم سیاست‌های حمایتی بیمه‌ای برای افزایش دسترسی عادلانه به اطلاعات و
خدمات سلامت.

در این چارچوب، رسانه‌های دیجیتال، به‌ویژه شبکه‌های اجتماعی، نه به‌عنوان ابزارهای
جانبی بلکه به‌عنوان عنصر مرکزی در سیاست‌گذاری سلامت عمومی شناخته می‌شوند.
ارتقای سواد سلامت از مسیر رسانه، نه تنها ابزاری برای کاهش هزینه‌های درمانی، بلکه
راهبردی برای بازسازی رابطه بیمار-نظام سلامت در عصر اطلاعات است.

یافته‌های این پژوهش بر ضرورت اولویت‌بندی محتوای سلامت مبتنی بر شواهد و
همکاری متخصصان رسانه با کارشناسان سلامت برای مقابله با اطلاعات نادرست تأکید
دارد. برنامه‌های آموزشی برای روزنامه‌نگاران باید بر اصول سواد سلامت و گزارشگری
اخلاقی تمرکز کنند تا اعتبار پیام‌های سلامت افزایش یابد. همچنین، رسانه‌ها باید از
تکنیک‌های قاب‌بندی برای تأکید بر رفتارهای پیشگیرانه سلامت استفاده کنند و با نظریه
برجسته‌سازی، موضوعات سلامت عمومی را در اولویت قرار دهند.

۵. محدودیت‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است که در تفسیر نتایج باید مدنظر قرار گیرند:

۱. نبود داده‌های آماری گسترده: فقدان پایگاه داده‌های ملی درباره سواد رسانه‌ای
سلامت در ایران، تحلیل مقایسه‌ای با سایر مناطق را محدود کرد. این امر ممکن
است دقت تعمیم یافته‌ها را کاهش دهد.

۲. موانع فرهنگی و اجتماعی: پذیرش مفاهیم سواد رسانه‌ای سلامت‌محور در برخی
گروه‌ها (مانند سالمندان) به دلیل باورهای سنتی پایین بود، که می‌تواند بر اثربخشی
مداخلات رسانه‌ای تأثیر بگذارد.

۳. محدودیت‌های میدانی: انجام برخی مصاحبه‌ها به‌صورت مجازی ممکن است عمق
تعامل را کاهش داده باشد. همچنین، تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگر برای برخی
پاسخ‌دهندگان با سواد پایین ممکن است به خطای تفسیر منجر شده باشد. برای
کاهش این اثر، پرسشنامه‌ها با نظارت دقیق تکمیل شدند.

۴. عدم پوشش مناطق کم‌برخوردار: تمرکز پژوهش بر تهران، تعمیم یافته‌ها به مناطق روستایی را محدود می‌کند، جایی که زیرساخت‌های دیجیتال ضعیف‌تر است. برای رفع این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی پایگاه داده‌های ملی سواد رسانه‌ای ایجاد کنند، مداخلات فرهنگی هدفمند طراحی شوند، و مناطق کم‌برخوردار در نمونه‌گیری گنجانده شوند.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش یک الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی در ایران ارائه می‌دهد که رسانه‌های اجتماعی، عوامل اجتماعی-فرهنگی و خدمات بیمه‌ای از عوامل کلیدی آن هستند. این مدل با ادغام رسانه‌ها و نظام سلامت، رفتارهای سلامت آگاهانه و مداخلات مقرون‌به‌صرفه را ترویج می‌دهد و چارچوبی مقیاس‌پذیر برای سیاست‌گذاران و فعالان رسانه‌ای ارائه می‌کند.

یافته‌های این پژوهش، بر پایه تلفیق مدل سه‌سطحی سواد سلامت نات‌بیم (Nutbeam, 2000)، مدل باور سلامت و تحلیل نظریه‌های ارتباطی نظریه برجسته‌سازی، نظریه قاب‌بندی و یادگیری اجتماعی بندورا نشان می‌دهد که سواد رسانه‌ای به‌ویژه در سطح انتقادی، به‌عنوان یک عامل واسطه، نقش بنیادی در تقویت توانمندی شهروندان برای غربالگری، ارزیابی و بهره‌برداری آگاهانه از اطلاعات سلامت ایفا می‌کند. برخورداری از سواد رسانه‌ای بالا نه تنها موجب افزایش قدرت تشخیص اطلاعات علمی و معتبر از منابع گمراه‌کننده می‌شود، بلکه از منظر نظری به ارتقای سرمایه شناختی شهروندان در مواجهه با بحران‌های سلامت نیز منجر می‌شود. این یافته با رویکردهای نوین سلامت‌محور که بر توانمندسازی مردم در نظام‌های سلامت مشارکتی تأکید دارند، همسو است. یافته‌های برخی مطالعات نیز نشان می‌دهد که افرادی با سطح بالاتر سواد رسانه‌ای، توانایی بیشتری در تحلیل پیام‌های سلامت و اتخاذ تصمیمات آگاهانه‌تر دارند (Johnson et al., 2020). و آموزش سواد رسانه‌ای می‌تواند از طریق تقویت درک خطر، افزایش باور به اثربخشی اقدامات پیشگیرانه و کاهش موانع رفتاری، به ارتقای سواد سلامت کمک کند (Swire-Thompson & Lazer, 2020).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تقویت سطح عملکردی، تعاملی و انتقادی سواد سلامت در گرو نقش‌آفرینی فعال رسانه‌هاست؛ این الگو با مطالعات بین‌المللی همخوانی

دارد. به‌عنوان نمونه، پژوهش‌های انجام‌شده در کانادا و استرالیا، (Chinn, 2011; Sørensen et al., 2012) نیز تأکید دارند که تنها مهارت خواندن یا فهم اطلاعات سلامت کافی نیست، بلکه توانایی نقد، تحلیل و تعامل با سیستم‌های سلامت، در گرو مواجهه‌ی سازنده با رسانه‌هاست. همچنین، یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌هایی در فنلاند و آلمان هم‌راستا است که نشان می‌دهند طراحی مداخلات رسانه‌ای هدفمند می‌تواند سطح دسترسی، تحلیل انتقادی، و رفتارهای سلامت‌محور را بهبود بخشد (Levin-Zamir & Bertschi, 2018; Nutbeam, 2008). در این راستا، تأثیر مؤلفه‌هایی همچون «مهارت خبرنگاران سلامت»، «کیفیت اینترنت» و «همکاری نظام سلامت با رسانه‌ها» در پژوهش حاضر، نه صرفاً به‌عنوان متغیرهای محیطی، بلکه به‌عنوان تسهیل‌گرهای بین‌سطحی تحلیل شده‌اند؛ که این نکته، سهمی نظری در توسعه چارچوب‌های موجود در ادبیات دارد.

مطالعه حاضر با بهره‌گیری از روش‌شناسی کیفی و اسنادی و ترکیب داده‌های آماری و مصاحبه‌های تخصصی، بر ضرورت سیاست‌گذاری یکپارچه برای ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت تأکید دارد. آموزش سواد رسانه‌ای سلامت‌محور در سطوح عمومی، رسمی و غیررسمی، به‌ویژه برای گروه‌های در معرض آسیب مانند سالمندان، زنان و نوجوانان، باید به‌گونه‌ای طراحی شود که مهارت‌های تحلیل انتقادی، تشخیص منابع موثق، و تاب‌آوری در برابر اطلاعات نادرست را در مخاطبان تقویت کند. در این راستا، رسانه‌های عمومی، محلی و دیجیتال نقش کانونی دارند. همچنین، تدوین دستورالعمل‌های رسانه‌ای سلامت‌محور، تربیت خبرنگاران تخصصی حوزه سلامت، و راه‌اندازی سامانه‌های اعتبارسنجی محتوا از اقدامات ضروری در مسیر ارتقای کیفیت ارتباطات سلامت است.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت‌محور منجر به کاهش مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی، بهبود تبعیت دارویی، افزایش پذیرش راهبردهای پیشگیرانه، و در نهایت کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم درمانی می‌شود. این نتایج با مطالعات بین‌المللی که تأثیر آموزش‌های رسانه‌ای بر بهبود رفتارهای سلامت و کاهش بار مالی نظام درمان را نشان داده‌اند، همخوانی دارد (Eichler et al., 2009; Vanderpool, 2020). در ایران، با توجه به پایین بودن سطح سواد رسانه‌ای در بسیاری از گروه‌های اجتماعی (محمدی و نصرالهی، ۱۴۰۰)، تقویت تعامل راهبردی میان رسانه‌ها و نهادهای سلامت، گامی اساسی برای ارتقای سلامت عمومی و بهره‌وری نظام سلامت تلقی می‌شود.

تحلیل جمعیت‌شناختی یافته‌ها نیز نشان داد که اثرگذاری رسانه‌های اجتماعی و عوامل اجتماعی-فرهنگی بر سواد سلامت در بین زنان، جوان‌ترها و افراد تحصیل کرده، به‌مراتب بیشتر از دیگر گروه‌ها بوده است. به‌ویژه در میان گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، رسانه‌های اجتماعی به‌عنوان منبع اصلی اطلاعات سلامت عمل کرده‌اند. همچنین، افراد دارای بیماری‌های مزمن، به خدمات بیمه‌ای و کیفیت ارائه خدمات درمانی توجه بیشتری نشان دادند. این نتایج بر اهمیت طراحی مداخلات رسانه‌ای متناسب با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تأکید دارد. به‌ویژه برای کاهش نابرابری‌های سواد سلامت، باید محتوای رسانه‌ای ساده‌سازی شده و هدفمند برای افراد مسن‌تر و کم‌سوادتر تهیه شود. این مداخلات می‌توانند نه‌تنها موجب ارتقای سواد سلامت شوند، بلکه با بهبود رفتارهای سلامت‌محور، هزینه‌های درمانی را نیز کاهش دهند.

یافته‌های این پژوهش، اگرچه در زمینه تهران انجام شده‌اند، قابلیت تعمیم به سایر مناطق شهری ایران با ویژگی‌های مشابه (مانند مشهد و اصفهان) را دارند، به‌ویژه به‌دلیل نفوذ بالای رسانه‌های اجتماعی در این مناطق. با این حال، تعمیم به مناطق روستایی یا کم‌برخوردار نیازمند بررسی زیرساخت‌های دیجیتال و سطح سواد رسانه‌ای است، زیرا داده‌های پژوهش نشان‌دهنده شکاف دیجیتال قابل توجهی در این مناطق است (محمدی و نصرالهی، ۱۴۰۰). در سطح بین‌المللی، مدل پیشنهادی می‌تواند برای کشورهای در حال توسعه با چالش‌های مشابه (مانند نابرابری دیجیتال و اطلاعات نادرست سلامت) کاربرد داشته باشد، مشروط به تطبیق با زمینه‌های فرهنگی و سیاستی محلی.

در مجموع، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طراحی و پیاده‌سازی الگویی بومی، چندلایه و هماهنگ با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی ایران برای ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت، ضرورتی راهبردی است. این الگو باید بر سه محور اصلی استوار باشد: آموزش عمومی و هدفمند، سیاست‌گذاری رسانه‌ای هوشمند، و همکاری بین‌بخشی میان نظام سلامت، نظام آموزشی، و نهادهای رسانه‌ای. تحقق چنین الگویی می‌تواند ضمن افزایش سطح اعتماد عمومی به اطلاعات علمی، به بهبود رفتارهای سلامت‌محور و کاهش هزینه‌های درمانی منجر شود و زمینه‌ساز تحقق عدالت سلامت در سطح ملی گردد.

۱.۶ چالش‌های موجود در سطح سواد رسانه‌ای و سلامت

یافته‌ها نشان دادند که سطح سواد رسانه‌ای و سلامت در ایران دارای شکاف‌های قابل توجهی در میان طبقات اجتماعی و مناطق مختلف کشور است. بر اساس آمار، سطح سواد رسانه‌ای در مناطق شهری بزرگ ۲۲.۹٪، در مناطق حومه‌ای شهرها ۱۸٪، و در مناطق روستایی ۱۷.۹٪ است (محمدی و نصرالهی، ۱۴۰۰) (این مسئله موجب شده است که افراد در مناطق کم‌برخوردار بیشتر در معرض اطلاعات نادرست سلامت قرار گیرند و توانایی کمتری در ارزیابی و استفاده از اطلاعات معتبر داشته باشند).

از سوی دیگر، تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که سطح سواد سلامت در میان سالمندان و میانسالان ایران پایین‌تر از استانداردهای بسیاری از کشورهای در حال توسعه است (Haghdoust et al., 2019). پژوهش‌های مرتبط نیز بیان می‌کنند که افراد دارای سواد سلامت پایین، کمتر قادر به درک توصیه‌های پزشکی هستند و نرخ پایبندی به دستورالعمل‌های درمانی در این گروه پایین‌تر است (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012). این عوامل، به‌طور غیرمستقیم باعث افزایش هزینه‌های درمانی فردی و بار اقتصادی بر نظام سلامت شده‌اند.

۲.۶ الگوی بومی ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت

با توجه به یافته‌های پژوهش و چالش‌های موجود، ضرورت طراحی یک مدل بومی ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت احساس می‌شود. در این زمینه، مطالعات تطبیقی نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزشی رسانه‌ای سلامت‌محور، تأثیر قابل توجهی بر کاهش رفتارهای پرخطر سلامت و افزایش اعتماد عمومی به اطلاعات پزشکی دارند (Johnson et al., 2020). مدل پیشنهادی این پژوهش شامل سه رویکرد کلیدی است:

۱. ادغام آموزش سواد رسانه‌ای سلامت در مدارس و دانشگاه‌ها، با تمرکز بر مهارت‌های غربالگری اطلاعات، تشخیص منابع معتبر، و تحلیل انتقادی اطلاعات پزشکی.

۲. تقویت سیاست‌های نظارتی و تنظیم مقررات در رسانه‌های دیجیتال و اجتماعی، برای کاهش انتشار اطلاعات نادرست و تقویت نقش رسانه‌ها در ارتقای سلامت عمومی.

۳. همکاری میان رسانه‌ها و نظام سلامت، به منظور تولید و انتشار اطلاعات معتبر، علمی و مبتنی بر شواهد در قالب‌های متنوع رسانه‌ای.

این پژوهش نشان داد که ارتقای سواد رسانه‌ای نه تنها بر بهبود سواد سلامت تأثیرگذار است، بلکه می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی افراد شود. یافته‌ها تأکید دارند که ایجاد سیاست‌های رسانه‌ای سلامت‌محور، آموزش هم‌زمان سواد رسانه‌ای و سلامت، و مشارکت فعال رسانه‌ها در فرآیند اطلاع‌رسانی علمی، ضرورتی انکارناپذیر است.

۳.۶ توصیه‌های سیاستی برای ارتقای سواد رسانه‌ای سلامت

- تدوین برنامه‌های آموزش سواد رسانه‌ای سلامت‌محور در مدارس و دانشگاه‌ها
- راه‌اندازی پلتفرم‌های دیجیتال اعتبارسنجی اطلاعات پزشکی
- توسعه دستورالعمل‌های خبری برای کاهش انتشار اطلاعات نادرست سلامت
- تقویت همکاری میان رسانه‌ها، وزارت بهداشت و سازمان‌های علمی
- طراحی کمپین‌های آموزشی رسانه‌ای سلامت‌محور

۴.۶ الگوی پیشنهادی رسانه‌ای برای ارتقای سواد سلامت

الگوی رسانه‌ای پیشنهادی برای ارتقای سواد سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی بر پنج محور اساسی بنا شده است که بر آموزش، تولید محتوا، سیاست‌گذاری رسانه‌ای و همکاری بین‌بخشی تأکید دارند.

۱.۴.۶ آموزش سواد رسانه‌ای سلامت‌محور در مدارس و دانشگاه‌ها

مطالعات نشان داده است که پایین بودن سطح سواد رسانه‌ای در میان دانش‌آموزان و دانشجویان موجب کاهش توانایی غربالگری اطلاعات سلامت و افزایش آسیب‌پذیری در برابر اطلاعات نادرست پزشکی می‌شود (Diviani, Van Den Putte, Giani, & van Weert, 2015; Kühn et al., 2022; Rosário, Raposo, Santos, Dias, & Pedro, 2024). بنابراین، لازم است آموزش سواد رسانه‌ای سلامت‌محور به عنوان یک مؤلفه آموزشی در نظام آموزشی کشور در نظر گرفته شود، که شامل موارد زیر است: تشخیص منابع معتبر پزشکی و علمی در فضای

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد ... (سعدالله شکری و دیگران) ۲۶۵

آنلاین و رسانه‌ها ارزیابی صحت اطلاعات سلامت و نحوه بررسی شواهد علمی شناخت تکنیک‌های اقناع رسانه‌ای در حوزه تبلیغات سلامت و شبه‌علم

۲.۴.۶ توسعه دوره‌های آموزشی عمومی سواد رسانه‌ای سلامت

یافته‌های پژوهشی در مناطق مرزی کشور نشان می‌دهد که سطح سواد رسانه‌ای در این مناطق، به ویژه در میان ساکنان روستایی و زنان، پایین‌تر از حد مطلوب بوده و نیازمند برنامه‌ریزی برای ارتقاء آن است (Abdorahmany & Shokri, 2021). از این رو، برگزاری دوره‌های آموزشی عمومی برای ارتقای توانایی افراد در تحلیل اطلاعات سلامت، به ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر (سالمندان، زنان، نوجوانان)، ضروری است. این دوره‌ها باید به صورت حضوری و آنلاین در دسترس عموم قرار گیرند به زبان ساده و قابل فهم برای افراد با سطح تحصیلات مختلف طراحی شوند شامل آموزش مهارت‌های عملی در بررسی اطلاعات پزشکی آنلاین باشند.

۳.۴.۶ تولید محتوای رسانه‌ای معتبر و مبتنی بر شواهد علمی

گسترش اطلاعات نادرست و شبه‌علم در فضای مجازی یکی از چالش‌های اصلی در کاهش سواد سلامت است (Johnson et al., 2020). بنابراین، تولید محتوای رسانه‌ای باید با اصول علمی و مبتنی بر شواهد پزشکی صورت گیرد و شامل موارد زیر باشد: ترجمه و انتشار اطلاعات علمی سلامت به زبان ساده ساخت برنامه‌های آموزشی چندرسانه‌ای درباره تشخیص اطلاعات معتبر ایجاد گرافیک‌های بصری، ویدیوهای کوتاه و اینفوگرافیک‌های علمی برای آموزش عمومی.

۴.۴.۶ استفاده از رسانه‌های اجتماعی برای اطلاع‌رسانی سلامت

با توجه به نفوذ بالای رسانه‌های اجتماعی در میان نسل جوان و گروه‌های مختلف اجتماعی، این پلتفرم‌ها باید به صورت مؤثر برای ارتقای سواد سلامت و مقابله با اطلاعات گمراه‌کننده به کار گرفته شوند. استراتژی‌های پیشنهادی عبارتند از: همکاری با متخصصان سلامت برای انتشار مطالب علمی در شبکه‌های اجتماعی راه‌اندازی کمپین‌های آگاهی‌رسانی برای مبارزه با شبه‌علم و اطلاعات نادرست پزشکی استفاده از اینفلوئنسرها و شخصیت‌های علمی برای انتشار محتوای معتبر سلامت

۵.۴.۶ همکاری میان رسانه‌ها و نظام سلامت برای تنظیم سیاست‌های اطلاعاتی

مطابق با یافته‌های پژوهش، عدم هماهنگی میان رسانه‌ها و نهادهای سلامت، منجر به انتشار اطلاعات پزشکی غیرمعتبر شده است. بنابراین، تدوین یک چارچوب سیاست‌گذاری مشترک میان رسانه‌ها و نظام سلامت، برای مدیریت اطلاعات سلامت در فضای مجازی ضروری است. محورهای همکاری پیشنهادی شامل: ایجاد تفاهم‌نامه‌های مشترک برای تولید محتوای معتبر پزشکی در رسانه‌ها، نظارت بر انتشار اطلاعات پزشکی در رسانه‌های عمومی و دیجیتال، برگزاری نشست‌های تخصصی برای تدوین سیاست‌های سواد رسانه‌ای سلامت محور

۶.۴.۶ راهبردهای اجرایی

یافته‌ها نشان می‌دهند که فقدان نظام ارتباطی منسجم میان نهادهای سلامت و رسانه‌ها، سلطه روایت‌های همراه‌کننده در فضای دیجیتال، ظرفیت‌های بلااستفاده رسانه‌های بومی و نابرابری دیجیتال از جمله موانع اصلی ارتقای سواد سلامت در ایران هستند. با توجه به این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران، ایجاد یک نظام ارتباطی منسجم میان نهادهای سلامت و رسانه‌ها، تدوین برنامه‌های آموزشی سواد رسانه‌ای برای گروه‌های آسیب‌پذیر، استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌های بومی و کاهش نابرابری دیجیتال را در اولویت قرار دهند. همچنین، می‌توان پیشنهاد کرد که الگوی بومی سواد سلامت با رویکرد رسانه‌ای تدوین شود. چرا که پژوهش مزبور نشان داد که ارتقای سواد رسانه‌ای می‌تواند به بهبود سواد سلامت، کاهش هزینه‌های درمانی و ارتقای کیفیت زندگی افراد منجر شود. یافته‌ها تأکید دارند که مداخله‌های آموزشی، تنظیم سیاست‌های رسانه‌ای و تولید محتوای علمی معتبر، برای ایجاد تغییرات پایدار در رفتارهای سلامت‌محور افراد ضروری هستند.

۷.۴.۶ اقدامات پیشنهادی برای سیاست‌گذاران و نهادهای سلامت

- تدوین برنامه‌های آموزش سواد رسانه‌ای سلامت‌محور در مدارس و دانشگاه‌ها
- راه‌اندازی سامانه‌های آنلاین اعتبارسنجی اطلاعات پزشکی
- تقویت نقش رسانه‌های عمومی در انتشار اطلاعات علمی پزشکی
- توسعه چارچوب‌های نظارتی برای کاهش انتشار اطلاعات نادرست سلامت

طراحی الگوی رسانه‌محور برای ارتقای سواد ... (سعدالله شکری و دیگران) ۲۶۷

برای ترجمه عملی یافته‌ها به سیاست‌های سلامت، لازم است فراتر از توصیه‌های کلی، اقدامات مشخص و سطح‌بندی‌شده برای سیاست‌گذاران و مجریان تعریف شود. جدول زیر، چارچوب پیشنهادی سیاستی این پژوهش را بر مبنای یافته‌های تجربی و مدل نهایی ارائه می‌کند:

جدول ۳. چارچوب اقدامات سیاستی
پیشنهادی برای ارتقای سواد سلامت رسانه‌محور و کاهش هزینه‌های درمانی

منبع پشتیبان پژوهشی	سطح اجرایی	مخاطب اجرا	اقدام پیشنهادی
یافته‌های کیفی و مدل مفهومی پژوهش حاضر	ملی	وزارت بهداشت، معاونت مطبوعاتی	آموزش خبرنگاران سلامت برای افزایش سواد رسانه‌ای
مؤلفه «اعتماد رسانه‌ای» در سطح انتقادی	ملی	سازمان نظام پزشکی، صداوسیما	راه‌اندازی سامانه ملی صحت‌سنجی اخبار سلامت
مؤلفه «Internet Quality» در سطح عملکردی	منطقه‌ای	وزارت ارتباطات	بهبود زیرساخت اینترنت در مناطق کم‌برخوردار
مؤلفه «Collaboration Media-Health»	محلی	دانشگاه‌های علوم پزشکی	تدوین پروتکل همکاری رسانه‌ها با مراکز سلامت شهری
یافته‌های تعاملی در سطح انتقادی و عملکردی	ملی/محلی	سازمان بیمه سلامت، شبکه‌های اجتماعی	اجرای کمپین‌های رسانه‌ای با تمرکز بر تحلیل پیام‌های پزشکی

در مجموع، پژوهش حاضر بر این نکته کلیدی تأکید دارد که سواد رسانه‌ای سلامت‌محور نه یک گزینه، بلکه ضرورتی راهبردی برای ارتقای عدالت سلامت، بهبود کیفیت زندگی، و افزایش بهره‌وری نظام درمان است. تحقق این هدف، نیازمند طراحی الگویی بومی، چندسطحی و جامع است که بر آموزش، تنظیم‌گری، مشارکت اجتماعی و سیاست‌گذاری رسانه‌ای مبتنی باشد.

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی با شناسه ۲۸۳۷۴۸۱۰۰۵۰۹۲۴۸۴۲۴۰۳۵۱۶۲۹۲۹۰۹۴ مصوب در سال ۱۴۰۳ می‌باشد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از کلیه افرادی که در فرآیند انجام این مطالعه همکاری داشته‌اند، به‌ویژه شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها و داوران علمی مقاله، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع: در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشتند.

کتابنامه

- اکبری نژاد، ف.، سلیمانی، م. ر. و شهرزادی، ل. (۱۳۹۶). رابطه سواد رسانه‌ای و سواد سلامت در میان زنان باردار در مراکز بهداشتی اصفهان. *مجله آموزش و ارتقای سلامت*، ۶(۱)، ۱۷.
- سیدالشهدایی، م.، کاغنی زاده، م.، نظامی، م.، حمیدانی، ب. و برآسته، س. (۱۳۹۵). رابطه سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دیابت و اختلالات چربی ایران*، ۱۵(۵)، ۳۱۹-۳۱۲.
- جهانگیری زارکانی، ر.، هاشمی، س.، و گرانمایه پور، ع. (۲۰۲۱). بررسی رابطه سواد رسانه‌ای و سواد سلامت جسمانی شهروندان بندرعباس. *مجله مطالعات فرهنگ و ارتباطات*، ۲۲(۵۵)، ۳۹-۶۲.
- حق دوست، ع. ا.، کراموزیان، م.، جمشیدی، ا.، شریفی، ح.، رخشانی، ف.، مشایخی، ن. و علی‌قول، م. (۲۰۱۹). سواد سلامت در بزرگسالان ایرانی: نتایج یک پیمایش جمعیتی سراسری در سال ۲۰۱۵. *مجله سلامت مدیترانه شرقی*، ۲۵(۱۱)، ۸۲۸-۸۳۶.
- دوشمنگیر، ل.، بازیار، م.، مجدزاده، ر. و، تاکیان، ا. (۱۳۹۸). آن‌چنان نزدیک، آن‌چنان دور: چهار دهه اصلاحات سیاست‌گذاری سلامت در ایران، دستاوردها و چالش‌ها. *آرشیو پزشکی ایران*، ۲۲(۱۰)، ۵۹۲-۶۰۵.
- عبدالرحمانی، ر. و شکری، م. (۱۴۰۰). سنجش وضعیت سواد رسانه‌ای مرز نشینان: مطالعه موردی شهروندان ایرانی مرزی استان آذربایجان غربی. *پژوهش در علوم اطلاعات و کتابخانه‌های عمومی*، ۲۷(۳)، ۴۹۳-۵۲۰.
- محمدی، ح. و نصراللهی، ع. (۲۰۲۱). راهبردهای شورای عالی فضای مجازی برای سیاست‌گذاری رسانه‌های ارتباطی نوین. *راهبرد فرهنگی*، ۱۰(۱)، ۱۲۷-۱۵۶.
- محمدی، ح. و نصراللهی، ا. (۱۴۰۰). راهبردهای شورای عالی فضای مجازی در سیاست‌گذاری رسانه‌های نوین ارتباطی. *راهبردهای اجتماعی فرهنگی*، ۱۰(۱)، ۱۲۷ [Socio-Cultural Strategy] 156-.
- نافچی، ر.، دانایی، م. و زرگر، س. (۲۰۲۰). تبیین ابعاد و مؤلفه‌های سواد سلامت رسانه‌ای با رویکرد انتقادی: یک مطالعه داده‌بنیاد. *پایش*، ۱۹(۲)، ۱۹۷ [Payesh Journal] 203-.
- نعمتی انارکی، ل.، عظیمی، ا.، عبدالهی، ل. و غفاری، س. (۲۰۲۱). رابطه سواد رسانه‌ای و واکسیناسیون COVID-19. *مجله پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۵، ۲۰۰.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall.
- Basch, C. H., Hillyer, G. C., Meleo-Erwin, Z. C., Jaime, C., Mohlman, J., & Basch, C. E. (2020). Preventive behaviors conveyed on YouTube to mitigate transmission of COVID-19: Cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18807. <https://doi.org/10.2196/18807>

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., ... & Harden, E. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, 199, 1–941.
- Diviani, N., Van Den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e112.
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 54, 313–324.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Towards clarification of a fractured paradigm. In McQuail's *Reader in Mass Communication Theory* (pp. 390–397).
- Johnson, N. F., Velásquez, N., Restrepo, N. J., Leahy, R., Gabriel, N., El Oud, S., ... & Lupu, Y. (2020). The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature*, 582(7811), 230–233.
- Kreps, G. L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*, 53(4), 344–359.
- Kühn, L., Bachert, P., Hildebrand, C., Kunkel, J., Reitermayer, J., Wäsche, H., & Woll, A. (2022). Health literacy among university students: A systematic review of cross-sectional studies. *Frontiers in Public Health*, 9, 680999.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1643.
- Niu, Z., Willoughby, J., & Zhou, R. (2021). Associations of health literacy, social media use, and self-efficacy with health information-seeking intentions among social media users in China: Cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e19134.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Potter, W. J. (2022). Analysis of definitions of media literacy. *Journal of Media Literacy Education*, 14(2), 27–43.
- Rosário, J., Raposo, B., Santos, E., Dias, S., & Pedro, A. R. (2024). Efficacy of health literacy interventions aimed to improve health gains of higher education students—A systematic review. *BMC Public Health*, 24(1), 882.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127.
- Seale, B. (2016). Patients as partners: Building collaborative relationships among professionals, patients, carers and communities. *The King's Fund*.

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & European Health Literacy Project Consortium. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (Vol. 15). Sage.
- Swire-Thompson, B., & Lazer, D. (2020). Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. *Annual Review of Public Health*, 41, 433–451.
- Vanderpool, R. C., Gaysynsky, A., & Sylvia Chou, W. Y. (2020). Using a global pandemic as a teachable moment to promote vaccine literacy and build resilience to misinformation. *American Journal of Public Health*, 110(S3), S284–S285. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305906>
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, 240, 112552.