Theory-Building And Innovation Driven Discussion Panels In Humanities

Social Health Literacy and Strategies for Its Enhancement (A Case Study in the City of Kermanshah

Siavash Gholipour [1*]

1. Corresponding Author, Associated ssistant Professor of Sociology, Faculty of Social Science, Razi University, Kermanshah, Iran.
Email: sgholipoor@razi.ac.ir

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received:
05/09/2024
Received in revised form:
31/01/2024
Accepted:
08/02/2024

Keywords:
Kermanshah,
communication literacy,
media,
Social healthliteracy.

ABSTRACT

The present study aimed to examine the status of social health literacy and strategies to enhance it. The research employed a survey method, targeting residents of Kermanshah aged over 15 years in 2022 (1401). The sample size, calculated using Cochran's formula with a 0.05 margin of error, was 384 individuals. Multistage cluster sampling was utilized. Data were analyzed using SPSS version 18. Descriptive statistics were applied to summarize the data, while the chi-square test, t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and linear regression were conducted to explore relationships between variables. The descriptive results showed that 2.8% of respondents had very low social health literacy, 54.6% had moderate social health literacy, and 1.8% had very high social health literacy. Additionally, 8.3% of respondents had very low communication literacy, 43.8% had moderate communication literacy, and 3.4% had very high communication literacy. A direct and significant relationship was found between communication literacy and access to social health information ($p < 0.01$). Among the media, television—at approximately 80%—remains one of the most important channels for disseminating information. Utilizing various media, especially social media, to convey social health information, encouraging the development of interpersonal communication skills, and fostering conversations about social health can help increase social health literacy. This approach warrants the attention of policymakers and officials.

Cite this article: Gholipour, S. (2025). Social Health Literacy and Strategies for Its Enhancement (A Case Study in the City of Kermanshah. *Theory- Building And Innovation Driven Discussion Panels In Humanities*, 2 (1), 255-276.

© The Author(s).

Publisher: Razi University

DOI: 10.22126/tbih.2026.14616.1057

Extended abstract

Introduction

Social health literacy is a key indicator of community health management, playing a crucial role in preventing social harms and enhancing quality of life. Improving individual and community health and progressing toward a "healthy city" is not solely the responsibility of the government; it requires the informed cooperation of citizens. Effective planning for such cooperation is impossible without a reliable understanding of citizens' health literacy. Previous studies in Iran have predominantly reported inadequate health literacy and have linked it to health status and the utilization of health services. The neighborhoods of Kermanshah are heterogeneous in terms of their sociocultural characteristics, and no previous study on "social health literacy" has been conducted. Therefore, the present study examined the status of social health literacy among the citizens of Kermanshah in 2022 and aimed to propose strategies for its improvement. The study also considered the roles of communication literacy, media consumption patterns, and demographic characteristics.

Method

This study employed a survey design. The study population comprised residents of Kermanshah aged 15 years and older in 2022, estimated at approximately 965,000 individuals based on the Statistical Centre of Iran's 2017 (1396) report. The sample size was calculated as 384 using Cochran's formula with a margin of error of 0.05. Multistage cluster sampling was applied: 38 blocks were randomly selected from 8,000 urban blocks, and within each block, 10 questionnaires were distributed by visiting odd-numbered plots.

The primary instrument was a researcher-developed social health literacy questionnaire consisting of 38 items rated on a five-point Likert scale. Its face validity was confirmed by five university researchers and experts from the State Welfare Organization, and its reliability was evaluated using Cronbach's alpha. The alpha values for the components were as follows: access = 0.67, reading skills = 0.74, comprehension = 0.76, appraisal = 0.69, decision-making and application = 0.77, and the overall index = 0.73. Communication literacy was measured using 10 items on a six-point scale. The use of 14 media and information sources, along with the appropriateness of each, was assessed via a checklist. Data were analyzed using SPSS version 18 with descriptive statistics, chi-square tests, t-tests, one-way analysis of variance, correlation, and linear regression.

Findings

Of the 390 participants, 227 (58.2%) were men. The largest age group was 25–35 years (37.4%). Most participants were single (42.9%), held a high school diploma (33.7%), and had a monthly income of 4 to 6 million tomans (41.1%). In total, 57.5% had insurance and 42.5% were not covered by any insurance. The mean total social health literacy score was 60.32 out of 100. Overall, 2.8% had a very low level, 24.1% a low level, 54.6% a moderate level, 16.7% a

high level, and 1.8% a very high level. Among the components, the mean score for access to information was approximately 52, the lowest of all. Reading skills scored approximately 65, comprehension approximately 66, appraisal approximately 68, and decision-making and application of information approximately 66. In all components, most respondents were at the moderate level. For communication literacy, 8.3% had a very low level, 43.8% a moderate level, and 3.4% a very high level. There was a direct, statistically significant, but weak relationship between communication literacy and access to social health information ($p < 0.01$). The same relationship was observed for comprehension.

No significant relationship was found between communication literacy and reading skills, appraisal, decision-making, or the total score. In group comparisons, access was lower among older adults and adolescents but higher in the 35–45 age group. The middle class outperformed other groups in access, reading skills, and information application. Married individuals demonstrated higher reading skills, comprehension, and application, while participants of Persian ethnicity showed superior reading skills. Women and those with higher education exhibited better comprehension. Employed and literate individuals had a more positive appraisal of information, whereas rural-to-urban migrants tended to give a more negative appraisal. Regarding media consumption, the internet (82.2%), virtual social networks (81.2%), and television (79.5%) were the most widely used media. Family (83.5%) was the most important source of information, followed by educational workshops (74.9%) and friends and acquaintances (70.7%). Visits to health centers (42%) and interactive voice response (IVR) phone lines (43.7%) were used less frequently. In terms of perceived effectiveness, only about 6% considered radio very effective, while 29% said the same of television. Approximately 27% regarded the internet and social networks as very effective.

Conclusion

The social health literacy of citizens in Kermanshah is at a moderate to low level. The primary weakness lies in access to information, specifically the insufficient and poorly tailored content produced by responsible institutions and specialized media. The authors emphasize that increasing social health literacy is only one part of the solution to social harms such as addiction and divorce, and it should not be expected to eliminate these issues on its own. Technology and digital media should also be integrated into a comprehensive model for building healthier communities, but they should not replace fundamental factors such as poverty alleviation and improvements in urban infrastructure. Four strategies are proposed: focusing on the capacities of young people; expanding the use of media, especially social media; strengthening interpersonal communication skills and face-to-face dialogue about social health; and fostering critical skills for processing media content. The authors also state that content should be produced and tailored to suit different groups, and that each medium should be selected according to the target stage (awareness-raising, attitude change, or behavior change).

دوفصلنامه علمی کرسی‌های نظریه پردازی و نوآوری در علوم انسانی
شورای عالی انقلاب فرهنگی
دبیرخانه کرسی‌های نظریه پردازی، نقد و مناظره (ویژه علوم انسانی و معارف دینی)
دانشگاه رازی

سواد سلامت اجتماعی و راهکارهای افزایش آن (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه)

سیاوش قلی‌پور [1*]

۱. نویسنده مسئول، دانشیار، جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران .
رایانامه: sgholipoor@razi.ac.ir

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰

واژه‌های کلیدی:
سواد سلامت اجتماعی،
سواد ارتباطی،
رسانه،
کرمانشاه.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت اجتماعی و راهکارهای افزایش آن انجام شد. روش پژوهش پیمایش و جامعه آماری ساکنان بالای ۱۵ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ است. حجم نمونه ۳۸۴ نفر و روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss ۱۸ انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و برای بررسی ارتباط متغیرها از آزمون آماری کای دو و آزمون t و واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی استفاده شد. نتایج به دست آمده از آزمون توصیفی نشان داد که که ۲،۸ درصد سواد سلامت اجتماعی خیلی کم، ۵۴،۶ درصد از سواد سلامت اجتماعی متوسط و ۱،۸ درصد نیز سواد سلامت اجتماعی خیلی زیادی برخوردارند. همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه نشان داد که ۸،۳ درصد از پاسخگویان سواد ارتباطی خیلی کم، ۴۳،۸ درصد نیز دارای سواد ارتباطی متوسطی هستند و ۳،۴ درصد از افراد دارای سواد ارتباطی خیلی زیادی هستند. بین سواد ارتباطی و دسترسی به اطلاعات سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری به دست آمد که در ۰/۰۱ معنادار بود. از بین رسانه ها نیز تلویزیون با حدود ۸۰ درصد هنوز هم جزو رسانه‌هایی است که اهمیت زیادی برای اطلاع-رسانی دارند. استفاده از رسانه‌های مختلف به ویژه رسانه‌های اجتماعی برای رساندن اطلاعات سلامت اجتماعی و تشویق به افزایش مهارتهای ارتباط میان فردی و شکل دهی به گفتگوهای میان فردی در مورد اطلاعات حوزه سلامت اجتماعی می‌تواند در افزایش سواد سلامت اجتماعی راهگشا باشد و مورد توجه سیاستگذاران و مسولین قرار گیرد.

استناد: قلی‌پور، سیاوش (۱۴۰۴). سواد سلامت اجتماعی و راهکارهای افزایش آن (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه). *کرسی‌های نظریه‌پردازی و نوآوری در علوم انسانی*، ۲(۱)، ۲۵۵-۲۷۶.

ناشر: دانشگاه رازی

© نویسندگان.

DOI: 10.22126/tbih.2026.14616.1057

۱. مقدمه و بیان مسئله

وضع مردم هر کشور در حوزه مراقبت‌های اجتماعی و سلامت، وابسته به چند عامل تعیین‌کننده است؛این موضوع که اقدامات مربوط به حوزه سلامت اجتماعی، مانند انواع آسیب‌های اجتماعی و تنش‌های اجتماعی، بیش از هر نوع مداخله دیگری به افزایش طول عمر کمک می‌کند، در همه کشورهای دنیا به کرات مورد اذعان قرار گرفته است. این، موضوع تازه‌ای نیست، اما در میان انبوه پیشرفت‌های تکنولوژیکی آنچه به فراموشی سپرده شده است نقش و جایگاه خود مردم و سبک زندگی و کردارهای آنان در بهبود وضعیت سلامت فردی و اجتماعی جامعه است. بر همین مبنا درک وضعیت سلامت اجتماعی جامعه در سطح اجتماع‌ها و مداخله‌های مرتبط با آن به صورت مشارکت خود مردم در بهبود وضعیت سلامت اجتماعی در جامعه به ویژه برای ریشه‌کن کردن نابرابری‌ها در حوزه سلامت اجتماعی، امری ضروری است. ایجاد اجتماعی سالم‌تر و کارآمدتر، به مداخله‌های کلینیکی پیچیده وابسته نیست، بلکه به درک اجتماع و نیازهای آن متکی است.

برنامه‌های اجتماع محور و متکی به مشارکت شهروندان در بهبود وضعیت سلامت اجتماعی آنان به انحاء مختلفی مورد تاکید بوده است. برای مثال سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۸۶ برنامه ریزی برای پروژه شهر سالم را در دستور کار داشته است اما به طور رسمی «برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰ از برنامه‌ریزان شهری خواسته شد تا در تکمیل پروژه شهر سالم یاری رسانند» (ر.ک: نادری،۱۳۹۲ :۹۷). در این میان مساله سواد سلامت به طور عام و سواد سلامت اجتماعی به طور خاص به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های مدیریت سلامت اجتماع از اهمیت زیادی برخوردار است به طوری که «امروزه سواد سلامت ناکافی تهدیدی جدی برای سلامت فردی و اجتماعی و در کل تهدیدی جهانی معرفی شده است» (ر.ک: ناتبیم و همکاران، ۲۰۰۰: ۱۸۳-۴) و اگر چه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است (ر.ک:ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۵: ۳۸۶).

بحث سلامت، به طور عام و سواد سلامت اجتماعی به طور خاص، همواره جزو برنامه‌های توسعه در کشور ما مطرح بوده است. تحقق توسعه پایدار و همه جانبه هر جامعه‌ای تنها هدف و مسأله دولتهای توسعه‌گرا نیست، آنچه مهم است مدیریت این توسعه و تداوم تعادلی پویا بین خودگردانی دولت و اتکای آن به بخش ها و گروههای مردم جامعه است. از این رو توسعه همه جانبه کلانشهر کرمانشاه و

ارتقای آن به مرتبه شهرهای سالم جهانی در سایه تعامل مستمر و سازنده دولت و نهادهای مربوط به آن با شهروندان و مشارکت آنان میسر است. بنابراین ارتقای کیفیت زندگی و بهبود شاخص‌های سلامتی فردی و اجتماعی شهروندان کرمانشاهی به عنوان معیار و هدف شهر سالم، صرفاً مسئولیت و تکلیف دولت و سازمانهای دولتی نبوده، بلکه مستلزم همکاری شهروندان و آگاهی آنان از سواد سلامت می باشد. از آنجا که دولت نیز در تحقق توسعه همه جانبه و ارتقای کیفیت زندگی و بهبود سلامت عمومی نقش خطیری بر عهده دارد، برنامه‌ریزی برای اهداف فوق نیازمند آگاهی معتبر از وضعیت سواد سلامت شهروندان، به عنوان عاملی تأثیر گذار در نحوه و میزان استفاده از خدمات بهداشتی و وضعیت سلامتی، است. از آنجا که ظرفیت سواد سلامتی فرد می‌تواند تحت تأثیر آموزش از طریق نهادهای بهداشتی تعدیل و ارتقاء یابد (طهرانی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۶: ۲)، آگاهی دولت و سازمان‌های تأثیر گذار بر سواد و وضعیت سلامتی جامعه یک مسأله جدی برای برنامه‌ریزی‌های شهری است و برنامه‌ریزی جامع برای ترسیم یک شهر سالم و ارتقای کیفیت زندگی شهروندان تابع آگاهی دولت نسبت به وضعیت فعلی سواد سلامت شهروندان و عوامل مؤثر بر آن، برای رسیدن به وضع مطلوب است. پس پرسش اساسی این پژوهش، این است که سواد سلامت شهروندان کرمانشاهی بر اساس ابزار سنجش استاندارد در چه وضعیتی قرار دارد و چه عواملی بر سطح سواد سلامت آنان تأثیر گذار است؟

همچنین موضوع سواد سلامت، به طور عام، به وضوح در دورنمای نقشه‌ی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ نیز بیان شده است؛ «جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم انداز بیست ساله است. مردم در این جامعه از سواد سلامت و سطح مطلوبی از سرمایه اجتماعی برخوردار خواهند بود»(سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی). با توجه به اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت در کیفیت زندگی و ارتقای سلامت مردم در سطح شهر کرمانشاه، پژوهش حاضر به دنبال مطالعه ابعاد مختلف سواد سلامت و عوامل موثر بر آن می‌باشد. بدین ترتیب بررسی و شناخت سطح سواد سلامت شهروندان به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حوزه سلامت شهری کمک می‌کند، تا راهکارهای مناسب و مداخلات موثر به منظور یکسان‌سازی سطح سلامت در سطح مناطق و محلات شهر کرمانشاه طراحی و تدوین نمایند. بدون تردید سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی دستگاه‌های متولی فرهنگ به خصوص در حوزه الگوهای زندگی و رفتاری، زمانی می‌تواند از قابلیت اجرائی برخوردار باشد و عملکرد آن قابل ارزیابی است که این فرایند در برگیرنده شناخت وضعیت موجود در پرتو رویکردهای نظری علمی باشد. از این رو، انجام پژوهش حاضر

ضرورت دارد. با توجه به آنکه همه مناطق شهر کرمانشاه از نظر ویژگی‌های اجتماعی-فرهنگی یکدست نیستند، شناخت وضعیت موجود سواد سلامت اجتماعی با توجه به تفاوت این مناطق ضروری می نماید؛. چنانچه از منظر بحث آموزش شهروندی به موضوع نگریسته شود، آگاهی مدیران شهری از وضعیت سواد سلامت اجتماعی شهروندان کرمانشاهی می‌تواند تسهیلگر اقدامات آموزشی آنان در حوزه‌های سلامت فردی و اجتماعی باشد؛ لذا اهمیت موضوع از این نظر، ضرورت پژوهش را دو چندان می‌کند. از سوی دیگر، یافته‌ها و نتایج تحقیقات متعدد در ایران در باره وضعیت سواد سلامت شهروندان حاکی از آن است که غالب محققان وضعیت سواد سلامت را در حد ناکافی و غیر رضایت بخش ارزیابی و گزارش کرده‌اند (رئیسی و دیگران،۱۳۹۰؛ طهرانی بنی هاشمی و دیگران،۱۳۸۶؛ افشاری و دیگران،۱۳۹۳؛ نکویی مقدم و دیگران،۱۳۹۰) و پایین بودن سواد سلامت را با وضعیت سلامتی و میزان استفاده از خدمات بهداشتی مرتبط دانسته‌اند (نکویی مقدم و دیگران،۱۳۹۰؛ خسروی و دیگران، ۱۳۹۲)؛ لذا سنجش سواد سلامت شهروندان کرمانشاه و تبیین عوامل مؤثر بر آن به منظور ارائه راهکارهای پیشگیرانه از اینکه سواد سلامت، ممکن است به یک مسأله عمومی و اجتماعی بدل شود، یک ضرورت است. نظر به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت اجتماعی جامعه و اجرای راهکارهای افزایش آن در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

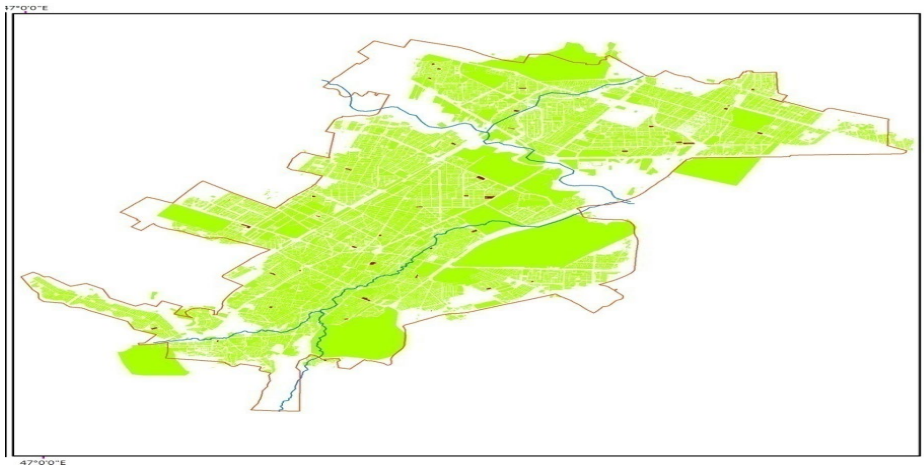
۲. روش اجرا

مطالعه حاضر از نوع مقطعی است؛ جامعه پژوهش؛ شامل ساکنین بالای ۱۵ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ بود که بر اساس گزارش مرکز آمار ایران (۱۳۹۶) تعداد افراد ۹۶۵۰۰۰ نفر گزارش شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و میزان خطای ۰/۰۵ و احتمال وقوع صفت ۰/۵ ، تعداد ۳۸۴ نفر بدست آمده است. برای نمونه پیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است. بدین شکل که از ۸۰۰۰ بلوک شهری، به شکل تصادفی ۳۸ بلوک انتخاب شده و در هر بلوک ۱۰ پرسشنامه با انتخاب پلاک‌های فرد از ابتدای هر بلوک توزیع شده است. در جدول شماره زیر محلاتی که بلوک‌های انتخاب شده در آنها قرار گرفته بودند آمده است. در برخی محلات ۲۰ پرسشنامه پر شده است به این خاطر بوده است که در مرحله انتخاب تصادفی بلوک‌ها دو بلوک از آن محله انتخاب شده بود. از ۱۰۰ محله شهری کرمانشاه تقریباً یک سوم محلات (۳۴) انتخاب شده‌اند و نقشه بلوک‌ها هم نشان از پراکندگی خوب بلوک‌های انتخابی دارد. پس از کسب مجوز از مراجع مربوطه و

هماهنگی انجام شده، پرسشگر آموزش دیده با مراجعه به درب منازل، پرسشنامه را در اختیار شرکت کنندگان قرار داد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اصول محرمانگی رعایت خواهد شد و از نتایج مطالعه در راستای اهداف پژوهش استفاده می‌شود. همچنین ،پرسش‌ها زمانی از شرکت کنندگان پرسیده شد که حوصله و زمان کافی برای پاسخگویی به سوالات داشتند و به آنها گفته شد هر زمان که تمایل به همکاری نداشته باشند می توانند از مطالعه خارج شوند.

جدول ۱. توزیع نمونه‌ها در محلات شهر کرمانشاه

محله	تعداد	محله	تعداد	محله	تعداد	محله	تعداد
مسکن	۲۰	آناهیتا	۲۰	الهیه	۱۱	بازرگانی	۱۰
ظفر	۱۰	چغامیرزا قدیم	۱۰	شهرک چغامیرزا	۱۰	مرکز شهر	۱۰
تنگه ظفر	۱۰	۱۷ شهریور	۱۰	باریکه	۱۰	وکیل آقا	۱۰
فرهنگیان	۱۰	مطاعی	۱۰	شاطرآباد	۱۱	تاجگذاری	۱۰
کارمندان	۱۰	گذرنامه	۱۰	سجادیه	۱۰	خیام	۱۰
شهرک پرواز	۱۰	جلیلی	۱۰	رسالت	۱۰	پردیس	۱۰
شهرک تعاون	۱۰	دولت آباد	۲۰	جعفرآباد	۱۱	کسری	۱۰
حکمت آباد	۱۰	دیزل آباد	۱۰	سیدجمال الدین	۱۱		
شهرک معلم	۱۰	دادگستری	۱۰	شریعتی	۱۰		



شکل ۱. نقشه بلوک‌های انتخاب شده شهر کرمانشاه برای نمونه‌گیری

افراد دارای اختلالات شناختی، دوقطبی، سایکوز و... با تشخیص پزشک و افراد مبتلا به بیماری سرطان از مطالعه خارج شدند. پس از ورود اطلاعات به نرم افزار و پاکسازی داده‌ها و حذف پرسشنامه های مخدوش، تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار spss ۱۸ صورت گرفت. برای آنالیز داده ها از شاخص های توصیفی و نیز برای بررسی ارتباط متغیرهای از آزمون آماری کای دو و آزمون t و واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی استفاده شد.

۲-۱. ابزار

پرسشنامه سواد سلامت اجتماعی: این پرسشنامه یک ابزار محقق ساخته با ۳۸ سوال با طیف لیکرت ۵ گزینه ای (خیلی کم-خیلی زیاد) است. برای بررسی اعتبار پژوهش حاضر از اعتبار صوری[1] استفاده کردیم. پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از محققان دانشگاهی و همچنین کارشناسان خبره و صاحب نظر سازمان بهزیستی قرار گرفت. شاخص‌ها و گویه‌ها از نظر مشاوران طرح مورد ارزیابی قرار گرفت و گویه‌های ناهمخوان حذف یا اصلاح شدند واعتبار آن مورد تائید قرار گرفت. برای سنجش پایایی گویه‌های ساخته شده، از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. همچنین برای تشخیص مناسب بودن گویه‌ها از ضریب همبستگی تصحیح شده هر سوال نسبت به کل سوالات استفاده شد و در مجموع سوالاتی که همبستگی معناداری را با مجموع سوالات داشتند، انتخاب و سایر سوالاتی که همبستگی معناداری نداشتند حذف شدند. همه شاخص‌های این تحقیق از میزان آلفای قابل قبولی برخوردار بوده و از این رو شاخص کل سواد سلامت اجتماعی از روایی قابل قبولی برخوردار است. آلفای کرونباخ خرده مقیاس های شاخص کلی سواد سلامت، به اینصورت گزارش شد. دسترسی۰/۶۷، مهارت خواندن۰/۷۴، فهم۰/۷۶، ارزیابی۰/۶۹، تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت اجتماعی۰/۷۷، سواد سلامت اجتماعی۰/۷۳.

برای بررسی عوامل موثر بر سواد اجتماعی، مدل ها و چارچوب های مفهومی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس این بررسی عوامل فردی مانند سواد ارتباطی، سواد رسانه ای، ویژگی های جمعیت شناختی و عوامل اجتماعی-محیطی به عنوان فاکتورهای مهم و قابل بررسی شناسایی شدند. برای دستیابی به نقش این عوامل، سواد رسانه ای و اطلاعات مربوط به موضوعات و مسایل اجتماعی (مثل طلاق، اعتیاد، خودکشی، کودک‌آزای و همسرآزاری و ...) با استفاده از چک لیست «رسانه مورد

1. face validity

استفاده» با بررسی «وضعیت استفاده و میزان مناسب بودن آن» ارزیابی شد. شاخص میزان سواد ارتباطی با استفاده از ۱۰ سوال با طیف لیکرت ۶ گزینه ای (اصلا تا خیلی زیاد) سنجیده شد. برای جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی و اجتماعی-محیطی نیز از چک لیست استفاده شد و اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان درآمد، پوشش بیمه ای، قومیت و ....از شرکت کنندگان در مطالعه پرسیده شد.

۳. یافته‌های پژوهش

نتایج به دست آمده از آزمون توصیفی، نشان داد که از بین ۳۹۰ شرکت کننده، ۲۲۷ نفر (۵۸.۲٪) مرد بودند و عمده شرکت کنندگان ساکن شهر کرمانشاه بودند(۶۷.۱٪). بیشترین فراوانی سن شرکت کنندگان ۲۵-۳۵ سال بود (۳۷.۴٪). بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه حاضر مجرد (۴۲.۹٪)، دارای تحصیلات دیپلم (۳۳.۷٪)، شاغل (۳۲.۵٪) و درآمد بین ۴ تا ۶ میلیون تومان (۴۱.۱٪) داشتند. بیش از نیمی از شرکت کنندگان از خدمات بیمه برخوردار بودند (۵۷.۵٪) و ۴۲.۵٪ نیز اظهار داشتند که تحت پوشش هیچگونه بیمه‌ای نیستند. بیشترین قومیت شرکت کننده در این مطالعه لک بودند (۵۱٪). با استفاده از آزمون های استنباطی وضعیت کلی سواد سلامت اجتماعی و مولفه های آن شامل (دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم گیری و اطلاعات سلامت اجتماعی) و رابطه ان با سواد ارتباطی در گروه های مختلف جامعه بررسی شد. در جدول ذیل در شاخص کلی سواد سلامت اجتماعی و مؤلفه های آن ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی شاخص های اطلاعات سلامت اجتماعی

شاخص	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
دسترسی	۲.۸	۱۸.۵	۵۶.۳	۱۹.۸	۲.۶
مهارت خواندن	۶.۴	۱۹.۲	۴۱.۳	۳۰	۳.۱
فهم	۲.۱	۱۷.۱	۵۴.۵	۲۲.۳	۳.۹
ارزیابی	۱.۳	۲۱	۵۰.۶	۱۷.۴	۹.۶
تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت اجتماعی	۴.۴	۲۰.۸	۵۵.۸	۱۷.۷	۱.۳
نمره کل سواد سلامت اجتماعی	۲.۸	۲۴.۱	۵۴.۶	۱۶.۷	۱.۸
میانگین از ۱۰۰	۶۰.۳۲				

نتایج مطالعه نشان می دهد که ۵۶.۳ درصد به میزان متوسطی به اطلاعات سلامت اجتماعی دسترسی داشته‌اند. و ۲.۶ درصد به میزان خیلی زیادی به اطلاعات مربوط به سواد سلامت دسترسی داشته‌اند. ۴۱.۳ درصد از شرکت کنندگان اظهار کرده‌اندکه به میزان متوسطی از مهارت خواندن بهره مند هستند. و ۳.۱ درصد به میزان خیلی زیادی مهارت خواندن اطلاعات مربوط به سواد سلامت را دارند. در خصوص شاخص فهم نتایج جدول نشان می دهد ۵۴.۵ درصد به میزان متوسطی این اطلاعات را درک می‌کنند. و فقط ۳.۹ درصد به میزان خیلی زیادی این اطلاعات را قابل درک می‌دانند. برای شاخص ارزیابی ۳ درصد از پاسخگویان مهارت خیلی کمی در ارزیابی اطلاعات داشتند، ۵۰.۶ درصد دارای مهارت متوسطی و ۹.۶ درصد دارای مهارت خیلی زیادی در ارزیابی بودند. بر اساس نتایج قابل مشاهده در جدول ۵۵.۸ درصد نیز به میزان متوسطی در مورد اطلاعات سلامت اجتماعی تصمیم‌گیری کرده و آن را به کار می‌برند و ۱.۳ درصد به میزان خیلی زیادی این اطلاعات را مورد استفاده قرار می‌دهند. در نهایت نتایج جدول حاکی از ان است که در ارزیابی نمره کل شاخص سواد سلامت اجتماعی، که ۲.۸ درصد سواد سلامت اجتماعی خیلی کم، ۵۴.۶ درصد از سواد سلامت اجتماعی متوسط و ۱.۸ درصد نیز سواد سلامت اجتماعی خیلی زیادی برخوردارند. از سوی دیگر ۱۶.۷ درصد سواد سلامت زیاد و ۱.۸ درصد نیز سواد سلامت اجتماعی خیلی زیادی دارند. به طور کلی نمره میانگین این شاخص، ۶۰.۳۲ گزارش شده است.

۳-۱. وضعیت شاخص سواد ارتباطی و رابطه آن با دسترسی افراد به اطلاعات سلامت

از آنجا که یکی از مؤلفه‌های تاثیرگذار بر سواد سلامت اجتماعی افراد و ابعاد آن بحث سواد ارتباطی است؛ سعی کرده‌ایم وضعیت سواد ارتباطی و رابطه این شاخص را با سواد سلامت اجتماعی و ابعاد آن اندازه‌گیری کنیم. برای بررسی وضعیت این شاخص از توزیع فراوانی استفاده شد. نتایج به دست آمده از مطالعه نشان نشان داد که ۸.۳ درصد از پاسخگویان سواد ارتباطی خیلی کم، ۴۳.۸ درصد نیز دارای سواد ارتباطی متوسطی هستند و ۳.۴ درصد از افراد دارای سواد ارتباطی خیلی زیادی هستند. برای بررسی رابطه بین نمره کل سواد سلامت اجتماعی و گویه های ان با سواد ارتباطی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج به دست آمده از مطالعه نشان داد بین نمره کل سواد سلامت اجتماعی و گویه های مهارت خواندن، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت اجتماعی با سواد ارتباطی رابطه وجو ندارد. اما بین دسترسی افراد به اطلاعات سلامت اجتماعی و فهم با سواد ارتباطی رابطه به دست آمد که نتایج مطالعه در جداول قابل مشاهده است.

جدول ۳. رابطه بین شاخص دسترسی افراد به اطلاعات سلامت اجتماعی و سواد ارتباطی

سواد ارتباطی / دسترسی افراد به اطلاعات سلامت	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
خیلی کم	۹.۱	۹.۱	۵۴.۵	۱۸.۲	۹.۱
کم	۲.۸	۲۹.۶	۵۴.۹	۹.۹	۲.۸
متوسط	۳.۷	۲۴.۹	۴۸.۴	۲۰.۷	۲.۳
زیاد	۲۳.۷	۳۸.۲	۱۹.۷	۱۳.۲	۵.۳
خیلی زیاد	۳۰	۲۰	۳۰	۱۰	۱۰
آزمون همبستگی دی سامرز=۳.۱۶۱	معناداری=۰۰۲/		شدت=۱۶/		
آزمون خی دو=۶۳.۴۶۳	معناداری=۰۰۰/				

همانطور که داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد ما برای آزمون وضعیت همبستگی بین سواد ارتباطی و دسترسی به اطلاعات سلامت اجتماعی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده کرده‌ایم که میزان این آزمون نشان می‌دهد به احتمال ۹۹ درصد اطمینان رابطه مستقیم و معناداری بین این دو وجود دارد به این معنا که هر چه سواد ارتباطی افراد بیشتر می‌شود میزان دسترسی آنان به اطلاعات سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. همچنین شدت این رابطه نیز ضعیف ارزیابی می‌شود. از سوی دیگر، میزان آزمون خی دو نشان می‌دهد که به احتمال ۹۹ درصد اطمینان داده‌ها قابل تعمیم به کل جامعه آماری می‌باشند.

جدول ٤. رابطه بین شاخص فهم اطلاعات سواد سلامت اجتماعی و سواد ارتباطی

سواد ارتباطی / فهم	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
خیلی کم	۲۵	۵۰	۱۲.۵	۰	۱۲.۵
کم	۱۵.۴	۲۹.۲	۴۱.۵	۱۳.۸	۰
متوسط	۵.۳	۲۸	۴۴.۴	۲۰.۸	۱.۴
زیاد	۷	۲۴.۴	۵۰	۱۴	۴.۷
خیلی زیاد	۱۳.۳	۱۳.۳	۳۳.۳	۶.۷	۳۳.۳
آزمون همبستگی دی سامرز=۳.۲۱۸	معناداری=۰۰۱/		شدت=۱۶/		
آزمون خی دو=۶۶.۷۲۲	معناداری=۰۰۰/				

همانطور که داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد به احتمال ۹۹ درصد اطمینان رابطه معنادار و مستقیمی بین فهم اطلاعات سلامت اجتماعی و سواد ارتباطی افراد وجود دارد، به این معنا که هر چه

سواد ارتباطی افراد بیشتر می‌شود فهم آنها از اطلاعات مربوط به سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. شدت این رابطه هم ضعیف ارزیابی شده است. از سوی دیگر میزان آزمون خی دو نشان می‌دهد که به احتمال ۹۹ درصد اطمینان داده‌ها قابل تعمیم به کل جامعه آماری می‌باشد.

۳-۲. رسانه‌ها و سواد سلامت اجتماعی

در این بخش از پژوهش، سعی کرده‌ایم تا مصرف رسانه‌ای افراد برای مسائل اجتماعی را مورد ارزیابی قرار دهیم. این داده‌ها می‌تواند به ما در ارائه برنامه‌های مربوط به ارتقا سواد سلامت اجتماعی شهروندان کمک کند. به واقع، این داده‌ها می‌تواند تعیین کننده گروه‌های مرجع افراد برای حل مسائل اجتماعی تلقی شود.

جدول ٦. میزان استفاده از رسانه‌ها و سواد سلامت اجتماعی از نظر پاسخگویان

گویه	رسانه مورد استفاده	وضعیت استفاده			
		بله		خیر	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
۱	رادیو	۱۶۶	۴۵.۶	۱۹۸	۵۴.۴
۲	تلویزیون	۲۸۷	۷۹.۵	۷۴	۲۰.۵
۳	تلفن گویا	۱۴۹	۴۳.۷	۱۹۲	۵۶.۳
۴	اینترنت	۲۹۵	۸۲.۲	۶۴	۱۷.۸
۵	شبکه‌های اجتماعی مجازی (تلگرام، واتساپ و ...)	۲۹۰	۸۱.۲	۶۷	۱۸.۸
۶	روزنامه، مجله و نشریات	۱۸۶	۵۲.۱	۱۷۱	۴۷.۹
۷	مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی	۱۴۲	۴۲	۱۹۶	۵۸
۸	کتابچه، جزوه و بروشورهای آموزشی	۱۶۲	۴۷.۲	۱۸۱	۵۲.۸
۹	تبلیغات محیطی (بنرها، پوسترها و ...)	۲۰۷	۶۰.۷	۱۳۴	۳۹.۳
۱۰	کارگاه‌های آموزشی (خانواده، مدرسه، سایر نهادها)	۲۶۲	۷۴.۹	۸۸	۲۵.۱
۱۱	جشنواره‌ها و آیین‌های فصلی	۱۴۴	۴۱.۵	۲۰۳	۵۸.۵
۱۲	نمایشگاه‌ها و همایش‌ها	۱۱۳	۳۴.۶	۲۱۴	۶۵.۴
۱۳	خانواده	۲۸۳	۸۳.۵	۵۶	۱۶.۵
۱۴	دوستان و آشنایان	۲۴۱	۷۰.۷	۱۰۰	۲۹.۳
۱۵	سایر موارد: ذکر شود	۳۸	۵۴.۳	۳۲	۴۵.۷

همانطور که مشاهده می‌شود؛ رادیو با کمتر از ۵۰ درصد و تلویزیون با حدود ۸۰ درصد هنوز هم جزو رسانه‌هایی هستند که اهمیت زیادی برای اطلاع‌رسانی دارند. همچنین این داده‌ها نشان می‌دهد که

هنوز هم تلفن گویا با حدود ۴۳ درصد استفاده مورد ارجاع بخش مهمی از مردم است. نکته جالب در اینجا اهمیت اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی است که هر دو با بیش از ۸۰ درصد از رسانه‌ای مانند تلویزیون پیشی گرفته‌اند و به عنوان یکی از رسانه‌های مرجع مورد استفاده قرار می‌گیرند. روزنامه و مجله و نشریه نیز با ۵۳ درصد نشان از اهمیت این رسانه‌ها دارد. اما مراجعه به مراکز بهداشتی برای دریافت اطلاعات، تنها ۴۲ درصد بوده و جزوه‌های آموزشی نیز مورد استفاده ۴۷ درصد از پاسخگویان قرار می‌گیرد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تبلیغات محیطی با ۶۰ درصد و کارگاه‌های آموزشی با حدود ۷۵ درصد میزان بالایی را به خود اختصاص داده‌اند. اما نکته جالب این است که خانواده با بیش از ۸۳ درصد هنوز مهمترین مرجع برای اطلاعات مربوط به آسیب‌ها و مسائل اجتماعی است و دوستان و آشنایان هم در این زمینه جایگاه مهمی داشته‌اند.علاوه بر استفاده از این رسانه‌ها برای مسائل اجتماعی این سوال مطرح شده است که میزان مناسب بودن هر یک از این رسانه‌ها برای حل این مسائل چیست؟ داده‌های به دست آمده در جدول زیر برای هر رسانه و مرجع ارائه شده است:

جدول ۷. میزان مناسب بودن رسانه‌ها و سواد سلامت اجتماعی از نظر پاسخگویان

گویه	رسانه مورد استفاده	میزان مناسب بودن						
		نمیدانم	اصلا	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱	رادیو	۲۳.۵	۱۳.۵	۱۸.۵	۱۶	۲۲.۴	۴.۶	۱.۴
۲	تلویزیون	۴.۵	۵.۸	۱۶.۹	۱۲.۳	۳۱.۲	۲۵	۴.۲
۳	تلفن گویا	۲۲.۴	۱۰.۵	۱۲.۲	۲۰	۱۸	۱۳.۹	۳.۱
۴	اینترنت	۲.۹	۷.۳	۱۶.۲	۱۸.۷	۲۷.۶	۲۰.۳	۷
۵	شبکه‌های اجتماعی مجازی (تلگرام، واتساپ و ...)	۲.۹	۱۰.۳	۱۷.۳	۲۰.۵	۲۱.۸	۱۹.۹	۷.۴
۶	روزنامه، مجله و نشریات	۹.۶	۱۰	۱۸.۵	۱۹.۲	۲۵.۵	۱۳.۷	۳.۷
۷	مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی	۱۵.۴	۷.۳	۱۷.۷	۱۹.۶	۲۲.۷	۱۴.۶	۲.۷
۸	کتابچه، جزوه و بروشورهای آموزشی	۱۶.۹	۱۳.۳	۱۶.۵	۱۶.۱	۲۰.۴	۱۳.۳	۳.۵
۹	تبلیغات محیطی (بنرها، پوسترها و ...)	۷.۹	۷.۱	۱۵.۸	۲۶.۷	۲۶.۷	۱۲	۳.۸
۱۰	کارگاه‌های آموزشی (خانواده، مدرسه، سایر نهادها)	۱۰	۶.۸	۱۹.۴	۱۹	۲۶.۸	۱۵.۲	۲.۹
۱۱	جشنواره‌ها و آیین‌های فصلی	۲۲.۴	۱۲	۲۲.۸	۲۵.۱	۱۳.۵	۲.۳	۱.۹
۱۲	نمایشگاه‌ها و همایش‌ها	۱۷.۵	۱۳.۲	۱۶.۷	۲۳	۲۰.۶	۷	۱.۹
۱۳	خانواده	۳.۹	۸.۵	۱۸.۶	۲۰.۵	۲۸	۱۴.۳	۶.۲
۱۴	دوستان و آشنایان	۲.۸	۶.۲	۱۵.۲	۲۲.۸	۲۷.۹	۱۶.۹	۸.۳
۱۵	سایر موارد: ذکر شود	۶.۵	۱۶.۱	۱۶.۱	۱۹.۴	۱۹.۴	۱۱.۳	۱۱.۳

نکته جالب در رابطه با اثرگذاری رسانه‌ها، این است که تنها ۶ درصد رادیو را به میزان زیاد و خیلی زیادی اثرگذار دانسته‌اند و ۲۹ درصد تلویزیون را همین اندازه اثرگذار ارزیابی کرده‌اند. در حالی که این امر برای اینترنت و شبکه‌های اجتماعی هر کدام ۲۷ درصد بوده است. از مهمترین گروه‌های مرجع خانواده و دوستان بوده است. سایر مقادیر در جدول بالا قابل مشاهده هستند.

٤. نتیجه‌گیری

در این پژوهش ما سعی داشتیم به این مساله بپردازیم که وضعیت سواد سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های تشکیل دهنده آن در شهر کرمانشاه و در میان گروه‌های مختلف شهروندان چگونه است و چه شاخص‌هایی بر این امر تاثیر خواهد گذاشت؟ برای پاسخگویی به این پرسش، ما در وهله اول سعی کردیم تا با استفاده از تجربیات پیشین داخلی و خارجی، مهمترین مولفه‌های مربوط به سواد سلامت به طور عام و سواد سلامت اجتماعی به طور خاص را احصا کرده و پس از ساخت یک پرسشنامه استاندارد که اعتبار و روایی قابل قبولی داشته باشد، به سنجش آن در میان جامعه هدف کنیم. از آنجا که تا پیش از این هیچ تحقیقی با عنوان سواد سلامت اجتماعی انجام نشده بود، لذا ما بحث سواد سلامت را به عنوان مبنای کار خود در نظر گرفته و مطابق با اهداف مرتبط به مسائل و چالش‌های اجتماعی در شهر آن را دستکاری کرده و پس از اخذ اعتبار و روایی پرسشنامه آن را در میان جامعه نمونه توزیع کرده و داده‌های به دست آمده تحلیل شد. امید بر آن بوده است که خروجی چنین پژوهشی در مرحله اول بتواند چشم‌انداز روشنی از وضعیت سلامت اجتماعی شهر کرمانشاه و تصور و دیدگاه شهروندان نسبت به مسائل اجتماعی و همچنین میزان آگاهی و دانش آنها در ابعاد مختلف مسائل اجتماعی ارائه کرده و در وهله دوم بتواند به گونه‌ای آنها را اقناع کند که در حل این مسائل و مشکلات مشارکت داشته باشند. در بحث مشارکت نیز همواره، سه مرحله مهم و حیاتی شناسایی و فهم مساله، ارائه راه حل و مشارکت در حل مساله، اثرگذار بوده است.

با این حال، تجربه برنامه‌های مداخلاتی برای تغییرات اجتماعی و رفتاری و همچنین اقناع مردم برای پذیرش رفتارهای سلامت اجتماعی و یا اقناع کردن سیاست‌مداران و افراد متخصص برای معرفی و تغییر کردارها در جهت حمایت از سلامت اجتماعی بهتر در جامعه، هیچگاه وظیفه ساده‌ای نبوده است. برای مثال امروزه شکلی نیست که مساله اعتیاد و یا طلاق یکی از مهمترین و گسترده‌ترین مسائلی است که جامعه شهری کرمانشاه با آن مواجه است. با این حال، تاکنون و با وجود اجرای برنامه‌های متعددی

آموزشی و پیشگیری، مشاهده می‌شود که هر چه تلاش‌ها بیشتر می‌شود، نتایج برای تغییر رفتارهای شهروندان برای پیشگری از چنین آسیب‌هایی با امیدهای کمتری همراه است و نشان می‌دهد که ما نیازمند تلاش‌هایی چند رشته‌ای در گستره فراگیرتر هستیم.

امروزه ما با نوعی نظام خدماتی روبرو هستیم که نیازمند درک بهتر و اقدام بر مبنای واقعیت تأثیر مسکن، تحصیل، پیشگیری و تبعیض بر زندگی افراد است. نظام موجود فناوری-محور است و اگرچه «فناوری» می‌تواند تأثیرگذار و نجات‌بخش باشد، اما فوق‌العاده گران است و همچنان عوامل تعیین‌کننده و ابتدایی حوزه سلامت اجتماعی مثل فقر، فرودستی، زیرساخت‌های شهری و ... را نادیده می‌گیرد.

از این رو، درک ماهیت «اجتماع» به عنوان نقطه آغاز می‌تواند چشم‌اندازها نسبت به وضعیت سلامت اجتماعی افراد را به میزان چشمگیری تغییر دهد. البته این بدان معنا نیست که فرصت بهره‌گیری از فناوری و به ویژه رسانه‌های دیجیتال و شبکه‌های اجتماعی و یا نیاز به آن را نادیده بگیریم، بلکه به این معناست که فناوری باید بخشی از یک الگوی جامع برای ایجاد اجتماع‌هایی سالم‌تر باشد. بازگشت و درک سلامت عمومی «اجتماع» تأثیری پایدار و چشمگیر بر وضعیت سلامت اجتماعی آینده افراد یک جامعه دارد.

رویکردهای مختلف به سلامت اجتماعی، تنها زمانی موثر خواهد بود که بر فهم عمیق سبک-زندگی، نگرش‌ها، عقاید، محدودیت‌ها برای تغییر و منابع اطلاعاتی درباره اطلاعاتی که درباره سلامت اجتماعی ارائه می‌شود و همچنین اتخاذ استراتژی‌های و راهبردهای برنامه‌ریزی بلند مدت و شفاف باشد. پژوهش و فهم محیط فرهنگی، اجتماعی و قومی که در آن زندگی می‌کنیم نیز مهم است. به همین دلیل تاکید ما همواره بر این امر خواهد بود که صرف توصیف وضعیت سواد سلامت اجتماعی و فهم مولفه‌های موثر و تاثیرگذار بر آن به تنهایی بخشی از حقیقت گسترش آسیب‌های اجتماعی را آشکار کرده و راهی بس طولانی، دشوار و طاقت‌فرسا در پیش بوده که نیازمند عزم و اراده‌ای آهنین، همراه با آگاهی و همراهی همگان و به ویژه شهروندانی است که بیش از هر چیز و هر کس دیگری درگیر در این مسائل و آسیب‌ها هستند.

بر اساس آنچه گفته شد، و بر مبنای هدف این پژوهش، توضیح دادیم که سواد سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین گام‌ها برای حرکت به سمت یک جامعه سالم‌تر که در آن نرخ آسیب‌های اجتماعی کاهش یافته و وضعیت باثبات‌تری را شاهد باشیم، مورد تایید بسیاری از تجربیات موفق و نظریه‌های مهم در این زمینه هستند. بر اساس همین ایده، برای سنجش سواد سلامت ما ۵ مولفه اصلی

برای این شاخص را معرفی کردیم که شامل دسترسی به اطلاعات مربوط به سواد سلامت اجتماعی، مهارت خواندن و بهره‌برداری از این اطلاعات، ارزیابی اطلاعات، فهم آن و در نهایت تصمیم‌گیری در مورد کاربرد و استفاده از این اطلاعات بوده است. اگر دقت کنیم، متوجه می‌شویم که همه این مراحل برای بحث مشارکت افراد در جهت بهبود و ارتقاء وضعیت سلامت اجتماعی خود و اطرافیانشان حائز اهمیت بوده و همه مراحل مربوط به آگاهی، شناخت، نگرش و تغییرات رفتاری را در بر می‌گیرد. هر چند این فرآیند همواره خطی نبوده و ایجاد آگاهی و حتی شناخت و تغییر نگرش لزوم به تغییرات رفتاری پایدار و معناداری ممکن است منجر نشود، اما مسلما پیش‌نیاز بسیار مهمی برای تغییرات اجتماعی در سطح کلان و تغییرات رفتاری در سطح خرد بوده و پایه و اساس هر گونه برنامه‌ریزی اجتماعی محور خواهد بود.

از این نظر، افراد برای اینکه رفتارهای خود را تغییر دهند، باید بینش مناسبی از رفتارهای اجتماعی داشته باشند، به اطلاعات مهمی در زمینه زندگی روزمره و فردی خود دسترسی داشته، بتوانند آن را ارزیابی و فهم کرده و تصمیماتی جهت تغییر اتخاذ کنند.

وضعیت شاخص سواد سلامت اجتماعی و مولفه‌های تشکیل دهنده آن: برای فهم موارد بالا و پس از جمع‌آوری داده‌های حاصل از پیمایش، ما به ارزیابی وضعیت سواد سلامت اجتماعی و مولفه‌های تشکیل دهنده آن پرداختیم. اولین مولفه مرتبط، بحث دسترسی به اطلاعات مربوط به سواد سلامت اجتماعی بود. داده‌های ما نشان داد که میانگین این شاخص از ۱۰۰، تنهای ۵۲ بوده است که میزان پایینی را نشان می‌دهد. از این رو، این عدد رقم پایینی را نشان می‌دهد که امروزه با وجود همه-گیری رسانه‌های اجتماعی در میان مردم و ضریب نفوذ بالای این رسانه‌ها، اطلاعات معمولا در دسترس همگان قرار می‌گیرد. با این حال مشاهده شد که مردم عمدتا دسترسی اندکی به این اطلاعات دارند. دلایل زیادی برای این امر می‌توان برشمرد؛ مساله اول به بحث تولید محتوای برای رسانه‌ها، چه رسانه-های جمعی و چه چه اجتماعی مربوط می‌شود. اگر به دقت به اطلاعات تولید شده توجه کنیم، متوجه می‌شویم که اطلاعات و داده‌های اندکی در رابطه با مسائل اجتماعی و ابعاد مختلف آن تولید می‌شود. این اطلاعات هم می‌تواند شامل آموزش‌ها و برنامه‌های نهادها باشد و هم شیوه‌هایی که افراد می‌توانند در مواقع اضطراری برای مقابله با آسیب‌های مختلف به کار ببرند. دلیل این امر را هم می‌توان به عدم تولید این محتواها از سوی نهادهای متولی، سازمان‌ها و رسانه‌های خبری متخصص و به ویژه رسانه‌هایی دانست که به صورت خاص، روی موضوعات مرتبط با بحث آسیب‌های اجتماعی کار می‌کنند.

افزون بر این، داده‌های ما نشان داد که رابطه مستقیمی بین بحث سواد ارتباطی و میزان دسترسی به این اطلاعات وجود دارد. از این رو سواد ارتباطی پایین می‌تواند یکی از دلایل مهم در کاهش این دسترسی‌ها باشد. جذابیت در محتواها، به کارگیری تیم‌های تخصصی برای تولید محتوا و ارائه محتواهایی متناسب با گروه‌های مختلف اجتماعی می‌تواند بر برخی از موانع مربوط به دسترسی غلبه کند. به هر حال، باید توجه داشته باشیم که امروزه ما با بمباران اطلاعاتی مواجه هستیم و حجم زیاد اطلاعات ممکن است بحث دسترسی به برخی اطلاعات را کم کرده و رقابت در این عرصه را بسیار تشدید کند. در بخش مربوط به رسانه‌ها بیشتر به این موضوع خواهیم پرداخت.

علاوه بر این، ما سعی کردیم تا وضعیت این شاخص در میان گروه‌های اجتماعی را نیز مورد سنجش قرار دهیم. به طور خاص ما متوجه شدیم که افراد کهنسال و افراد نوجوان دسترسی کمتری به این اطلاعات دارند و بیشتر اطلاعات در اختیار افراد ۳۵ تا ۴۵ ساله است. دلایل مختلفی می‌توان برای این امر برشمرد. عموما افراد کهنسال‌تر رابطه خوبی با تکنولوژی ندارند و سواد ارتباطی آنان نیز کمتر است، به همین دلیل از محتواهایی که در شبکه‌های اجتماعی وجود دارد محروم می‌شود. نوجوانان و جوانان کم سن و سال‌تر نیز ممکن است تمایل زیادی برای استفاده از این محتواها نداشته باشند به این دلیل که جذابیت چندانی برای آنان ندارد. وضعیت طبقه نیز به این صورت است که عمدتا طبقه متوسط بیشترین دسترسی‌ها را داشته است. طبقات پایین به علت سواد ارتباطی کمتر و احتمالا دغدغه-های بیشتر، توجهی چندانی به این موضوع ندارند و طبقات بالا نیز احتمالا تصور می‌کنند که این اطلاعات ارتباط چندانی با زندگی آنان ندارد. به هر حال همه این مفروضات را باید به صورت نسبی درک کرد. به هر حال به علت اهمیت بحث دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامت اجتماعی و جایگاه آن به عنوان بنیانی برای سواد سلامت اجتماعی، ارائه برنامه‌هایی برای ارتقاء وضعیت دسترسی‌ها اهمیت دارد.

اما شاخص دوم، مربوط به توانایی خوانش محتواهایی است که در اختیار افراد قرار دارد. مهارت خواندن بحث خوانایی و همچنین توانایی افراد برای استفاده از اطلاعات را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر فرد باید علاوه بر اینکه به اطلاعات دسترسی داشته باشد، بتواند از آنها نیز استفاده کند. به عنوان مثال فردی ممکن است از طریق اینترنت به اطلاعات بسیار مهمی در رابطه با آسیب‌های اجتماعی دسترسی داشته باشد، اما به علت آنکه به زبان انگلیسی است و یا اینکه از زبان علمی و پیچیده‌ای استفاده می‌کند، نتواند آنها را بخواند. این شاخص نیز دارای نمره ۶۵ از صد است که هر چند از مولفه

قبلی وضعیت بهتری دارد، اما هنوز رقم پایینی محسوب می‌شود. داده‌های ما نشان داد که این شاخص ارتباط معناداری با سواد ارتباطی نداشته است، اما تفاوت میانگین معناداری در میان قومیت، وضعیت تاهل و درآمدی افراد در آن مشاهده شد. برای مثال افراد متاهل توانایی بالاتری برای خوانش دارند و یا باز هم افراد طبقه متوسط بیشترین توانمندی را در این زمینه داشته‌اند. همچنین به شکل معناداری، قوم فارس، دارای توانمندی بیشتری بوده است که یکی از دلایل آن می‌تواند تولید محتوا به زبان‌های فارسی باشد. به هر حال، به نظر بدیهی می‌رسد که طبقه نیز بر این مقوله تاثیر بگذارد و میزان درگیری گروه‌هایی که بیشترین تاثیر را از مسائل اجتماعی دارند و اولویت بالاتری برای آن قائل هستند، توانمندی برای خوانش را نیز افزایش می‌دهند.

پس از اینکه فرد بتواند مطالب را بخواند، باید بتواند این اطلاعات را بفهمد. به واقع، فهم این اطلاعات نوعی درک شاختی در فرد به وجود می‌آورد. میانگین این شاخص در میان شهروندان نیز ۶۶ درصد بوده است. هر چند که رقم تا حدودی بالا است، اما هنوز هم تعداد بالایی از شهروندان درک و فهم چندانی از اطلاعاتی که به دست آورده و آن را خوانده‌اند، ندارند. به همین دلیل محتواهایی که تولید می‌شود باید به اشکال مختلفی ارائه شده و متناسب با نیازهای شهروندان سطح‌بندی شود. فهم اطلاعات مربوط به سواد سلامت اجتماعی، همچنین رابطه معناداری با سواد ارتباطی پاسخگویان داشته است به این معنا که سطح سواد بالاتر با درک و فهم بالاتر این اطلاعات همراه خواهد بود. همچنین داده‌های ما نشان داد که زنان، درک بهتری نسبت به مردان دارند. شاید یکی از دلایل فهم بهتر این اطلاعات، درگیری بیشتر زنان به مسائل و آسیب‌های اجتماعی بوده است و همین امر، پذیرش و در نتیجه؛ فهم این پیام‌ها را برای آنان بالاتر برده است. علاوه بر این و همانطور که پیش‌بینی می‌شود سطح تحصیلات و سواد افراد فهم آنان از اطلاعات به دست آمده را تحت تاثیر قرار می‌دهد که امری بدیهی به نظر می‌رسد. حال باید توجه داشت که دسته کم به لحاظ نظری، افرادی که سطح تحصیلاتی کمتری دارند، بیشتر از گروه‌های دیگر درگیر برخی مسائل اجتماعی هستند، با این حال داده‌هایی که تولید و در اختیار عموم قرار می‌گیرد ممکن است عمدتا مخاطب هدفشان کسانی باشد که سطح تحصیلاتی بالاتری دارند و همین امر می‌تواند هم منجر به شکاف اطلاعاتی بیشتر شده و هم اینکه به مخاطب هدف نرسد و یا اگر مخاطب آن را دریافت کند درک درستی از آن نداشته باشد.

وضعیت تاهل نیز تاثیر بسزایی در فهم داشته است به طوری که افراد متاهل، بیش از سایرین و به ویژه افراد مطلقه و کسانی که همسرشان را از دست داده‌اند، این اطلاعات را درک می‌کنند. استدلال

پیشین را می‌توان در مورد این قشربندی اجتماعی نیز به کار برد. به هر حال، پیچیدگی مساله باعث شده است که ما برای تبیین سواد سلامت اجتماعی در میان گروه‌های اجتماعی احتمالات متعددی را همزمان در نظر بگیریم.

مولفه چهارم، مربوط به سواد سلامت اجتماعی ارزیابی این اطلاعات بوده است. در فرآیند ارزیابی، فرد به تحلیل این اطلاعات پرداخته و میزان ارتباط و مرتبط بودن آن اطلاعات با زندگی فردی و اجتماعی خودش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ارزیابی‌ها همواره با نوعی جهت‌گیری ذهنی افراد همراه است. به عبارت دیگر فرد در ارزیابی پیام‌ها متناسب بودن و میزان مفید بودن آنها را در نظر گرفته و می‌تواند با نوعی تغییر یا عدم تغییر نگرش همراه باشد. هر چند حدود ۶۸ درصد از پاسخگویان ارزیابی بالایی و مناسبی با این پیام‌ها داشته‌اند، اما با توجه به اینکه این پیام‌ها بر خلاف پیام‌هایی با رویکرد سیاسی و یا سایر پیام‌ها میزان مناسبی را نشان نمی‌دهد. به واقع توقع بر آن است که افراد همذات‌پنداری بیشتر و بهتری با این پیام‌ها داشته باشند و ارزیابی مثبت‌تری از آن ارائه دهند. این بعد می‌تواند به دلیل عدم تولید مناسب پیام در غالب‌های متناسب‌تر باشد. به هر حال پیام‌ها باید به گونه‌ای باشد که بتواند همدلی بیشتری در میان مخاطبان تولید کرده و افراد همراستا با آن عمل کنند.

داده‌های ما همچنین نشان داد که هر چند مقوله ارزیابی رابطه معناداری با سواد ارتباطی ندارد، اما در میان برخی گروه‌های اجتماعی تفاوت‌های معناداری در آن مشاهده شد. برای مثال افرادی که از روستا به شهر مهاجرت کرده بودند، به نسبت سایر گروه‌ها ارزیابی منفی‌تری از این اطلاعات دارند و همانطور که گفته شد ممکن است این اطلاعات با سبک زندگی و تصور انان همخوانی نداشته باشد. تحصیلات نیز مقوله مهمی در ارزیابی‌ها بود به طوری که افراد باسواد ارزیابی بهتری داشتند. حتی افرادی که شاغل بودند نسبت به افراد بیکار و یا افراد از کارافتاده ارزیابی بهتری از این اطلاعات داشتند که نشان می‌هد در برنامه‌های ترویجی باید کدام گروه‌های هدف بیشتر مورد توجه قرار بگیرند.

در نهایت، مقوله تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت است که انتظار می‌رود تاثیر مستقیمی بر تغییرات رفتاری داشته باشد. میانگین این شاخص ۶۶ از صد بود که به نظر می‌رسد؛ میزان بالایی را نشان می‌دهد. هر چند این تصمیم‌گیری از فیلترهای قبلی دسترسی، مهارت خواندن، فهم و ارزیابی عبور کرده است، اما با این حال مشاهده می‌کنیم که باز هم رقم قابل توجهی را نشان می‌دهد. با این حال همواره این سوال پیش می‌آید که اگر بیش از نیمی از پیام‌ها به کار رفته و در مورد آنان تصمیم‌گیری می‌شود، چرا ما در شهری مثل کرمانشاه تا این حل با مسائل و معضلات اجتماعی دست و

پنجه نرم می‌کنیم؟ بدون شک پاسخ به این سوال ساده نخواهد بود. پاسخ‌های محتمل زیادی هم می‌توان برای آن برشمرد. اول اینکه این پیام‌ها و محتواهایی که تولید می‌شود و به طور عام بحث سواد سلامت اجتماعی تنها بخشی از راه حل بوده و هرگز نباید آن را به عنوان کل راه حل در نظر بگیریم. به این معنا انتظاری که از بحث سواد سلامت اجتماعی می‌شود باید متناسب با مقدار تاثیر نهایی آن باشد. به عبارت دیگر؛ اگر حتی سطح سواد سلامت اجتماعی افراد به حد اعلی برسد، نباید انتظار داشت که تمام جامعه، بری از هر گونه آسیب اجتماعی باشد.

داده‌های ما در رابطه با این شاخص، همچنین نشان داد که رابطه معناداری بین سواد ارتباطی و شاخص کاربرد این اطلاعات ندارد. هر چند برخی تفاوت‌ها در میان برخی گروه‌های اجتماعی مشاهده شد. برای مثال؛ افراد شاغل بیشتر این اطلاعات را به کار می‌برند و یا اینکه افراد متاهل تمایل بیشتری برای کاربرد این اطلاعات داشته‌اند. از همین رو برای مثال می‌توان میزان مسئولیت‌پذیری فرد را به عنوان یکی از مولفه‌های مهم برای کاربرد این اطلاعات در نظر گرفت. همچنین این داده‌ها نشان می‌دهد که باز هم طبقه متوسط، تلاش بیشتری برای کاربرد این اطلاعات داشته است.

در نهایت، وضعیت سواد سلامت اجتماعی کل مورد سنجش قرار گرفته است. داده‌های ما نشان داد که وضعیت سواد سلامت اجتماعی در میان شهروندان شهر کرمانشاه ۶۰ بوده است که میزان متوسط و رو به پایینی را نشان می‌دهد. هر چند داده دیگری برای مقایسه آن وجود ندارد و به علت نو بودن این موضوع، مطالعه دیگری در این زمینه انجام نشده است، اما به نسبت مطالعات مربوط به سواد سلامت چندان مناسب به نظر نمی‌رسد. اما در بحث رابطه بین سواد سلامت اجتماعی و سواد ارتباطی، رابطه معناداری یافت نشد. هر چند در بین برخی گروه‌های اجتماعی، تفاوت‌های معناداری یافت شد. برای مثال سن بالاتر می‌تواند با سواد سلامت اجتماعی بالاتری همراه باشد. انباشت تجربه‌های فرد در طول عمر می‌تواند سواد سلامت اجتماعی را افزایش دهد.

متغیرهای تاثیرگذار بر سواد سلامت اجتماعی: در این پژوهش سعی کردیم تا مقوله‌هایی که ممکن است بر سواد سلامت اجتماعی تاثیر بگذارند نیز مورد ارزیابی قرار بگیرد؛ برای همین سواد ارتباطی به عنوان پایه‌ای برای تاثیرگذاری بر سواد سلامت در نظر گرفته شد که همانگونه که دیدیم برخی از مولفه‌ها نیز رابطه معناداری با سواد ارتباطی داشتند. هر چند خود سواد سلامت اجتماعی رابطه معناداری با سواد ارتباطی نداشت، اما در کل می‌توان آن را به عنوان یک مولفه مهم در نظر گرفت. همچنین برخی مولفه‌های جمعیت‌شناختی به ویژه موضوعاتی مثل تحصیلات و یا وضعیت شغلی و یا

حتی تاهل و قومیت نیز می‌توانند در مواردی بر روی برخی مولفه‌های سواد سلامت اجتماعی تاثیر بگذارند. در این رابطه دیدیم که گروه‌های مختلف به اندازه‌های متفاوتی از مولفه‌های سواد سلامت اجتماعی بهره‌مند شده‌اند. به همین دلیل هر گونه برنامه‌ریزی برای سواد سلامت اجتماعی باید این مقوله‌ها را در نظر گرفته و در برنامه‌های آموزشی خود به علایق و دیدگاه‌ها و همچنین نیازهای آنان توجه کند.

بر همین اساس، داده‌های ما نشان داد که افراد و گروه‌های مختلف جامعه از سطح سواد ارتباطی متفاوتی برخوردار بودند. هر چند وضعیت سواد ارتباطی در کل جامعه نیز وضعیت چندان راضی کننده‌ای نداشت ولی همین سطح سواد ارتباطی نسبتا ضعیف نیز در میان گروه‌های مختلف یکسان نبود و گروه‌ها به میزان متفاوتی از آن بهره می‌بردند. به همین دلیل و با در نظر گرفتن تاثیر سواد ارتباطی بر برخی مولفه‌ها، می‌توان از آن به عنوان نقطه‌ای آغازین برای برنامه‌های ارتقا سطح سواد سلامت اجتماعی استفاده کرد.

بحث مصرف رسانه‌ای و ترجیحات رسانه‌ای نیز اهمیت زیادی دارد. هر چند که هنوز تلویزیون و رادیو نقش مهمی در زندگی روزمره افراد بازی می‌کنند، اما ما شاهد ظهور و همه‌گیری رسانه‌های جدیدی مثل اینترنت و رسانه‌های اجتماعی هستیم. این رسانه‌ها به اندازه‌ای در زندگی روزمره افراد نفوذ کرده و حوزه‌های مختلفی را تحت تاثیر قرار داده‌اند که از آن با عنوان رسانه‌ای شدن زندگی روزمره نام می‌برند. همانطور که دیدیم این رسانه‌ها به منبع بسیار مهمی در دستیابی به اطلاعات سواد سلامت اجتماعی تبدیل شده‌اند. امکان جستجو و بهره‌مندی هدفمند از این اطلاعات نقش مهمی در این مساله دارد. علاوه بر این باید توجه داشت که برخی مسائل، مثل موضوعات جنسی و یا بحث تجاوز با برخی تابوها هم در رسانه‌های جمعی و هم عامه مردم همراه است و از این رو نمی‌توان به راحتی در آنها به آموزش چنین مواردی دست زد. همه‌جایی بودن و همه زمانی بودن دسترسی به اطلاعات از طریق فضای مجازی که در تقابل با وضعیت ناپایدار ارائه پیام در تلویزیون و رادیو دلیل دیگری بر این مدعا است.

از سوی دیگر، باید توجه داشت که هر رسانه به واسطه ماهیت‌اش نقش متفاوتی در بحث سواد سلامت دارد. برای مثال رسانه‌های جمعی می‌توانند در موضع آگاهی‌دهی و اطلاع‌رسانی در رابطه با یک مساله خاص و یا ایجاد حساسیت در مورد آن نقش مهمی ایفا کرده و در این رابطه گفتمان‌سازی کرده و یا اجماعی را شکل دهند. رسانه‌های اجتماعی می‌توانند اطلاعات تکمیلی را ارائه داده و یا

اینکه در مرحله شناخت اثرگذار باشند. ارتباطات رو در رو، آموزش‌های حضوری، کارگاه‌ها و سمینارها می‌توانند در مرحله تغییر نگرش و تغییر رفتاری نقش مهمی ایفا کنند. به همین دلیل پیش از استفاده از هر گونه رسانه‌ای، ابتدا باید مشخص شود که هدف از یک پیکار آموزشی چیست و برنامه-ریزان قصد دارند در کدامیک از مراحل مربوط به سواد سلامت برنامه‌ریزی کنند.

پیشنهادات کاربردی: با توجه به آنچه گفته شد، افزایش سطح سواد سلامت اجتماعی، چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم، از طریق عوامل مختلفی امکان پذیر است که در اینجا به طور خلاصه، مهمترین این عوامل به صورت پیشنهادات راهبردی ذکر می شوند:

تمرکز بر ظرفیت‌های جوانان به عنوان یکی از گروه‌های دارای سطوح بالاتری از سواد سلامت اجتماعی.افزایش سطح دسترسی رسانه‌ای و استفاده از رسانه‌های مختلف، به ویژه رسانه‌های اجتماعی برای رساندن اطلاعات سلامت اجتماعی. تشویق به افزایش مهارتهای ارتباط میان فردی و شکل دهی به گفتگوهای میان فردی در مورد اطلاعات حوزه سلامت اجتماعی، یکی دیگر از پیشنهادات کاربردی مبتنی بر نتایج مطالعه حاضر است. تشویق به افزایش مهارتهای انتقادی در رابطه با اطلاعات سلامت و پردازش محتوایی که فرد از رسانه ها دریافت می کند و تاکید ویژه بر ظرفیتهای موجود در رسانه های نوین خصوصاً اینترنت و شبکه های اجتماعی؛ به عنوان کانال انتقال و مقایسه اطلاعات سلامت اجتماعی نیز میتواند مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی

مقاله حاضر با حمایت مالی اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه و دانشگاه رازی انجام شد.

کتابنامه

افشاری، مریم؛ خزایی، سلمان؛ بهرامی، معصومه؛ مراتی، حسنی. (۱۳۹۳). بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۱(۲)، ۴۸-۵۵.

خسروی، عبدالرسول؛ احمدزاده، خدیجه؛ ارسطوپور، شعله؛ و طهماسبی، رحیم. (۱۳۹۴). سطح سواد سلامت بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز و عوامل مؤثر بر آن. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۲(۲)، ۱۹۴-۲۰۵.

رئیسی، مهرنوش؛ مصطفوی، فیروزه؛ حسن‌زاده، اکبر؛ و شریفی‌راد، غلامرضا. (۱۳۹۰). رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۷(۴)، ۴۶۹-۴۸۰.

طهرانی بنی‌هاشمی، سیدآرش؛ امیرخانی، محمدامیر؛ حق‌دوست، علی‌اکبر؛ علویان، سیدمؤید؛ اصغری‌فرد، هما؛ برادران، حمید؛ برغمدی، مژگان؛ پارسی‌نیا، سعید؛ و فتحی‌رنجبر، سحر. (۱۳۸۶). سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، ۴(۱)، ۱-۹.

نکوئی‌مقدم، محمود؛ پروا، سحر؛ امیراسماعیلی، محمد؛ و یانشی، محمدرضا. (۱۳۹۰). سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان. دوماهنامه طلوع بهداشت، ۱۱(۴).رضایی، احمد؛ محمدی، علی (۱۴۰۰). عنوان مقاله. *اقتصاد سیاسی بین‌الملل*، ۵ (۱)، ۱۰-۲۰.

References

Afshari, M., Khazaei, S., Bahrami, M., & Marati, H. (2014). Health literacy among adults in Tuyserkan County. *Journal of Education and Community Health, 1*(2), 48–55. (In Persian)

Khosravi, A., Ahmadzadeh, K., Arastoopour, S., & Tahmasebi, R. (2015). Health literacy level among diabetic patients referring to health centers in Shiraz and its associated factors. *Health Information Management, 12*(2), 194–205. (In Persian)

Nekoei Moghadam, M., Parva, S., Amiresmaili, M., & Yanshi, M. R. (2011). Health literacy and utilization of health services in the urban community of Kerman. *Tolooe Behdasht, 11*(4). (In Persian)

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 183–184. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.183

Raeisi, M., Mostafavi, F., Hasanzadeh, A., & Sharifirad, G. R. (2011). The relationship between health literacy and general health status and health behaviors among older adults in Isfahan. *Journal of Health System Research, 7*(4), 469–480. (In Persian)

Tehrani Banihashemi, S. A., Amirkhani, M. A., Haghdoust, A. A., Alavian, S. M., Asgharifard, H., Baradaran, H., Barghamdi, M., Parsinia, S., & Fathi Ranjbar, S. (2007). Health literacy in 5 provinces of Iran and its related factors. *Strides in Development of Medical Education, 4*(1), 1–9. (In Persian).

Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of

patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine, 158*(2), 166–172. https://doi.org/10.1001/archinte.158.2.166

World Health Organization. (2001a). *Atlas: Mental health resources in the world 2001*.

World Health Organization. (2001b). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. https://iris.who.int/handle/10665/42390