

شناخت، رفتار، یادگیری

طراحی مدل مفهومی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان: مطالعه‌ای با روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد

غلامرضا خزاعی زاده^۱، فائزه تقی پور^۲، امیررضا نقش^۳، منصوره پورمیری^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم ارتباطات، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. گروه علمی علوم ارتباطات و مدیریت کسب و کار، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. گروه مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۴. گروه مدیریت کسب و کار، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: f.taghipour58@iau.ac.ir

تاریخ چاپ: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۲۷

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۱۸

چکیده

هدف این پژوهش طراحی مدل مفهومی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان و تبیین شرایط، راهبردها و پیامدهای مؤثر بر این فرایند بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد مبتنی بر الگوی نظام‌مند اشتراوس و کوربین انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۲ نفر از خبرگان حوزه‌های ارتباطات و رسانه، آموزش و ارتقای سلامت، سواد سلامت و مطالعات سالمندی بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و سپس نظری انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته عمیق گردآوری شد و فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری و با استفاده از کدگذاری باز، محوری و انتخابی و روش مقایسه مستمر انجام شد. تحلیل داده‌ها از ۶۸۷ واحد معنایی آغاز شد و به استخراج ۳۴۲ کد اولیه، ۱۸۶ کد پالایش شده، ۵۳ مفهوم، ۲۱ زیرمقوله و ۶ مقوله اصلی منجر شد. شرایط علّی شامل افزایش نیازهای اطلاعاتی ناشی از سالمندی، نامتنا سب بودن محتوای سلامت، مواجهه با اطلاعات ناهمگون و افزایش وابستگی تصمیم‌های سلامت به رسانه‌ها بود. پدیده محوری در قالب نیاز به سواد سلامت رسانه‌ای متناسب با ویژگی‌های سالمندی و ضرورت مخاطب‌محوری تبیین شد. شرایط زمینه‌ای شامل ویژگی‌های فردی، شرایط اجتماعی و خانوادگی، الگوی مصرف رسانه و دسترسی به فناوری و خدمات بود و شکاف دیجیتال، بی‌اعتمادی رسانه‌ای، اطلاعات نادرست، محدودیت‌های ساختاری و موانع اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر شناسایی شدند. راهبردهای اصلی شامل ساده‌سازی و سالمندپسندسازی پیام، اعتبارسنجی منابع، آموزش ارزیابی اطلاعات، تنوع‌بخشی رسانه‌ای، شخصی‌سازی محتوا، تقویت نقش خانواده، ارتباط تعاملی و هماهنگی نظام سلامت و رسانه بود. ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها مستلزم گذار از انتقال عمومی و یک‌سویه اطلاعات به یک نظام ارتباطی مخاطب‌محور، معتبر، تعاملی، چندکاناله و متناسب با ویژگی‌ها و نیازهای واقعی سالمندان است.

کلیدواژه‌گان: سواد سلامت، سالمندان، رسانه، نیازهای مخاطبان، ارتباطات سلامت، نظریه‌پردازی داده‌بنیاد

شیوه استاندارد: خزاعی زاده، غلامرضا، تقی پور، فائزه، نقش، امیررضا، و پورمیری، منصوره. (۱۴۰۶). طراحی مدل مفهومی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان: مطالعه‌ای با روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد. شناخت، رفتار، یادگیری، ۲۳(۲)، ۱-۲۳.



Designing a Conceptual Model for Enhancing Older Adults' Health Literacy in the Media Based on Audience Needs: A Grounded Theory Study

Gholamreza khazaezade¹, Faezeh Taghipour^{2*}, Amirreza Naghsh³, Mansoureh Pourmiri⁴

1. Phd.Student, Department of Communication Sciences, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Department of Communication Sciences, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3. Department of Management, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

4. Department of Communication Sciences, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

*Corresponding Author's Email: f.taghipour58@iau.ac.ir

Submit Date: 2026-05-08

Revise Date: 2026-07-18

Accept Date: 2026-08-30

Publish Date: 2027-04-21

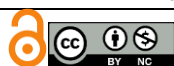
Abstract

This study aimed to design a conceptual model for enhancing older adults' health literacy in the media based on audience needs and to explain the conditions, strategies, and outcomes shaping this process. This qualitative study employed the systematic grounded theory approach based on the Strauss and Corbin paradigm. Participants were 12 experts in communication and media, health education and promotion, health literacy, and gerontology, selected initially through purposive sampling and subsequently through theoretical sampling. Data were collected through in-depth semi-structured interviews, and sampling continued until theoretical saturation was reached. Data collection and analysis were conducted concurrently using open, axial, and selective coding as well as the constant comparative method. Analysis began with 687 meaning units and resulted in 342 initial codes, 186 refined codes, 53 concepts, 21 subcategories, and six main categories. Causal conditions included increasing health information needs associated with aging, inadequate adaptation of health content, exposure to heterogeneous information, and increasing reliance on media for health-related decisions. The central phenomenon was defined as the need for media health literacy adapted to aging characteristics and the necessity of audience-centered health communication. Contextual conditions included individual characteristics, social and family circumstances, media-use patterns, and access to technology and services. The digital divide, media distrust, misinformation, structural limitations, and economic and cultural barriers emerged as intervening conditions. Major strategies included simplifying and age-adapting health messages, validating sources, teaching information-evaluation skills, diversifying communication channels, personalizing content, strengthening the role of families, promoting interactive communication, and improving coordination between health institutions and media organizations. Enhancing older adults' health literacy through media requires a shift from general and one-way information delivery toward an audience-centered, trustworthy, interactive, multi-channel communication system tailored to the actual needs and capacities of older adults.

Keywords: Health Literacy, Older Adults, Media, Audience Needs, Health Communication, Grounded Theory



How to cite: khazaezade, Gh., Taghipour, F., Naghsh, A., Pourmiri, M. (2027). Designing a Conceptual Model for Enhancing Older Adults' Health Literacy in the Media Based on Audience Needs: A Grounded Theory Study. *Cognition, Behavior, Learning*, 4(2), 1-23.



مقدمه

افزایش امید به زندگی و رشد جمعیت سالمند در بسیاری از جوامع، نظام‌های سلامت، سیاست‌گذاران و رسانه‌ها را با مجموعه‌ای از چالش‌های جدید در زمینه پیشگیری، مراقبت، مدیریت بیماری‌های مزمن و حفظ کیفیت زندگی سالمندان مواجه ساخته است. سالمندی معمولاً با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن، مصرف هم‌زمان چند دارو، نیاز بیشتر به خدمات پزشکی، کاهش برخی توانایی‌های جسمی و شناختی و افزایش وابستگی به اطلاعات سلامت همراه است؛ از این‌رو، توانایی سالمند در دسترسی به اطلاعات معتبر، فهم پیام‌های سلامت، ارزیابی گزینه‌های موجود و استفاده صحیح از اطلاعات در تصمیم‌های روزمره به یکی از مؤلفه‌های اساسی سالمندی سالم تبدیل شده است. در این میان، سواد سلامت مفهومی فراتر از توانایی خواندن مطالب پزشکی یا درک دستورهای درمانی است و شامل مجموعه‌ای از ظرفیت‌های شناختی، ارتباطی، انتقادی و عملی است که فرد را قادر می‌سازد اطلاعات مرتبط با سلامت را جست‌وجو، دریافت، تفسیر، ارزیابی و در موقعیت‌های واقعی زندگی به کار گیرد. اهمیت این مفهوم در سالمندان از آن جهت بیشتر است که آنان در مقایسه با بسیاری از گروه‌های سنی دیگر، هم بیشتر با نظام سلامت تعامل دارند و هم در معرض تصمیم‌های پیچیده‌تری درباره بیماری، دارو، تغذیه، فعالیت بدنی، مراقبت‌های پیشگیرانه و استفاده از خدمات درمانی قرار می‌گیرند. شواهد نشان داده‌اند که سطح سواد سلامت در سالمندان با رفتارهای مرتبط با سلامت و وضعیت عمومی سلامت آنان ارتباط دارد و ضعف در این توانایی می‌تواند با پیامدهای نامطلوب رفتاری و سلامت همراه باشد (Liu et al., 2015).

سواد سلامت در دوران سالمندی از منظر کیفیت زندگی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. سالمندی مطلوب صرفاً به افزایش طول عمر محدود نمی‌شود، بلکه حفظ استقلال، مشارکت اجتماعی، عملکرد جسمی و روانی و توانایی مدیریت مؤثر زندگی روزمره را نیز در بر می‌گیرد. در چنین بستری، فردی که از سواد سلامت بیشتری برخوردار است، معمولاً ظرفیت بالاتری برای فهم توصیه‌های سلامت، پیگیری مراقبت‌های ضروری و مشارکت فعال در تصمیم‌های مربوط به سلامت خود دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که سواد سلامت و توانمندسازی سلامت می‌توانند با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط داشته باشند و افزایش توانایی فرد در فهم و کنترل مسائل سلامت، زمینه مشارکت مؤثرتر او را در فرایند مراقبت فراهم کند (Çiftci et al., 2023). همچنین، در مطالعات مربوط به سالمندی فعال، سواد سلامت به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مطرح شده و نشان داده شده است که تعامل میان توانایی‌های فردی، مشارکت فعال و برخورداری از دانش و مهارت سلامت می‌تواند بر تجربه سالمندی و کیفیت زندگی تأثیر بگذارد (Sirisuwan et al., 2022). بر همین اساس، سواد سلامت را باید یکی از زیرساخت‌های اصلی توانمندسازی سالمند دانست، زیرا سالمند آگاه‌تر می‌تواند نقش فعال‌تری در حفظ سلامت و پیشگیری از عوارض بیماری‌ها ایفا کند.

اهمیت سواد سلامت زمانی برجسته‌تر می‌شود که مسئله بیماری‌های مزمن و چندبیماری در سالمندان مورد توجه قرار گیرد. بخش قابل توجهی از سالمندان با یک یا چند بیماری مزمن زندگی می‌کنند و مدیریت این شرایط مستلزم پیگیری مستمر درمان، فهم توصیه‌های تخصصی، پایبندی دارویی، کنترل علائم و انجام رفتارهای خودمراقبتی است. یافته‌های مربوط به سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان می‌دهد که سواد سلامت می‌تواند از مسیرهای مختلف با پیامدهای سلامت ارتباط پیدا کند و عواملی مانند ویژگی‌های روان‌شناختی و رفتاری، خودکارآمدی و توانایی مدیریت بیماری در این ارتباط نقش داشته باشند (Lu et al., 2023). در سالمندان مبتلا به چند بیماری نیز پایین بودن سواد سلامت می‌تواند بر درک پیچیدگی درمان و توانایی مقابله با بار درمانی اثرگذار باشد و پایبندی به داروها را با مشکل مواجه سازد (Selvakumar et al., 2023). در محیط‌های محروم‌تر که چندبیماری، دسترسی محدود به خدمات و شرایط اجتماعی نامطلوب هم‌زمان وجود دارند، ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و نشان می‌دهد که توانایی استفاده صحیح از اطلاعات سلامت، بخشی از ظرفیت فرد برای سازگاری با بار بیماری محسوب می‌شود (Yogesh et al., 2024).

پایبندی به درمان از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که ارتباط آن با سواد سلامت سالمندان در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است. سالمندان معمولاً باید اطلاعات متعدد و گاه پیچیده‌ای را درباره مقدار و زمان مصرف دارو، عوارض جانبی، تداخل‌های دارویی، محدودیت‌های

غذایی و مراقبت‌های تکمیلی دریافت و اجرا کنند. ضعف در فهم یا ارزیابی این اطلاعات می‌تواند به مصرف نادرست دارو، قطع درمان، خوددرمانی یا کاهش اثربخشی مراقبت منجر شود. در مطالعه‌ای بر سالمندان مبتلا به دیابت، رابطه سواد سلامت با پایبندی پزشکی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بررسی شده است و نتایج بر ضرورت توجه جدی به توانایی سالمندان در درک و استفاده از اطلاعات سلامت تأکید دارد (Kooshyar et al., 2013). به‌طور مشابه، در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در ایران نیز نقش سواد سلامت و ادراک بیماری در پایبندی دارویی مورد بررسی قرار گرفته و اهمیت شناختی و رفتاری این متغیرها در مدیریت درمان برجسته شده است (Babazadeh et al., 2024). این شواهد نشان می‌دهد که ارائه اطلاعات صرف، بدون توجه به قابلیت فهم، ارزیابی و کاربرد آن توسط سالمند، لزوماً به رفتار مطلوب سلامت منجر نمی‌شود.

خودمراقبتی نیز یکی دیگر از سازوکارهای مهم مرتبط با سواد سلامت سالمندان است. در شرایطی که سالمند باید بخشی از مراقبت را خارج از محیط درمانی و در خانه مدیریت کند، فهم اطلاعات و تبدیل آن به رفتار عملی اهمیت بیشتری می‌یابد. مرور پژوهش‌های انجام‌شده در جمعیت سالمند ایرانی نشان داده است که سواد سلامت و خودمراقبتی دو حوزه مرتبط و اساسی در حفظ و ارتقای سلامت این گروه به شمار می‌روند و ضعف در هر یک می‌تواند توانایی سالمند برای مدیریت روزمره وضعیت سلامت خود را کاهش دهد (Sayadi et al., 2023). همچنین، بررسی عوامل مؤثر بر سواد سلامت سالمندان در حوزه فعالیت بدنی نشان داده است که رفتار سلامت تنها از دانش فردی تأثیر نمی‌پذیرد، بلکه عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و ارتباطی نیز در توانایی سالمند برای دریافت و به‌کارگیری اطلاعات نقش دارند (Moeini et al., 2022). بنابراین، رویکردهای ارتقای سواد سلامت باید از نگاه محدود به انتقال اطلاعات فاصله گرفته و شرایطی را در نظر بگیرند که سالمند در آن اطلاعات را دریافت، تفسیر و به رفتار خودمراقبتی تبدیل می‌کند.

در سال‌های اخیر، تحول محیط رسانه‌ای و گسترش فناوری‌های ارتباطی، نحوه دسترسی سالمندان به اطلاعات سلامت را دستخوش تغییر اساسی کرده است. رسانه‌های سنتی مانند تلویزیون و رادیو همچنان برای بسیاری از سالمندان منابع مهم اطلاعاتی محسوب می‌شوند، اما در کنار آن‌ها، اینترنت، شبکه‌های اجتماعی، پیام‌رسان‌ها، وبگاه‌های سلامت و برنامه‌های تلفن همراه به بخش مهمی از محیط اطلاعاتی سلامت تبدیل شده‌اند. این تحول از یک سو فرصت دسترسی سریع‌تر، متنوع‌تر و گسترده‌تر به اطلاعات را فراهم کرده و از سوی دیگر، سالمندان را با حجم بالایی از اطلاعات با کیفیت‌ها و اهداف متفاوت مواجه ساخته است. در چنین فضایی، سواد سلامت الکترونیک اهمیت پیدا می‌کند؛ مفهومی که توانایی جست‌وجو، یافتن، فهم، ارزیابی و استفاده از اطلاعات سلامت در محیط دیجیتال را شامل می‌شود. سالمندان در برخورد با این محیط با فرصت‌ها و در عین حال چالش‌هایی مانند محدودیت مهارت دیجیتال، مشکلات شناختی یا حسی، طراحی نامتناسب رابط‌های کاربری، دشواری تشخیص منابع معتبر و نیاز به حمایت اجتماعی مواجه هستند (Saadati et al., 2023).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سواد سلامت الکترونیک تنها یک مهارت فنی نیست، بلکه می‌تواند از طریق افزایش خودکارآمدی و توانایی خودمراقبتی با رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان مرتبط باشد. نتایج یک مطالعه در میان سالمندان جامعه‌زی نشان داده است که ارتباط میان سواد سلامت الکترونیک و رفتارهای ارتقای سلامت می‌تواند از طریق خودکارآمدی و توانایی خودمراقبتی توضیح داده شود (Wang et al., 2022). این یافته اهمیت نقش واسطه‌های روان‌شناختی و رفتاری را در تبدیل دسترسی دیجیتال به پیامدهای واقعی سلامت نشان می‌دهد. به بیان دیگر، حتی اگر سالمند به اطلاعات دسترسی داشته باشد، تا زمانی که اعتماد کافی به توانایی خود برای تفسیر و اجرای اطلاعات نداشته باشد، ممکن است دسترسی رسانه‌ای به تغییر رفتار منجر نشود. از این منظر، طراحی پیام‌ها و برنامه‌های رسانه‌ای باید نه تنها انتقال اطلاعات، بلکه افزایش اعتماد به نفس مخاطب، سهولت کاربرد پیام و امکان تبدیل دانش به کنش را هدف قرار دهد.

رسانه‌های اجتماعی به‌ویژه در سال‌های اخیر به یکی از منابع مهم اطلاعات سلامت تبدیل شده‌اند. ویژگی‌هایی مانند سرعت انتشار، قابلیت تعامل، دسترسی مستمر، تنوع قالب‌های دیداری و شنیداری و امکان دریافت تجربه‌های دیگران، ظرفیت قابل توجهی برای آموزش سلامت ایجاد می‌کنند. با این حال، همین ویژگی‌ها می‌توانند با گسترش اطلاعات نادرست، تبلیغات غیرعلمی و توصیه‌های متناقض همراه شوند. مطالعات

نشان داده‌اند که ارتباط سالمندان با رسانه‌های اجتماعی و اطلاعات سلامت می‌تواند تحت تأثیر سطح سواد سلامت الکترونیک آنان قرار گیرد. در مطالعه‌ای درباره رابطه رسانه‌های اجتماعی و تغذیه سالم سالمندان، سواد سلامت الکترونیک به‌عنوان یکی از سازوکارهای واسطه‌ای مهم مطرح شده و نگرش فرد نسبت به سالمندی نیز در این رابطه نقش تعدیل‌کننده داشته است (Wang et al., 2024). این یافته بیانگر آن است که اثر رسانه بر رفتار سلامت مستقیم و یکسان نیست، بلکه به توانایی‌های شناختی، نگرش‌ها و قابلیت استفاده سالمند از اطلاعات وابسته است.

ارتباط میان تماس با رسانه و سواد سلامت را باید در چارچوبی گسترده‌تر از مواجهه ساده با محتوا بررسی کرد. میزان و نوع استفاده از رسانه، اعتماد به منابع، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی می‌توانند تعیین کنند که تماس رسانه‌ای تا چه حد به افزایش سواد سلامت منجر شود. پژوهشی در میان افراد میانسال و سالمند نشان داده است که تماس با رسانه می‌تواند از طریق زنجیره‌ای از حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی با سواد سلامت ارتباط پیدا کند (Jiang et al., 2024). این نتیجه اهمیت زمینه اجتماعی دریافت پیام را نشان می‌دهد و بیان می‌کند که سالمند به‌عنوان مخاطبی منفرد و جدا از شبکه روابط خانوادگی و اجتماعی خود عمل نمی‌کند. خانواده، دوستان، مراقبان، پزشکان و سایر افراد مورد اعتماد می‌توانند بر انتخاب منابع، تفسیر پیام و تصمیم‌گیری سلامت اثر بگذارند. بنابراین، طراحی مدل ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها مستلزم توجه هم‌زمان به ویژگی‌های پیام، ویژگی‌های مخاطب و شبکه حمایتی پیرامون اوست.

ویژگی‌های فردی نیز در تفاوت سطح سواد سلامت سالمندان نقش اساسی دارند. سن، تحصیلات، وضعیت شناختی، شرایط اقتصادی، تجربه بیماری، اعتمادبه‌نفس، نگرش نسبت به سلامت و شخصیت می‌توانند بر نحوه دریافت و پردازش اطلاعات تأثیر بگذارند. یافته‌های جدید نشان داده‌اند که برخی ویژگی‌های شخصیتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن با سواد سلامت ارتباط دارند و خانواده و خودکارآمدی می‌توانند در این ارتباط نقش میانجی ایفا کنند (Zhang et al., 2024). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که رویکرد «یک پیام برای همه» در ارتباطات سلامت سالمندان نمی‌تواند پاسخ‌گوی تنوع نیازهای این گروه باشد. برخی سالمندان ممکن است به پیام‌های ساده و تکرارشونده نیاز داشته باشند، برخی از محتوای تحلیلی‌تر استقبال کنند و برخی دیگر برای استفاده از پیام نیازمند همراهی خانواده یا متخصص باشند. ازاین‌رو، مخاطب‌شناسی و بخش‌بندی سالمندان بر اساس نیاز، توانایی و الگوی استفاده از رسانه باید بخش مهمی از هر مدل ارتباطی مؤثر باشد.

در حوزه سلامت روان نیز مسئله سواد سلامت سالمندان اهمیت قابل توجهی دارد. مشکلات سلامت روان در سالمندی ممکن است به دلیل انگ اجتماعی، ناآگاهی، دشواری تشخیص علائم یا باورهای فرهنگی کمتر شناسایی و درمان شوند. پژوهش بر سالمندان پنهانده نشان داده است که پایین بودن سواد سلامت روان می‌تواند مانعی برای فهم، تشخیص و پاسخ مناسب به علائم افسردگی باشد (Lee et al., 2010). همچنین، یافته‌های مرتبط با استفاده سالمندان از خدمات سلامت روان نشان می‌دهد که سواد سلامت روان، نیاز ادراک‌شده، انگ خود و برخی ویژگی‌های روان‌شناختی می‌توانند در مراجعه برای دریافت خدمات نقش داشته باشند (Mackenzie & Pankratz, 2025). این حوزه نمونه روشنی از آن است که سواد سلامت فقط به اطلاعات بیماری‌های جسمی محدود نیست و رسانه‌ها باید قادر باشند محتوای سلامت روان را نیز با زبانی غیرانگ‌زنده، ساده، قابل اعتماد و متناسب با نگرش‌های سالمندان ارائه کنند.

یکی از چالش‌های بنیادین در ارتباطات سلامت سالمندان، فاصله میان «دسترسی به اطلاعات» و «استفاده مؤثر از اطلاعات» است. در محیط رسانه‌ای جدید، مشکل اصلی لزوماً کمبود اطلاعات نیست، بلکه گاه وفور، پراکندگی و ناهمگونی اطلاعات خود به مانعی برای تصمیم‌گیری تبدیل می‌شود. سالمند ممکن است هم‌زمان با توصیه‌های پزشک، مطالب شبکه‌های اجتماعی، تجربه دوستان، تبلیغات محصولات سلامت و محتوای وبگاه‌های مختلف مواجه شود و توان کافی برای ارزیابی اعتبار آن‌ها نداشته باشد. در این شرایط، ارتقای سواد سلامت باید شامل توانایی تشخیص منبع معتبر، مقایسه اطلاعات، شناسایی هدف تجاری پیام و پرهیز از پذیرش توصیه‌های فاقد شواهد باشد. اهمیت این موضوع در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بیشتر است، زیرا تصمیم نادرست درباره دارو یا درمان می‌تواند پیامدهای جدی‌تری ایجاد کند. پژوهش‌های

مربوط به بار درمانی، پابندی دارویی و سواد سلامت نیز بر این واقعیت تأکید دارند که پیچیدگی مدیریت سلامت در سالمندان نیازمند توانایی‌هایی فراتر از دریافت منفعلانه اطلاعات است (Selvakumar et al., 2023).

علاوه بر این، مفهوم سواد سلامت در سالمندان باید با توانمندسازی پیوند داده شود. توانمندسازی به معنای ایجاد ظرفیت برای مشارکت آگاهانه در تصمیم‌های سلامت، طرح پرسش از متخصص، ارزیابی گزینه‌ها و داشتن احساس کنترل بر فرایند مراقبت است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند سالمندانی که از سطح بالاتری از سواد سلامت و توانمندسازی برخوردارند، می‌توانند کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه کنند (Çiftci et al., 2023). در همین راستا، خودکارآمدی یکی از سازوکارهای کلیدی در تبدیل دانش سلامت به رفتار است و مطالعات مختلف نقش آن را در رابطه میان سواد سلامت، ارتباطات خانوادگی، تماس با رسانه و رفتارهای سلامت نشان داده‌اند (Jiang et al., 2024; Wang et al., 2022; Zhang et al., 2024). بنابراین، یک مدل رسانه‌ای مؤثر باید علاوه بر ساده‌سازی اطلاعات، به سالمند احساس توانایی برای استفاده از اطلاعات بدهد و او را از مخاطب منفعل به مشارکت‌کننده فعال تبدیل کند.

با وجود گسترش مطالعات کمی درباره سطح سواد سلامت و ارتباط آن با کیفیت زندگی، پابندی درمانی، خودمراقبتی و رفتارهای ارتقای سلامت، هنوز درک جامعی از چگونگی طراحی نظام رسانه‌ای متناسب با نیازهای واقعی سالمندان وجود ندارد. بخشی از مطالعات بر رابطه سواد سلامت با پیامدهای سلامت تمرکز داشته‌اند (Liu et al., 2015; Lu et al., 2023)، بخشی نقش آن را در کیفیت زندگی و سالمندی فعال بررسی کرده‌اند (Sirisuwan et al., 2022; Yogesh et al., 2024)، برخی بر پابندی دارویی و مدیریت بیماری متمرکز بوده‌اند (Babazadeh et al., 2024; Kooshyar et al., 2013) و گروه دیگری به سواد سلامت الکترونیک و نقش رسانه‌های دیجیتال پرداخته‌اند (Saadati et al., 2023; Wang et al., 2024). این شواهد اگرچه اهمیت سواد سلامت را به‌خوبی نشان می‌دهند، اما برای پاسخ به پرسش اصلی طراحی ارتباطات سلامت کافی نیستند؛ زیرا مشخص نمی‌کنند سالمندان در تعامل واقعی با رسانه چه نیازهایی دارند، چه عواملی دریافت و فهم پیام را تسهیل یا مختل می‌کنند و چه سازوکاری می‌تواند این نیازها را به راهبردهای ارتباطی منسجم تبدیل کند.

از سوی دیگر، شواهد حاصل از پژوهش‌های کیفی نشان می‌دهد که سواد سلامت سالمندان پدیده‌ای چندبعدی است و در بستر زندگی واقعی، تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، محیطی و ساختاری قرار می‌گیرد (Moeini et al., 2022). همین امر ضرورت استفاده از رویکردهای اکتشافی را افزایش می‌دهد؛ زیرا بسیاری از عوامل تعیین‌کننده اثربخشی پیام‌های سلامت را نمی‌توان تنها با سنجش متغیرهای از پیش تعیین‌شده توضیح داد. برای مثال، ممکن است سالمند از نظر فنی به اینترنت دسترسی داشته باشد، اما به دلیل بی‌اعتمادی به منابع، ترس از فناوری یا وابستگی به اعضای خانواده نتواند از آن استفاده مؤثر کند. در مقابل، فردی با سطح تحصیلات پایین ممکن است از طریق رسانه‌های دیداری یا ارتباط با افراد مورد اعتماد به‌خوبی پیام سلامت را دریافت کند. بنابراین، طراحی مدل مفهومی باید بر تجربه واقعی مخاطب و روابط میان شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها استوار باشد.

در فضای رسانه‌ای امروز، ارتقای سواد سلامت سالمندان همچنین نیازمند رویکردی میان‌رشته‌ای است که دانش ارتباطات، آموزش سلامت، سالمندی، رفتار سلامت و فناوری را با یکدیگر ترکیب کند. رسانه صرفاً کانال انتقال پیام نیست، بلکه بخشی از محیط تصمیم‌گیری سلامت است که می‌تواند اعتماد، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتار را شکل دهد. مطالعه مسیرهای تماس رسانه‌ای نشان داده است که اثر رسانه بر سواد سلامت می‌تواند از طریق سازوکارهای اجتماعی و روان‌شناختی تحقق یابد (Jiang et al., 2024)، در حالی که پژوهش‌های حوزه رسانه‌های اجتماعی بر نقش سواد سلامت الکترونیک در تبدیل مواجهه رسانه‌ای به رفتار سالم تأکید دارند (Wang et al., 2024). از این‌رو، اثربخشی پیام سلامت زمانی افزایش می‌یابد که رسانه از انتشار عمومی و غیرتفکیک‌شده اطلاعات فاصله گرفته و به شناخت نیازهای مخاطب، طراحی متناسب محتوا، اعتباربخشی منابع، تعامل دوسویه و حمایت از تصمیم‌گیری آگاهانه توجه کند.

در زمینه ایران نیز توجه به این مسئله اهمیت مضاعفی دارد. مطالعات داخلی نشان داده‌اند که سواد سلامت سالمندان با خودمراقبتی، پابندی درمانی و سایر پیامدهای مرتبط با سلامت پیوند دارد (Babazadeh et al., 2024; Kooshyar et al., 2013; Sayadi et al., 2023).

بالین حال، تغییر سریع محیط رسانه‌ای، افزایش استفاده از تلفن هوشمند و شبکه‌های اجتماعی و هم‌زمانی رسانه‌های سنتی و جدید، شرایط پیچیده‌ای برای سالمندان ایجاد کرده است. از یک سو، فرصت دریافت اطلاعات سلامت نسبت به گذشته افزایش یافته و از سوی دیگر، بار شناختی ناشی از حجم اطلاعات و خطر مواجهه با اطلاعات نادرست بیشتر شده است. این شرایط ضرورت ارائه الگویی را برجسته می‌کند که تنها بر ارتقای دانش سلامت تمرکز نداشته باشد، بلکه ویژگی‌های مخاطبان سالمند، شیوه‌های مصرف رسانه، میزان اعتماد، حمایت خانوادگی، محدودیت‌های دیجیتال و نیاز به محتوای ساده، معتبر و قابل استفاده را به‌صورت یکپارچه در نظر گیرد.

برآیند مطالعات پیشین نشان می‌دهد که ارتقای سواد سلامت سالمندان نیازمند گذار از رویکرد انتقال یک‌سویه اطلاعات به رویکرد مخاطب‌محور، تعاملی و توانمندساز است؛ رویکردی که در آن رسانه نه تنها منبع اطلاع‌رسانی، بلکه تسهیل‌کننده فهم، ارزیابی، انتخاب و کاربرد اطلاعات سلامت باشد. اهمیت کیفیت زندگی (Sirisuwan et al., 2022)، خودمراقبتی (Sayadi et al., 2023)، پایبندی درمانی (Babazadeh et al., 2024)، مدیریت چندبیماری (Yogesh et al., 2024)، سلامت روان (Mackenzie & Pankratz, 2025)، سواد الکترونیک (Saadati et al., 2023)، خودکارآمدی (Wang et al., 2022) و نقش رسانه و حمایت اجتماعی (Jiang et al., 2024) نشان می‌دهد که سواد سلامت سالمندان حاصل تعامل مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی، رسانه‌ای و ساختاری است و نمی‌توان آن را با یک مداخله آموزشی منفرد توضیح داد؛ ازاین‌رو، نیاز به مدلی برخاسته از داده‌های تجربی و دیدگاه خبرگان وجود دارد که روابط میان این مؤلفه‌ها را در قالب یک چارچوب منسجم تبیین کند.

هدف پژوهش حاضر طراحی مدل مفهومی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان با استفاده از رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد بود.

روش‌شناسی

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر رویکرد، کیفی بود و با استفاده از روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد مبتنی بر الگوی نظام‌مند اشتراوس و کوربین انجام شد. انتخاب این روش با توجه به ماهیت اکتشافی پژوهش و ضرورت دستیابی به درکی عمیق از عوامل، شرایط و فرایندهای مؤثر بر ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها صورت گرفت. هدف اصلی بخش کیفی، استخراج مؤلفه‌ها و روابط میان آن‌ها و در نهایت طراحی یک مدل مفهومی مبتنی بر تجارب، دیدگاه‌ها و ادراکات خبرگان درباره نیازهای رسانه‌ای و سلامت سالمندان بود. جامعه مشارکت‌کنندگان پژوهش را خبرگان و صاحب‌نظران حوزه‌های ارتباطات و رسانه، آموزش و ارتقای سلامت، سواد سلامت، مطالعات سالمندی و سایر حوزه‌های مرتبط با تولید و انتقال محتوای سلامت برای سالمندان تشکیل دادند. در مجموع، ۱۲ نفر از خبرگان واجد شرایط در پژوهش مشارکت کردند. انتخاب مشارکت‌کنندگان در مرحله نخست به‌صورت هدفمند و بر اساس برخورداری از دانش تخصصی، تجربه حرفه‌ای و سابقه علمی یا اجرایی مرتبط با موضوع پژوهش انجام شد و در ادامه، هم‌زمان با تحلیل داده‌ها، نمونه‌گیری نظری برای تکمیل مقوله‌های در حال شکل‌گیری و بررسی ابعاد کمتر توسعه‌یافته آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. معیارهای اصلی ورود به پژوهش شامل برخورداری از تحصیلات یا تجربه تخصصی مرتبط با حوزه‌های رسانه، ارتباطات، سلامت یا سالمندی، داشتن سابقه علمی، پژوهشی، آموزشی یا اجرایی مرتبط با موضوع، آشنایی با مسائل و نیازهای سلامت سالمندان و تمایل به مشارکت آگاهانه در مصاحبه بود. فرایند انتخاب و مصاحبه با مشارکت‌کنندگان تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدید دیگر به شکل‌گیری مفهوم، ویژگی یا رابطه تازه‌ای میان مقوله‌ها منجر نشد و اشباع نظری حاصل شد. در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاق پژوهش کیفی شامل مشارکت داوطلبانه، توضیح هدف مطالعه، اخذ رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی اطلاعات، ناشناس‌سازی اظهارات مشارکت‌کنندگان و امکان انصراف از پژوهش در هر مرحله رعایت شد.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق بود که بر اساس اهداف پژوهش و با تمرکز بر شناسایی نیازهای سالمندان در زمینه دریافت و درک پیام‌های سلامت از طریق رسانه‌ها طراحی شد. مصاحبه‌ها با پرسش‌های کلی و باز آغاز می‌شد تا مشارکت‌کنندگان بتوانند

دیدگاه‌ها و تجارب خود را بدون محدودیت مطرح کنند و سپس، بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده و مفاهیم در حال ظهور، پرسش‌های کاوشگرانه و تکمیلی مطرح می‌شد. محورهای اصلی مصاحبه شامل برداشت مشارکت‌کنندگان از وضعیت سواد سلامت سالمندان، مهم‌ترین نیازهای اطلاعاتی و ارتباطی این گروه، ویژگی‌های محتوای سلامت مناسب برای سالمندان، نقش رسانه‌های مختلف در ارتقای سواد سلامت، موانع دسترسی، فهم و کاربرد اطلاعات سلامت، عوامل مؤثر بر اعتماد سالمندان به پیام‌های رسانه‌ای، نقش خانواده و نهادهای اجتماعی، الزامات تولید محتوای قابل فهم و متناسب با ویژگی‌های شناختی و اجتماعی سالمندان، راهبردهای ارتقای مشارکت سالمندان در دریافت و استفاده از اطلاعات سلامت و پیامدهای احتمالی ارتقای سواد سلامت رسانه‌ای آنان بود. ساختار مصاحبه‌ها انعطاف‌پذیر بود و در طول فرایند گردآوری داده‌ها، متناسب با نتایج تحلیل اولیه و مقوله‌های در حال ظهور اصلاح و تکمیل شد. در مواردی که یک مفهوم نیازمند توضیح بیشتر بود، از پرسش‌هایی نظیر «منظور شما از این موضوع چیست؟»، «چه عواملی موجب ایجاد این وضعیت می‌شوند؟»، «این موضوع در عمل چگونه رخ می‌دهد؟» و «چه پیامدهایی می‌تواند داشته باشد؟» برای تعمیق داده‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و بلافاصله پس از انجام، به صورت کامل و کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند. علاوه بر متن مصاحبه‌ها، یادداشت‌های میدانی و یادداشت‌های تحلیلی پژوهشگر نیز در جریان گردآوری داده‌ها ثبت شد تا برداشت‌های اولیه، ارتباط میان مفاهیم، پرسش‌های احتمالی برای مصاحبه‌های بعدی و ایده‌های مرتبط با شکل‌گیری مدل مفهومی مستندسازی شود. گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان انجام گرفت؛ بنابراین، یافته‌های حاصل از هر مصاحبه در تعیین جهت و محتوای مصاحبه‌های بعدی و انتخاب مشارکت‌کنندگان بعدی نقش داشت.

تحلیل داده‌ها بر اساس فرایند کدگذاری نظام‌مند نظریه‌پردازی داده‌بنیاد اشتراوس و کوربین و در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. تحلیل از نخستین مصاحبه آغاز شد و هم‌زمان با ادامه گردآوری داده‌ها پیش رفت. در مرحله کدگذاری باز، متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد و واحدهای معنایی مرتبط با موضوع پژوهش شناسایی گردید. سپس، برای هر واحد معنایی یک یا چند کد اولیه متناسب با محتوای آن اختصاص یافت. کدهای مشابه از نظر معنایی و مفهومی با یکدیگر مقایسه و در قالب مفاهیم انتزاعی‌تر گروه‌بندی شدند و در ادامه، مفاهیم دارای ویژگی‌ها و ابعاد مشترک در مقوله‌های اولیه قرار گرفتند. در مرحله کدگذاری محوری، روابط میان مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها بررسی شد و داده‌ها بر اساس الگوی پارادایمی اشتراوس و کوربین شامل شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، پدیده محوری، راهبردها و پیامدها سازمان‌دهی شدند. در این مرحله، تلاش شد مشخص شود چه عوامل و نیازهایی موجب شکل‌گیری ضرورت ارتقای سواد سلامت سالمندان از طریق رسانه‌ها می‌شوند، چه شرایط محیطی و اجتماعی بر این فرایند اثرگذارند، چه موانع یا عوامل تسهیل‌کننده‌ای وجود دارند، چه راهبردهای رسانه‌ای می‌توان برای پاسخ به نیازهای مخاطبان سالمند اتخاذ کرد و اجرای این راهبردها چه پیامدهایی برای سالمندان و نظام ارتباطات سلامت خواهد داشت. در مرحله کدگذاری انتخابی، مقوله مرکزی پژوهش بر اساس بیشترین توان تبیینی و ارتباط با سایر مقوله‌ها شناسایی شد و سایر مقوله‌ها در پیرامون آن یکپارچه شدند تا چارچوب نهایی و مدل مفهومی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان شکل گیرد. در سراسر فرایند تحلیل، از روش مقایسه مستمر استفاده شد؛ به این معنا که داده‌ها به طور مداوم با داده‌های قبلی، کدها با یکدیگر، کدها با مقوله‌ها و مقوله‌ها با یکدیگر مقایسه شدند تا شباهت‌ها، تفاوت‌ها، روابط و ابعاد مفهومی آن‌ها مشخص شود. همچنین، یادداشت‌نویسی تحلیلی به عنوان بخشی از فرایند تحلیل برای ثبت ایده‌های نظری، روابط احتمالی میان مقوله‌ها و روند تکامل مدل انجام شد. برای افزایش استحکام و اعتمادپذیری یافته‌ها، معیارهای اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری مورد توجه قرار گرفت و از راهکارهایی مانند درگیری مستمر با داده‌ها، بازبینی مکرر کدگذاری‌ها، مقایسه مستمر داده‌ها و مقوله‌ها، بازگشت به داده‌های خام برای تأیید تفاسیر و بررسی تطابق مدل نهایی با محتوای مصاحبه‌ها استفاده شد. فرایند تحلیل تا زمانی ادامه یافت که مقوله‌ها از نظر ویژگی‌ها، ابعاد و روابط مفهومی به کفایت نظری رسیدند و داده جدیدی که بتواند ساختار مدل حاصل را به طور معناداری تغییر دهد، به دست نیامد.

در این پژوهش، ۱۲ نفر از خبرگان حوزه‌های ارتباطات و رسانه، آموزش و ارتقای سلامت، سواد سلامت و مطالعات سالمندی در فرایند مصاحبه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشتند. از نظر جنسیت، ۷ نفر از مشارکت‌کنندگان مرد و ۵ نفر زن بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۳۸ تا ۶۲ سال قرار داشت و میانگین تقریبی سن آنان ۴۹٫۶ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۹ نفر دارای مدرک دکتری تخصصی و ۳ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر زمینه تخصصی، ۴ نفر در حوزه ارتباطات و مطالعات رسانه، ۳ نفر در حوزه آموزش و ارتقای سلامت، ۳ نفر در حوزه سالمندی و سلامت سالمندان و ۲ نفر در حوزه سواد سلامت و ارتباطات سلامت فعالیت داشتند. سابقه فعالیت علمی، پژوهشی یا اجرایی مشارکت‌کنندگان بین ۱۰ تا ۳۰ سال متغیر بود؛ به‌طوری‌که ۳ نفر دارای ۱۰ تا ۱۵ سال، ۵ نفر دارای ۱۶ تا ۲۰ سال و ۴ نفر دارای بیش از ۲۰ سال سابقه تخصصی بودند. تنوع تخصصی و تجربی مشارکت‌کنندگان موجب شد پدیده ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها از دیدگاه‌های مکمل و چندرشته‌ای بررسی شود. تحلیل هم‌زمان داده‌ها با گردآوری مصاحبه‌ها نشان داد که از مصاحبه دهم به بعد، بخش عمده مقوله‌های اصلی تثبیت شده بود و دو مصاحبه پایانی عمده‌تأ برای اطمینان از کفایت نظری، تکمیل ویژگی‌های مقوله‌ها و بررسی روابط میان آن‌ها انجام شد؛ به‌گونه‌ای که در پایان مصاحبه دوازدهم مفهوم یا رابطه بنیادی جدیدی که ساختار مدل را تغییر دهد، استخراج نشد و اشباع نظری حاصل شد.

جدول ۱. فرایند تقلیل و انتزاع داده‌ها از کدهای اولیه تا مقوله‌های اصلی

مرحله تحلیل	تعداد استخراج شده	توضیح
گزاره‌ها و واحدهای معنایی اولیه	۶۸۷	بخش‌های معنادار استخراج شده از متن مصاحبه‌ها که مستقیماً با نیازهای سالمندان، ویژگی‌های رسانه، محتوای سلامت، موانع ارتباطی و راهبردهای ارتقای سواد سلامت مرتبط بودند
کدهای اولیه	۳۴۲	کدهای مفهومی حاصل از کدگذاری باز که مضمون اصلی هر واحد معنایی را منعکس می‌کردند
کدهای اولیه پس از ادغام موارد مشابه	۱۸۶	کدهای پالایش شده پس از حذف تکرارها و ادغام کدهای دارای همپوشانی مفهومی
مفاهیم	۵۳	مفاهیم سطح بالاتر حاصل از طبقه‌بندی کدهای مشابه بر اساس اشتراک معنایی
زیرمقوله‌ها	۲۱	مجموعه‌های مفهومی منسجم که ابعاد متفاوت پدیده مورد مطالعه را نشان می‌دادند
مقوله‌های اصلی	۶	مقوله‌های نهایی منطبق با الگوی پارادایمی شامل شرایط علّی، پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها
مقوله هسته	۱	«توانمندسازی سالمند برای دسترسی، فهم، ارزیابی و به‌کارگیری آگاهانه اطلاعات سلامت در بستر رسانه‌های متناسب با نیازهای مخاطب»

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تحلیل داده‌ها با استخراج ۶۸۷ واحد معنایی از متن مصاحبه‌ها آغاز شد. در مرحله کدگذاری باز، این واحدها به ۳۴۲ کد اولیه تبدیل شدند. به دلیل تکرار برخی مضامین و همپوشانی مفهومی بخشی از کدها، فرایند مقایسه مستمر میان کدها انجام شد و پس از ادغام کدهای مشابه، ۱۸۶ کد متمایز و معنادار باقی ماند. این کدها در سطحی انتزاعی‌تر در قالب ۵۳ مفهوم طبقه‌بندی شدند و سپس با بررسی ویژگی‌ها، ابعاد و ارتباط‌های مفهومی، ۲۱ زیرمقوله شکل گرفت. در مرحله کدگذاری محوری، زیرمقوله‌ها بر اساس منطق الگوی پارادایمی اشتراوس و کوربین در شش مقوله اصلی شامل شرایط علّی، پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها سازمان‌دهی شدند. در نهایت، در مرحله کدگذاری انتخابی، مقوله «توانمندسازی سالمند برای دسترسی، فهم، ارزیابی و به‌کارگیری آگاهانه اطلاعات سلامت در بستر رسانه‌های متناسب با نیازهای مخاطب» به‌عنوان مقوله هسته انتخاب شد. این مقوله از یک سو بازتاب‌دهنده نیاز اصلی سالمندان به برخورداری از اطلاعات سلامت قابل دسترس، قابل فهم و قابل اعتماد بود و از سوی دیگر، ارتباط نظری میان ویژگی‌های رسانه، نیازهای مخاطب، موانع استفاده از اطلاعات، راهبردهای ارتباطی و پیامدهای رفتاری و سلامت را برقرار می‌کرد.

جدول ۲. شرایط علی و پدیده محوری در مدل ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها

مقوله اصلی	زیرمقوله	مفاهیم اصلی
شرایط علی	افزایش نیازهای اطلاعاتی ناشی از سالمندی	افزایش بیماری‌های مزمن، مصرف هم‌زمان داروها، نیاز به خودمراقبتی، نیاز به تصمیم‌گیری درباره درمان، نیاز مستمر به اطلاعات پیشگیرانه
شرایط علی	ناکافی بودن تناسب محتوای سلامت با ویژگی‌های سالمندان	زبان تخصصی و پیچیده، سرعت بالای ارائه اطلاعات، حجم زیاد پیام، فقدان ساختار ساده و مرحله‌ای، عدم توجه به محدودیت‌های شناختی و حسی
شرایط علی	گسترش مواجهه سالمندان با اطلاعات سلامت ناهمگون	تعدد منابع رسانه‌ای، تناقض میان پیام‌ها، دشواری تشخیص منابع معتبر، افزایش محتوای غیرتخصصی، تبلیغات شبه‌سلامت
شرایط علی	افزایش وابستگی تصمیم‌های سلامت به رسانه‌ها	استفاده از اینترنت برای شناخت بیماری، جست‌وجوی علائم، دریافت توصیه‌های تغذیه‌ای و دارویی، استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای تصمیم‌گیری سلامت
پدیده محوری	نیاز به سواد سلامت رسانه‌ای متناسب با ویژگی‌های سالمندی	توانایی دسترسی به اطلاعات، فهم پیام سلامت، ارزیابی اعتبار منبع، تشخیص اطلاعات نادرست، مقایسه گزینه‌های سلامت، تبدیل اطلاعات به رفتار عملی
پدیده محوری	ضرورت مخاطب‌محوری در ارتباطات سلامت سالمندان	شناخت نیازهای واقعی سالمند، تفکیک مخاطبان بر اساس توانایی و شرایط، توجه به زبان و فرهنگ، طراحی پیام متناسب با سطح سواد و توان دیجیتال

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که شکل‌گیری نیاز به ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها، حاصل یک عامل منفرد نیست، بلکه از تعامل چند دسته شرایط علی ناشی می‌شود. نخستین عامل، افزایش نیازهای اطلاعاتی متناسب با فرایند سالمندی است. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن، مصرف چندین دارو، ضرورت رعایت رژیم‌های درمانی و تغذیه‌ای، نیاز به پیشگیری از عوارض بیماری و اهمیت خودمراقبتی سبب می‌شود سالمندان بیش از بسیاری از گروه‌های دیگر به اطلاعات سلامت مستمر و کاربردی نیاز داشته باشند. باین حال، این نیاز در شرایطی شکل می‌گیرد که بخش قابل توجهی از محتوای سلامت موجود در رسانه‌ها با توانایی‌ها و ویژگی‌های این گروه سنی تناسب کافی ندارد. کاربرد واژگان تخصصی، جملات طولانی، سرعت زیاد در برنامه‌های صوتی و تصویری، اندازه کوچک نوشته‌ها، تراکم اطلاعات و فقدان توضیح مرحله‌ای موجب کاهش قابلیت فهم پیام می‌شود. از سوی دیگر، سالمندان در معرض مجموعه‌ای گسترده و گاه متناقض از اطلاعات سلامت قرار دارند و مرز میان اطلاعات تخصصی، توصیه تجربی، تبلیغات تجاری و محتوای نادرست برای آنان همیشه روشن نیست. در چنین شرایطی، رسانه‌ها به تدریج به یکی از منابع اثرگذار بر تصمیم‌های سلامت تبدیل شده‌اند و سالمندان برای شناخت علائم بیماری، بررسی داروها، انتخاب رفتارهای پیشگیرانه و تفسیر توصیه‌های پزشکی از رسانه‌های سنتی و دیجیتال استفاده می‌کنند. برآیند این شرایط، شکل‌گیری پدیده محوری «نیاز به سواد سلامت رسانه‌ای متناسب با ویژگی‌های سالمندی» بود که فراتر از دسترسی ساده به اطلاعات تعریف شد و توانایی فهم، ارزیابی، انتخاب و کاربرد مسئولانه اطلاعات سلامت را در بر می‌گیرد. یافته‌ها همچنین نشان داد که ارتقای این توانایی بدون اتخاذ رویکرد مخاطب‌محور امکان‌پذیر نیست؛ زیرا تفاوت سالمندان از نظر سطح تحصیلات، وضعیت سلامت، مهارت دیجیتال، شرایط اقتصادی، زبان، فرهنگ و میزان حمایت خانوادگی سبب می‌شود یک الگوی ارتباطی یکسان برای همه آنان اثربخشی یکسانی نداشته باشد.

جدول ۳. شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر مؤثر بر ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها

مقوله اصلی	زیرمقوله	مفاهیم اصلی
شرایط زمینه‌ای	ویژگی‌های فردی سالمندان	سطح تحصیلات، سواد عمومی، وضعیت شناختی، وضعیت بینایی و شنوایی، تجربه بیماری، انگیزه یادگیری، خودکارآمدی
شرایط زمینه‌ای	شرایط اجتماعی و خانوادگی	حمایت فرزندان، نقش مراقبان، شبکه روابط اجتماعی، میزان انزوای اجتماعی، مشارکت خانوادگی در تصمیم‌های سلامت
شرایط زمینه‌ای	الگوی مصرف رسانه	استفاده از تلویزیون، رادیو، پیام‌رسان‌ها، شبکه‌های اجتماعی، وبگاه‌های سلامت، ترجیح رسانه‌های دیداری و شنیداری

شرایط زمینه‌ای	دسترسی به فناوری و خدمات	دسترسی به تلفن هوشمند، اینترنت، تجهیزات دیجیتال، مراکز سلامت، خدمات مشاوره و آموزش
شرایط مداخله‌گر	شکاف دیجیتال سالمندان	ضعف مهارت کار با ابزارها، ترس از فناوری، دشواری نصب و استفاده از برنامه‌ها، مشکلات ورود و جست‌وجو در سامانه‌ها
شرایط مداخله‌گر	اعتماد یا بی‌اعتمادی رسانه‌ای	اعتبار منبع، شناخته شده بودن متخصص، وابستگی سازمانی رسانه، تجربه قبلی مخاطب، شفافیت منبع پیام
شرایط مداخله‌گر	آلودگی اطلاعاتی و اخبار نادرست	توصیه‌های فاقد پشتوانه، تبلیغات درمانی، محتوای هیجانی، شبه علم، تناقض اطلاعات، بازنشر بدون ارزیابی
شرایط مداخله‌گر	محدودیت‌های ساختاری تولید پیام سلامت	ضعف هماهنگی رسانه و نظام سلامت، نبود استاندارد محتوایی، کمبود تولید محتوای اختصاصی سالمندان، غلبه رویکرد عمومی بر مخاطب‌محوری
شرایط مداخله‌گر	موانع اقتصادی و فرهنگی	هزینه اینترنت و ابزار، تفاوت‌های فرهنگی، نگرش منفی به فناوری، ترجیح اطلاعات شفاهی، وابستگی به توصیه اطرافیان

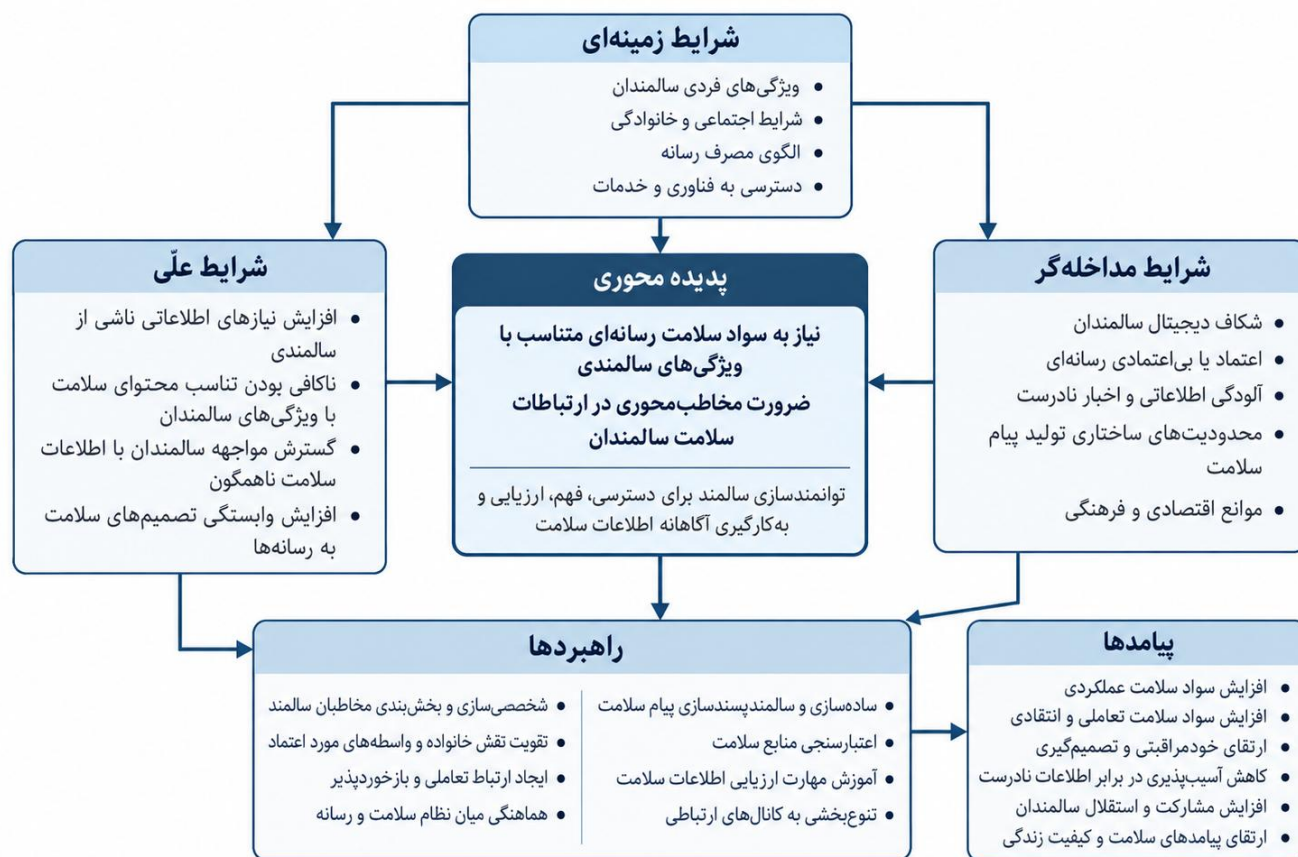
مطابق جدول ۳، شرایط زمینه‌ای تعیین می‌کنند که سالمند تا چه میزان بتواند از فرصت‌های رسانه‌ای برای ارتقای سواد سلامت خود بهره گیرد. سطح تحصیلات، توانایی خواندن و درک متن، وضعیت حافظه، بینایی و شنوایی، تجربه زیسته بیماری و اعتماد به نفس در استفاده از اطلاعات، از مهم‌ترین عوامل فردی شناسایی شده بودند. مشارکت‌کنندگان همچنین نقش خانواده را بسیار برجسته ارزیابی کردند؛ به‌ویژه در سالمندانی که مهارت دیجیتال پایین‌تری داشتند، فرزندان و مراقبان عملاً نقش واسطه دسترسی به اطلاعات سلامت را ایفا می‌کردند. الگوی مصرف رسانه‌ای نیز از نظر نوع رسانه، زمان استفاده و هدف مراجعه متفاوت بود. تلویزیون همچنان برای بخشی از سالمندان دارای اعتبار و قابلیت دسترسی بالاتر بود، در حالی که استفاده از پیام‌رسان‌ها و شبکه‌های اجتماعی به‌ویژه در سالمندان جوان‌تر یا تحصیل کرده‌تر در حال افزایش بود. در کنار این عوامل، مجموعه‌ای از شرایط مداخله‌گر می‌توانستند اثربخشی برنامه‌های ارتقای سواد سلامت را تقویت یا تضعیف کنند. شکاف دیجیتال یکی از مهم‌ترین عوامل محدودکننده بود و تنها به نداشتن ابزار محدود نمی‌شد، بلکه ضعف مهارت جست‌وجو، ناتوانی در تشخیص پیوندهای معتبر، ترس از انجام عملیات اشتباه، دشواری استفاده از رابط‌های پیچیده و وابستگی به دیگران را نیز در بر می‌گرفت. همچنین، اعتماد به منبع رسانه‌ای نقش تعیین‌کننده‌ای در پذیرش پیام داشت؛ به‌گونه‌ای که حضور پزشک یا متخصص شناخته شده، ذکر نام سازمان معتبر و امکان شناسایی منبع پیام باعث افزایش پذیرش اطلاعات می‌شد. در مقابل، حجم گسترده اخبار نادرست، تبلیغات اغراق‌آمیز و توصیه‌های فاقد پشتوانه علمی، فرایند قضاوت سالمندان را دشوار می‌کرد. علاوه بر این، مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که محدودیت اصلی فقط در سطح مخاطب قرار ندارد، بلکه ساختار تولید و انتشار پیام‌های سلامت نیز با کمبودهایی روبه‌رو است؛ از جمله نبود استاندارد مشخص برای تولید محتوای مناسب سالمندان، ضعف همکاری میان متخصصان سلامت و تولیدکنندگان رسانه و کمبود محتوایی که از ابتدا بر اساس نیازهای واقعی سالمندان طراحی شده باشد.

جدول ۴. راهبردها و پیامدهای مدل ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها

مقوله اصلی	زیرمقوله	مفاهیم اصلی
راهبردها	ساده‌سازی و سالمندپسندسازی پیام سلامت	زبان ساده، جملات کوتاه، حذف اصطلاحات غیرضروری، فونت مناسب، صدای واضح، سرعت ارائه متناسب، استفاده از تصویر و مثال
راهبردها	اعتبارسنجی و نشان‌دار کردن منابع سلامت	اعلام منبع، معرفی متخصص، پیوند با نهادهای رسمی، تفکیک محتوای آموزشی از تبلیغ، هشدار درباره اطلاعات تأیید نشده
راهبردها	آموزش مهارت ارزیابی اطلاعات سلامت	آموزش تشخیص منبع معتبر، بررسی شواهد، مقایسه منابع، شناسایی تبلیغ و شبه علم، خودداری از تصمیم درمانی صرفاً رسانه‌ای
راهبردها	تنوع بخشی به کانال‌های ارتباطی	تلویزیون، رادیو، شبکه‌های اجتماعی، پیام‌رسان‌ها، وبگاه، اپلیکیشن، مراکز سلامت و رسانه‌های محلی

راهِبردها	شخصی سازی و بخش بندی مخاطبان	تفکیک بر اساس سن، بیماری، تحصیلات، مهارت دیجیتال، محل سکونت، نیاز اطلاعاتی و توانایی شناختی سالمند
راهِبردها	تقویت نقش خانواده و واسطه های مورد اعتماد	آموزش خانواده، استفاده از مراقبان، مشارکت پزشکان و بهورزان، بهره گیری از گروه های همسالان
راهِبردها	ایجاد ارتباط تعاملی و بازخوردپذیر	امکان پرسش از متخصص، پاسخ به ابهامات، دریافت بازخورد مخاطب، تولید محتوای پرسش محور، اصلاح پیام بر اساس نیاز
راهِبردها	هماهنگی میان نظام سلامت و رسانه	تدوین سیاست مشترک، تولید محتوای تخصصی، نظارت بر کیفیت، تقویم رسانه های سلامت، ارزیابی اثربخشی پیام ها
پیامدها	افزایش سواد سلامت عملکردی	بهبود درک دستورهای درمانی، شناخت بهتر علائم، استفاده صحیح از اطلاعات، درک پیام های پیشگیری
پیامدها	افزایش سواد سلامت تعاملی و انتقادی	توان پرسشگری، مقایسه منابع، ارزیابی اعتبار، کاهش پذیرش منفعلانه اطلاعات
پیامدها	ارتقای خودمراقبتی و تصمیم گیری	رعایت بهتر توصیه ها، مدیریت بیماری مزمن، استفاده مناسب از خدمات، تصمیم گیری آگاهانه تر
پیامدها	کاهش آسیب پذیری در برابر اطلاعات نادرست	کاهش خوددرمانی، کاهش مصرف محصولات فاقد اعتبار، کاهش اعتماد به شایعات و تبلیغات گمراه کننده
پیامدها	افزایش مشارکت و استقلال سالمندان	افزایش احساس کنترل بر سلامت، مشارکت در گفت و گو با پزشک، کاهش وابستگی اطلاعاتی، افزایش خودکارآمدی
پیامدها	ارتقای پیامدهای سلامت و کیفیت زندگی	پیشگیری بهتر، مراجعه به موقع، پایبندی درمانی بیشتر، کاهش اضطراب اطلاعاتی، بهبود کیفیت زندگی

بر اساس یافته های ارائه شده در جدول ۴، ارتقای سواد سلامت سالمندان نیازمند مجموعه ای به هم پیوسته از راهبردهای رسانه ای، آموزشی و نهادی است. نخستین و بنیادی ترین راهبرد، سالمندپسندسازی محتوای سلامت است؛ به این معنا که پیام باید از نظر زبان، ساختار، سرعت ارائه، اندازه نوشته ها، کیفیت صدا و میزان پیچیدگی مفهومی با توانایی های مخاطب سالمند سازگار شود. مشارکت کنندگان تأکید داشتند که ساده سازی نباید به معنای کاهش دقت علمی باشد، بلکه هدف آن تبدیل محتوای تخصصی به پیام قابل فهم و کاربردی است. دومین راهبرد، افزایش شفافیت و اعتبار منبع است؛ زیرا سالمندان در محیطی با حجم بالای اطلاعات به نشانه هایی برای تشخیص محتوای معتبر نیاز دارند. درج نام متخصص یا نهاد مسئول، تفکیک روشن میان محتوای آموزشی و تبلیغاتی و ارجاع به منابع رسمی از جمله اقدامات پیشنهادی در این زمینه بود. سومین راهبرد، آموزش مستقیم مهارت های ارزیابی اطلاعات است تا سالمند بتواند پیش از پذیرش یا اجرای یک توصیه، منبع، هدف، شواهد و سازگاری آن را با توصیه های حرفه ای بررسی کند. همچنین، استفاده همزمان از رسانه های سنتی و دیجیتال ضروری تشخیص داده شد، زیرا تمرکز صرف بر رسانه های دیجیتال می تواند بخشی از سالمندان کم مهارت یا کم برخوردار را از چرخه آموزش خارج کند. یافته ها بر ضرورت شخصی سازی پیام نیز تأکید داشتند؛ به گونه ای که محتوای سلامت بر اساس وضعیت بیماری، سطح سواد، مهارت دیجیتال و نیازهای اطلاعاتی گروه های مختلف سالمندان طراحی شود. در کنار این راهبردها، خانواده، مراقبان، پزشکان و کارکنان نظام سلامت می توانند به عنوان واسطه های قابل اعتماد نقش مهمی در تسهیل فهم و کاربرد پیام ها ایفا کنند. همچنین، یک طرفه بودن ارتباط رسانه ای از دید مشارکت کنندگان یکی از ضعف های جدی برنامه های موجود بود؛ بنابراین، امکان پرسش، بازخورد، توضیح مجدد و تعامل با متخصص به عنوان جزء ضروری مدل مطرح شد. اجرای این راهبردها پیامدهایی در چند سطح به همراه دارد. در سطح فردی، توانایی فهم و استفاده از اطلاعات سلامت افزایش می یابد؛ در سطح شناختی و انتقادی، سالمند قدرت بیشتری برای تشخیص منابع نامعتبر پیدا می کند؛ در سطح رفتاری، خودمراقبتی و پایبندی به توصیه های درمانی تقویت می شود؛ و در سطح روانی و اجتماعی، احساس استقلال، مشارکت و کنترل فرد بر تصمیم های سلامت افزایش می یابد. در نهایت، این فرایند می تواند با کاهش خوددرمانی، مراجعه به موقع تر، استفاده مناسب تر از خدمات سلامت و کاهش سردرگمی ناشی از اطلاعات متناقض، به بهبود کیفیت زندگی سالمندان منجر شود.



شکل ۱. مدل پارادایمی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان

تحلیل نهایی روابط میان مقوله‌ها نشان داد که مدل ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها دارای ساختاری فرایندی و تعاملی است. در این مدل، شرایط علی شامل افزایش نیازهای سلامت در دوران سالمندی، نامتناسب بودن بخشی از محتوای موجود با توانایی‌های سالمندان، گسترش اطلاعات ناهمگون و وابستگی بیشتر تصمیم‌های سلامت به رسانه‌ها، زمینه شکل‌گیری پدیده محوری را فراهم می‌کنند. پدیده محوری بر توانمندسازی سالمند برای دسترسی، فهم، ارزیابی و به‌کارگیری آگاهانه اطلاعات سلامت با رویکرد مخاطب‌محور استوار است. باین‌حال، نحوه بروز و اثربخشی این پدیده به شرایط زمینه‌ای نظیر سطح تحصیلات، توانایی‌های شناختی و حسی، حمایت خانوادگی، الگوی مصرف رسانه و دسترسی به فناوری وابسته است. هم‌زمان، شرایط مداخله‌گر شامل شکاف دیجیتال، بی‌اعتمادی رسانه‌ای، اخبار و اطلاعات نادرست، محدودیت‌های ساختاری نظام تولید پیام سلامت و برخی موانع اقتصادی و فرهنگی می‌توانند مسیر ارتقای سواد سلامت را تسهیل یا محدود کنند. در پاسخ به این مجموعه شرایط، راهبردهایی شامل سالمندپسندسازی محتوا، اعتبارسنجی منابع، آموزش ارزیابی انتقادی اطلاعات، استفاده از کانال‌های متنوع، بخش‌بندی مخاطبان، تقویت نقش خانواده و متخصصان، ایجاد ارتباط تعاملی و هماهنگی میان نظام سلامت و رسانه شکل می‌گیرد. اجرای منسجم این راهبردها به پیامدهایی همچون افزایش سواد سلامت عملکردی، تعاملی و انتقادی، تقویت خودمراقبتی، کاهش آسیب‌پذیری در برابر اطلاعات نادرست، افزایش استقلال در تصمیم‌گیری و در نهایت ارتقای پیامدهای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان منجر می‌شود. بر این اساس، هسته نظری مدل آن است که «ارتقای سواد سلامت سالمندان زمانی تحقق می‌یابد که رسانه از انتقال عمومی و یک‌سویه اطلاعات فاصله گرفته و به نظام ارتباطی معتبر، ساده، تعاملی، چندکاناله و متناسب با نیازها و توانایی‌های واقعی سالمندان تبدیل شود». این گزاره، ارتباط میان تمام اجزای مدل را توضیح می‌دهد و نشان می‌دهد که سواد سلامت سالمندان صرفاً ویژگی فردی مخاطب نیست، بلکه محصول تعامل میان توانایی‌های سالمند، کیفیت و ساختار پیام، قابلیت اعتماد رسانه، حمایت اجتماعی و ظرفیت نظام سلامت برای طراحی ارتباطات مخاطب‌محور است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش طراحی مدل مفهومی ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها بر پایه نیازهای مخاطبان با استفاده از رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد بود. یافته‌ها نشان داد که ارتقای سواد سلامت سالمندان در بستر رسانه را نمی‌توان صرفاً به افزایش دسترسی به اطلاعات یا تولید محتوای بیشتر محدود کرد، بلکه این فرایند حاصل تعامل مجموعه‌ای از شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر است که در نهایت بر شکل‌گیری راهبردهای ارتباطی و پیامدهای سلامت اثر می‌گذارند. در مدل نهایی، افزایش نیازهای اطلاعاتی ناشی از سالمندی، نامتناسب بودن بخشی از محتوای سلامت با ویژگی‌های سالمندان، مواجهه با اطلاعات ناهمگون و افزایش وابستگی تصمیم‌های سلامت به رسانه‌ها به‌عنوان شرایط علی شناسایی شدند. پدیده محوری مطالعه نیز در قالب نیاز به سواد سلامت رسانه‌ای متناسب با ویژگی‌های سالمندی و ضرورت مخاطب‌محوری در ارتباطات سلامت تبیین شد. افزون بر این، ویژگی‌های فردی، شرایط اجتماعی و خانوادگی، الگوی مصرف رسانه و میزان دسترسی به فناوری و خدمات به‌عنوان شرایط زمینه‌ای، و شکاف دیجیتال، اعتماد یا بی‌اعتمادی رسانه‌ای، آلودگی اطلاعاتی، محدودیت‌های ساختاری و موانع اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر شناخته شدند. بر اساس این ساختار، راهبردهایی مانند ساده‌سازی پیام، اعتبارسنجی منابع، آموزش ارزیابی اطلاعات، تنوع‌بخشی به کانال‌های ارتباطی، شخصی‌سازی محتوا، تقویت نقش خانواده، ایجاد ارتباط تعاملی و هماهنگی میان رسانه و نظام سلامت می‌توانند به افزایش سواد سلامت عملکردی، تعاملی و انتقادی، ارتقای خودمراقبتی، کاهش آسیب‌پذیری در برابر اطلاعات نادرست و بهبود کیفیت زندگی سالمندان منجر شوند.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش، نقش افزایش نیازهای اطلاعاتی سالمندان به‌عنوان یکی از محرک‌های اصلی ارتقای سواد سلامت بود. سالمندی غالباً با افزایش بیماری‌های مزمن، مصرف هم‌زمان داروها، نیاز به کنترل علائم و ضرورت انجام رفتارهای خودمراقبتی همراه است و همین وضعیت موجب می‌شود که فرد سالمند بیش از گذشته به اطلاعات دقیق، قابل فهم و کاربردی نیاز داشته باشد. این یافته با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند سواد سلامت با رفتارهای سلامت و وضعیت عمومی سلامت سالمندان ارتباط دارد و افرادی که توانایی بیشتری در فهم و استفاده از اطلاعات سلامت دارند، معمولاً در مدیریت وضعیت سلامت خود عملکرد مطلوب‌تری نشان می‌دهند (Liu et al., 2015). همچنین، در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن، سواد سلامت می‌تواند بر پیامدهای سلامت اثرگذار باشد و این ارتباط از طریق سازوکارهایی مانند خودکارآمدی و توانایی مدیریت بیماری تقویت شود (Lu et al., 2023). از این منظر، افزایش نیاز اطلاعاتی در سالمندی صرفاً به معنای افزایش حجم اطلاعات نیست، بلکه نیازمند ارتقای ظرفیت سالمند برای تفسیر و تبدیل اطلاعات به رفتار مناسب سلامت است.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که نامتناسب بودن محتوای رسانه‌ای با ویژگی‌های سالمندان یکی از موانع مهم در فرایند ارتقای سواد سلامت است. استفاده از اصطلاحات تخصصی، ساختارهای پیچیده، سرعت بالای ارائه پیام، حجم زیاد اطلاعات و بی‌توجهی به محدودیت‌های بینایی، شنوایی یا شناختی می‌تواند دسترسی واقعی سالمندان به پیام را کاهش دهد، حتی اگر از نظر فنی به رسانه دسترسی داشته باشند. این نتیجه با یافته‌های مربوط به سواد سلامت الکترونیک سالمندان هم‌راستا است که بر وجود چالش‌های شناختی، فناورانه و طراحی در استفاده سالمندان از منابع دیجیتال تأکید کرده‌اند (Saadati et al., 2023). همچنین، نتایج نشان داده‌اند که سواد سلامت الکترونیک از طریق خودکارآمدی و توانایی خودمراقبتی با رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان ارتباط دارد (Wang et al., 2022). بنابراین، اگر محتوای رسانه‌ای از نظر زبان، قالب، سرعت و سطح پیچیدگی با توانایی‌های مخاطب سالمند سازگار نباشد، حتی وجود انگیزه و نیاز بالا نیز الزاماً به استفاده مؤثر از اطلاعات منجر نخواهد شد.

از دیگر یافته‌های مهم، نقش مواجهه سالمندان با اطلاعات ناهمگون و گاه متناقض بود. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که سالمندان با طیف گسترده‌ای از اطلاعات در رسانه‌های رسمی، شبکه‌های اجتماعی، پیام‌رسان‌ها، تبلیغات، توصیه‌های تجربی و محتوای تولیدشده توسط کاربران مواجه‌اند و تشخیص اعتبار این منابع همیشه آسان نیست. این موضوع با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند رسانه‌های اجتماعی

می‌توانند هم فرصت و هم تهدیدی برای سلامت سالمندان ایجاد کنند و نقش سواد سلامت الکترونیک در تبدیل مواجهه رسانه‌ای به رفتار سلامت بسیار مهم است (Wang et al., 2024). همچنین، تماس با رسانه به‌طور مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند با سواد سلامت ارتباط داشته باشد و حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در این مسیر نقش میانجی ایفا کنند (Jiang et al., 2024). بر این اساس، ارتقای سواد سلامت در عصر رسانه‌های دیجیتال باید فراتر از آموزش دسترسی باشد و مهارت‌های ارزیابی اعتبار، مقایسه منابع و تشخیص محتوای نادرست را نیز در بر گیرد.

پدیده محوری شناسایی‌شده در این مطالعه، یعنی نیاز به سواد سلامت رسانه‌ای متناسب با ویژگی‌های سالمندی، نشان می‌دهد که سواد سلامت در سالمندان یک توانایی چندبعدی است و باید شامل دسترسی، فهم، ارزیابی و استفاده آگاهانه از اطلاعات باشد. این یافته با مطالعاتی همسو است که رابطه سواد سلامت با توانمندسازی و کیفیت زندگی را نشان داده‌اند (Çiftci et al., 2023). همچنین، در پژوهش‌های مربوط به سالمندی فعال، سواد سلامت به‌عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان معرفی شده است (Sirisuwan et al., 2022). این همسویی نشان می‌دهد که سواد سلامت را نباید صرفاً شاخصی شناختی یا آموزشی تلقی کرد، بلکه باید آن را بخشی از فرایند توانمندسازی سالمند برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سلامت و حفظ استقلال دانست.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که مخاطب‌محوری باید در مرکز برنامه‌های رسانه‌ای سلامت سالمندان قرار گیرد. سالمندان گروهی همگن نیستند و از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت جسمی، بیماری‌های زمینه‌ای، توانایی شناختی، مهارت دیجیتال، وضعیت اقتصادی و میزان حمایت خانوادگی تفاوت‌های قابل توجهی دارند. این یافته با نتایج پژوهشی که نقش ویژگی‌های فردی، خانوادگی و روان‌شناختی را در سواد سلامت سالمندان بررسی کرده‌اند همسو است. برای نمونه، نشان داده شده است که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند با سواد سلامت سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن ارتباط داشته باشند و ارتباط خانوادگی و خودکارآمدی در این رابطه نقش واسطه‌ای دارند (Zhang et al., 2024). چنین یافته‌هایی تأیید می‌کنند که برنامه‌های ارتباطی استاندارد و یکسان برای همه سالمندان ممکن است اثربخشی محدودی داشته باشند و تقسیم‌بندی مخاطبان بر اساس نیازها و قابلیت‌ها ضروری است.

یکی دیگر از یافته‌های کلیدی، نقش شرایط خانوادگی و اجتماعی در استفاده سالمندان از اطلاعات سلامت بود. مشارکت‌کنندگان خانواده را نه تنها منبع حمایت عاطفی، بلکه واسطه‌ای برای دسترسی، تفسیر و استفاده از اطلاعات رسانه‌ای می‌دانستند. این موضوع به‌ویژه در سالمندانی که مهارت دیجیتال محدودتری دارند اهمیت بیشتری دارد. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه‌ای که نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی را در مسیر تماس رسانه‌ای تا سواد سلامت بررسی کرده است همسو است (Jiang et al., 2024). همچنین، نقش ارتباطات خانوادگی در رابطه میان ویژگی‌های فردی و سواد سلامت سالمندان نیز گزارش شده است (Zhang et al., 2024). بنابراین، مداخلات رسانه‌ای مؤثر باید به‌جای تمرکز صرف بر فرد سالمند، شبکه اجتماعی و خانوادگی او را نیز بخشی از نظام ارتباطات سلامت در نظر بگیرند.

شکاف دیجیتال به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شرایط مداخله‌گر در مدل شناسایی شد. این شکاف فقط به دسترسی به ابزارهای دیجیتال محدود نبود، بلکه ضعف مهارت استفاده از تلفن همراه یا اینترنت، ترس از فناوری، دشواری جست‌وجو و ناتوانی در تشخیص منابع معتبر را نیز شامل می‌شد. این یافته با مطالعات مربوط به سواد سلامت الکترونیک سالمندان همسو است که چالش‌های مهارتی، شناختی و حمایتی را در استفاده آنان از فناوری برجسته کرده‌اند (Saadati et al., 2023). همچنین، رابطه سواد سلامت الکترونیک با رفتارهای ارتقای سلامت و نقش واسطه‌ای خودکارآمدی و خودمراقبتی نشان می‌دهد که فراهم کردن فناوری به‌تنهایی برای بهبود رفتار سلامت کافی نیست (Wang et al., 2022). بنابراین، کاهش شکاف دیجیتال باید هم‌زمان شامل دسترسی، آموزش مهارت، طراحی ساده‌تر سامانه‌ها و ایجاد حمایت انسانی باشد. اعتماد رسانه‌ای نیز از دیگر عوامل مهم شناسایی‌شده بود. سالمندان زمانی احتمال بیشتری دارد که اطلاعات سلامت را بپذیرند و بر اساس آن عمل کنند که منبع پیام را معتبر، شناخته‌شده و وابسته به نهادهای رسمی یا تخصصی بدانند. در مقابل، نبود منبع مشخص، محتوای تبلیغاتی یا پیام‌های متناقض می‌تواند سطح اعتماد را کاهش دهد. این نتیجه با پژوهش‌های مربوط به سواد سلامت روان نیز قابل تبیین است، زیرا نشان

داده شده است که ضعف سواد سلامت می‌تواند مانعی برای شناخت مشکلات و استفاده مناسب از خدمات باشد (Lee et al., 2010). همچنین، در سالمندان، سواد سلامت روان و نیاز ادراک شده می‌تواند با استفاده از خدمات سلامت روان ارتباط داشته باشند (Mackenzie & Pankratz, 2025). بنابراین، اعتبار منبع و شفافیت پیام باید از مؤلفه‌های اصلی ارتباطات سلامت سالمندان باشد.

در زمینه راهبردها، ساده‌سازی و سالمندپسندسازی پیام یکی از مهم‌ترین راهکارهای استخراج شده بود. ساده‌سازی به معنای حذف محتوای علمی نیست، بلکه به معنای تبدیل دانش تخصصی به پیام قابل فهم و قابل استفاده است. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر می‌شود که سالمند باید درباره دارو، درمان یا رفتار خودمراقبتی تصمیم بگیرد. مطالعات نشان داده‌اند که سواد سلامت با پایبندی دارویی و کیفیت زندگی مرتبط است (Kooshyar et al., 2013) و در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون نیز سواد سلامت و ادراک بیماری با پایبندی به دارو ارتباط دارند (Babazadeh et al., 2024). همچنین، در سالمندان دارای چند بیماری مزمن، بار درمانی، سواد سلامت و پایبندی دارویی با یکدیگر مرتبط‌اند (Selvakumar et al., 2023). بر این اساس، پیام رسانه‌ای پیچیده می‌تواند نه تنها فهم را کاهش دهد، بلکه به طور غیرمستقیم رفتار درمانی و خودمراقبتی را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

آموزش مهارت ارزیابی اطلاعات نیز از راهبردهای مهم مدل بود. سالمندان باید بتوانند میان اطلاعات تخصصی، تجربه شخصی، تبلیغات و اطلاعات نادرست تمایز قائل شوند. این نیاز با افزایش استفاده از شبکه‌های اجتماعی اهمیت بیشتری پیدا کرده است. یافته‌های مربوط به ارتباط میان رسانه‌های اجتماعی، سواد سلامت الکترونیک و رفتارهای سلامت سالمندان نشان می‌دهد که میزان بهره‌برداری سالمند از رسانه به سطح توانایی او برای پردازش اطلاعات بستگی دارد (Wang et al., 2024). از این رو، برنامه‌های ارتقای سواد سلامت باید آموزش عملی درباره تشخیص منابع معتبر، بررسی هویت تولیدکننده محتوا، توجه به شواهد علمی و پرهیز از تصمیم درمانی صرفاً بر اساس محتوای رسانه‌ای را در بر گیرند.

تنوع‌بخشی به کانال‌های ارتباطی نیز به عنوان راهبردی اساسی شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که رسانه‌های سنتی و دیجیتال باید مکمل یکدیگر باشند، زیرا همه سالمندان از نظر مهارت، دسترسی و ترجیح رسانه‌ای وضعیت یکسانی ندارند. بخشی از سالمندان همچنان به تلویزیون و رادیو اعتماد بیشتری دارند، در حالی که گروه دیگری از پیام‌رسان‌ها و شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند. این نتیجه با یافته‌های مربوط به تماس رسانه‌ای و سواد سلامت سازگار است (Jiang et al., 2024). بنابراین، اتکای صرف به یک رسانه خاص می‌تواند به حذف بخشی از سالمندان از چرخه اطلاعات منجر شود.

از سوی دیگر، تقویت نقش خانواده، مراقبان و متخصصان سلامت به عنوان واسطه‌های مورد اعتماد یکی از راهبردهای کلیدی مدل بود. این یافته از آن جهت اهمیت دارد که بخشی از سالمندان ممکن است برای تفسیر اطلاعات یا استفاده از فناوری به دیگران وابسته باشند. مطالعات داخلی نیز نشان داده‌اند که خودمراقبتی و سواد سلامت در سالمندان با یکدیگر ارتباط دارند و ارتقای سلامت نیازمند توجه به عوامل زمینه‌ای و حمایتی است (Sayadi et al., 2023). همچنین، مطالعه کیفی عوامل مرتبط با سواد سلامت در زمینه فعالیت بدنی نشان داده است که عوامل فردی، اجتماعی و محیطی در این فرایند نقش دارند (Moeini et al., 2022). این شواهد با مدل حاضر همسواست و تأکید می‌کند که سواد سلامت باید در بستر اجتماعی زندگی سالمند تقویت شود.

در نهایت، پیامدهای استخراج شده از مدل شامل افزایش سواد سلامت عملکردی، تعاملی و انتقادی، بهبود خودمراقبتی، کاهش آسیب‌پذیری در برابر اطلاعات نادرست، افزایش مشارکت و استقلال و ارتقای کیفیت زندگی بود. این یافته‌ها با شواهد پیشین سازگار است. مطالعات نشان داده‌اند که سواد سلامت با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد (Ciftci et al., 2023; Sirisuwan et al., 2022) و در سالمندان مبتلا به چند بیماری نیز سطح سواد سلامت می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط باشد (Yogesh et al., 2024). همچنین، رابطه سواد سلامت با رفتارهای سلامت و وضعیت سلامت عمومی نیز پیش‌تر گزارش شده است (Liu et al., 2015). بنابراین، پیامدهای مدل حاضر نشان می‌دهد

که سرمایه‌گذاری بر ارتقای سواد سلامت رسانه‌ای می‌تواند نه تنها فهم اطلاعات، بلکه استقلال، مشارکت و کیفیت زندگی سالمندان را نیز بهبود بخشد.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ارتقای سواد سلامت سالمندان در رسانه‌ها فرایندی چندسطحی است که در آن ویژگی‌های فردی مخاطب، خانواده، نوع رسانه، کیفیت محتوا، سطح اعتماد، شرایط فناوری و ساختار نظام سلامت به‌طور هم‌زمان اثرگذارند. یافته‌ها با مطالعات پیشین درباره اهمیت خودکارآمدی، سواد سلامت الکترونیک، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی، پایبندی درمانی و کیفیت زندگی همسو است (Babazadeh et al., 2024; Jiang et al., 2024; Wang et al., 2022; Zhang et al., 2024). مزیت مدل حاضر آن است که این عوامل را نه به‌صورت جداگانه، بلکه در قالب یک ساختار پارادایمی یکپارچه تبیین می‌کند و نشان می‌دهد که رسانه زمانی می‌تواند در ارتقای سواد سلامت سالمندان نقش مؤثری ایفا کند که از انتقال عمومی اطلاعات به سمت ارتباطات مخاطب‌محور، معتبر، تعاملی، ساده و متناسب با زمینه زندگی سالمندان حرکت کند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت کیفی مطالعه و تعداد محدود مشارکت‌کنندگان اشاره کرد که اگرچه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، اما امکان تعمیم آماری یافته‌ها به همه گروه‌های سالمندان یا تمامی محیط‌های رسانه‌ای را فراهم نمی‌کند. همچنین، داده‌ها بر اساس دیدگاه خبرگان حوزه‌های رسانه، سلامت و سالمندی گردآوری شد و تجربه مستقیم سالمندان، اعضای خانواده و مراقبان به‌صورت مستقل در فرایند مصاحبه مورد بررسی قرار نگرفت. تفاوت‌های فرهنگی، جغرافیایی، اقتصادی و فناورانه نیز می‌توانند بر نحوه استفاده سالمندان از رسانه و نیازهای آنان تأثیر بگذارند؛ از این‌رو، مدل حاصل باید با توجه به بستر اجرای آن تفسیر شود. افزون بر این، تحول سریع فناوری‌های ارتباطی و شبکه‌های اجتماعی ممکن است باعث شود برخی ابعاد مرتبط با ابزارها و کانال‌های رسانه‌ای در آینده نیازمند بازنگری و به‌روزرسانی باشند.

برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود مدل مفهومی حاصل از این مطالعه در پژوهش‌های کمی و با نمونه‌های بزرگ‌تر از سالمندان مورد آزمون و اعتبارسنجی قرار گیرد و روابط میان مؤلفه‌های مدل با استفاده از روش‌هایی مانند تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی شود. همچنین، انجام مطالعات کیفی مستقل با مشارکت مستقیم سالمندان، اعضای خانواده، مراقبان، پزشکان و تولیدکنندگان محتوای رسانه‌ای می‌تواند ابعاد جدیدی به مدل بیفزاید و تفاوت میان ادراک گروه‌های مختلف را آشکار کند. مقایسه سالمندان شهری و روستایی، گروه‌های دارای سطوح مختلف تحصیلات و مهارت دیجیتال و سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مختلف نیز می‌تواند به توسعه نسخه‌های زمینه‌محور مدل کمک کند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخلات رسانه‌ای طراحی‌شده بر اساس این مدل در مطالعات تجربی و نیمه‌تجربی ارزیابی شود تا مشخص شود کدام ترکیب از پیام، رسانه، شیوه ارائه و حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سواد سلامت، خودمراقبتی و تصمیم‌گیری سالمندان دارد.

از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های رسانه‌ای، نظام سلامت و نهادهای مرتبط با سالمندی در طراحی محتوای سلامت از استانداردهای مشخص برای سالمندپسندسازی پیام استفاده کنند و محتوای آموزشی را با زبان ساده، ساختار مرحله‌ای، فونت مناسب، صدای واضح و مثال‌های کاربردی ارائه دهند. همچنین، ایجاد سازوکار رسمی برای اعتبارسنجی محتوای سلامت، معرفی روشن منابع و متخصصان، تفکیک محتوای آموزشی از تبلیغات و ارائه هشدار درباره اطلاعات تأییدنشده ضروری است. تولید محتوا باید بر اساس بخش‌بندی مخاطبان سالمند و با توجه به سطح تحصیلات، وضعیت بیماری، توانایی شناختی، مهارت دیجیتال و نوع رسانه مورد استفاده صورت گیرد. استفاده هم‌زمان از تلویزیون، رادیو، شبکه‌های اجتماعی، پیام‌رسان‌ها و مراکز سلامت می‌تواند پوشش گسترده‌تری ایجاد کند. در کنار آن، آموزش خانواده‌ها و مراقبان، ایجاد امکان پرسش و پاسخ با متخصصان، طراحی سامانه‌های ساده و قابل استفاده و هماهنگی میان نهادهای سلامت و رسانه می‌تواند به تبدیل اطلاعات سلامت به رفتار عملی و افزایش استقلال سالمندان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Population aging has become one of the major demographic and public health developments of contemporary societies. As the proportion of older adults increases, health systems are increasingly required to respond to the complex informational, preventive, therapeutic, and self-care needs associated with later life. Older adults commonly experience chronic diseases, multimorbidity, polypharmacy, repeated interactions with health services, and the need to make frequent decisions regarding treatment, nutrition, physical activity, disease prevention, and self-management. Under these circumstances, health literacy constitutes a fundamental resource enabling older adults to access, understand, evaluate, and appropriately use health information. Evidence indicates that health literacy is associated with health-related behaviors and health status among older adults and that limited health literacy may restrict individuals' capacity to adopt appropriate health behaviors and effectively manage their conditions (Liu et al., 2015). Health literacy is also associated with empowerment and quality of life, indicating that older adults who are better able to understand and use health information may participate more actively in decisions concerning their health and maintain greater independence in everyday life (Çiftci et al., 2023). Similar evidence suggests that health literacy, together with active aging, contributes to the quality of life of older populations (Sirisuwan et al., 2022).

The importance of health literacy becomes particularly apparent among older adults living with chronic diseases. These individuals must interpret treatment instructions, monitor symptoms, adhere to medication regimens, make decisions about health services, and continuously engage in self-care. Research has shown that health literacy is associated with health outcomes among older patients with chronic diseases and that psychological and behavioral mechanisms such as self-efficacy may influence this relationship (Lu et al., 2023). In older adults coping with multiple chronic conditions, treatment burden, health literacy, and medication adherence are also closely interrelated (Selvakumar et al., 2023). Studies conducted in Iran have similarly demonstrated the relevance of health literacy to medication adherence and health-related quality of life among community-dwelling older adults with diabetes (Kooshyar et al., 2013), as well as to medication adherence among older adults with hypertension (Babazadeh et al., 2024). Moreover, reviews of Iranian evidence have emphasized the close relationship between health literacy and self-care in later life (Sayadi et al., 2023). Collectively, these findings suggest that improving the health of older adults requires more than merely providing information; it requires strengthening their capacity to interpret information and translate it into appropriate action.

The contemporary media environment has substantially changed the way older adults encounter health information. Television and radio continue to play an important role, while websites, social media, messaging applications, mobile technologies, and other digital platforms have increasingly become sources of health-related content. This transformation has expanded opportunities for rapid access to information, but it has also exposed older adults to information overload, inconsistent recommendations, commercially motivated content, misinformation, and technically complex digital environments. Accordingly, eHealth literacy has emerged as a critical component of contemporary health literacy. Older adults may encounter challenges related to digital skills, accessibility, confidence, technology use, and the evaluation of online information, while simultaneously requiring social and technical support to benefit from digital health resources (Saadati et al., 2023). Research has further shown that eHealth literacy is associated with health-promoting behaviors and that self-efficacy and self-care ability can mediate this relationship (Wang et al., 2022).

The influence of media on health literacy, however, is neither direct nor uniform. Media contact may affect health literacy through psychological and social mechanisms. Perceived social support and self-efficacy have been identified as sequential mediators between media contact and health literacy among middle-aged and older adults (Jiang et al., 2024). Similarly, social media use may be associated with healthy behaviors through eHealth literacy, while attitudes toward aging can modify such relationships (Wang et al., 2024). Individual characteristics also matter. Personality traits, family communication, and self-efficacy have been found to contribute to differences in health literacy among older adults with chronic diseases (Zhang et al., 2024). These findings underscore the heterogeneity of older audiences and demonstrate why a uniform communication approach is unlikely to meet the needs of all older adults.

Health literacy also extends beyond physical disease management. Limited mental health literacy may prevent older people from recognizing psychological problems, interpreting symptoms accurately, and seeking appropriate support (Lee et al., 2010). Perceived need, mental health literacy, self-stigma, and individual psychological characteristics may also influence the use of mental health services among older adults (Mackenzie & Pankratz, 2025). Furthermore, qualitative evidence indicates that older adults' health literacy in specific behavioral domains, such as physical activity, is shaped by interacting individual, interpersonal, environmental, and structural factors (Moeini et al., 2022). In socially disadvantaged settings, the interaction between multimorbidity, health literacy, and quality of life further demonstrates that health literacy cannot be understood separately from the social context in which aging occurs (Yogesh et al., 2024). Therefore, a comprehensive approach to older adults' health literacy must simultaneously consider audience characteristics, communication environments, social support, technological access, content quality, and the credibility of information.

Despite the growing literature on health literacy, eHealth literacy, medication adherence, self-care, and quality of life among older adults, much of the available evidence has examined isolated variables or predetermined relationships. Less attention has been paid to explaining, from a grounded and audience-centered perspective, how causal, contextual, and intervening conditions interact with media-related strategies to shape older adults' health literacy. A conceptual model grounded in expert experience can help clarify how media should be designed, adapted, and integrated with health services to respond effectively to the actual needs of older audiences. Therefore, the present study aimed to design a conceptual model for enhancing older adults' health literacy in the media based on audience needs using a grounded theory approach.

Methods and Materials

This qualitative study was conducted using the systematic grounded theory approach based on the Strauss and Corbin paradigm. Participants consisted of 12 experts in communication and media, health education and promotion, health literacy, gerontology, and related areas of older adult health communication. Participants were initially selected through purposive sampling based on relevant academic, professional, research, or executive experience, and theoretical sampling was subsequently used as categories emerged during analysis. Sampling and interviewing continued until theoretical saturation was achieved and additional interviews no longer generated substantively new concepts or relationships.

Data were collected through in-depth semi-structured interviews. The interviews began with broad questions concerning older adults' health information needs, their interaction with media, barriers to understanding and using health information, the characteristics of appropriate health messages, trust in media sources, digital challenges, the role of family and health professionals, and strategies for improving health literacy through media. Probing questions were used to clarify participants' experiences and explore emerging concepts in greater depth. With participants' consent, interviews were recorded and transcribed verbatim. Field notes and analytical memos were also documented throughout data collection. Data collection and analysis proceeded concurrently so that emerging findings could inform subsequent interviews and theoretical sampling.

Data were analyzed using open, axial, and selective coding together with constant comparative analysis. During open coding, meaningful units were identified and assigned initial conceptual codes. Similar codes were compared, merged, and grouped into higher-order concepts and subcategories. During axial coding, relationships among categories were examined according to the Strauss and Corbin paradigm, including causal conditions, contextual conditions, intervening conditions, the central phenomenon, strategies, and consequences. During selective coding, the categories were integrated around a core category to develop the final conceptual model. Analytical memoing, repeated comparison with raw data, continuous review of coding decisions, and examination of conceptual relationships were used to enhance the credibility, dependability, confirmability, and conceptual coherence of the findings.

Findings

The 12 participants included seven men and five women, with an approximate mean age of 49.6 years and an age range of 38 to 62 years. Nine participants held doctoral degrees and three held master's degrees. Their disciplinary backgrounds included communication and media studies, health education and promotion, gerontology and older adult health, and health literacy and health communication. Professional experience ranged from 10 to 30 years. Analysis indicated that the major categories had largely stabilized by the tenth interview, while the final two interviews served to confirm theoretical adequacy and refine relationships among categories.

The coding process began with 687 meaningful statements extracted from the interviews. Open coding generated 342 initial codes, which were reduced to 186 distinct codes after removing redundancy and merging conceptually overlapping items. These codes were subsequently organized into 53 concepts and 21 subcategories. Through axial coding, the subcategories were integrated into six principal categories corresponding to causal conditions, the central phenomenon, contextual conditions, intervening conditions, strategies, and consequences. Selective coding resulted in one core category: "empowering older adults to access, understand, evaluate, and consciously apply health information through media adapted to audience needs."

The causal conditions consisted of increasing health information needs associated with aging, inadequate adaptation of health content to the characteristics of older adults, growing exposure to heterogeneous and sometimes conflicting health information, and increasing reliance on media in health-related decision-making. These conditions contributed to the emergence of the central phenomenon, defined as the need for media-related health literacy appropriate to the characteristics of aging and the necessity of audience-centered health communication. The central phenomenon incorporated the ability to access health information, comprehend health messages, evaluate source credibility, distinguish inaccurate or misleading information, compare health options, and convert information into practical health behavior.

Contextual conditions included older adults' individual characteristics, social and family circumstances, patterns of media consumption, and access to technology and health services. Relevant individual characteristics included educational level, general literacy, cognitive functioning, visual and auditory capacity, previous illness experience, learning motivation, and self-efficacy. Family support and caregivers frequently functioned as intermediaries between older adults and health information, particularly among those with limited digital skills. Media preferences also varied considerably, with some participants emphasizing the continuing relevance of traditional media and others highlighting the increasing importance of social networks and messaging platforms.

Intervening conditions included the digital divide among older adults, media trust or distrust, information pollution and misinformation, structural limitations in health-message production, and economic and cultural barriers. The digital divide included not only unequal access to devices and the Internet but also limited search skills, fear of technology, difficulty navigating digital services, and dependence on others. Trust was strongly

influenced by the visibility of professional expertise, institutional affiliation, transparency of information sources, and previous audience experiences. Conversely, commercialized content, pseudoscientific claims, contradictory messages, and unverified information complicated evaluation and reduced confidence.

Eight major strategies were identified: simplifying and age-adapting health messages; validating and clearly identifying health information sources; teaching skills for evaluating health information; diversifying communication channels; personalizing content and segmenting older audiences; strengthening the role of families, caregivers, and trusted intermediaries; establishing interactive and feedback-oriented communication; and improving coordination between the health system and media organizations. These strategies were expected to generate six main outcomes: increased functional health literacy; increased interactive and critical health literacy; improved self-care and decision-making; reduced vulnerability to misinformation; increased participation and independence among older adults; and improved health outcomes and quality of life.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that enhancing older adults' health literacy through media is a multidimensional and process-oriented phenomenon rather than a simple educational intervention. Access to information alone is insufficient. Effective health communication requires attention to the characteristics of older audiences, the accessibility and credibility of messages, the social environment in which information is interpreted, and the technological and structural conditions that determine whether information can be used in practice. The model therefore positions health literacy as an outcome of interaction among individual capacities, media characteristics, family and social support, digital competence, and institutional communication practices.

A central implication of the model is that older adults should not be treated as a homogeneous audience. Differences in educational background, health status, cognitive and sensory abilities, digital experience, socioeconomic conditions, and family support alter the ways in which health messages are accessed and interpreted. Audience segmentation and message personalization are therefore essential. A technically accurate message may still be ineffective if it is linguistically complex, visually inaccessible, too rapidly presented, poorly matched to the audience's digital skills, or delivered through a channel that the intended audience does not routinely use.

The findings also emphasize that media health literacy should incorporate critical evaluation rather than merely comprehension. Contemporary older adults increasingly encounter a mixture of professional information, personal experiences, advertising, influencer content, and misinformation. Accordingly, interventions should teach audiences how to identify trustworthy sources, recognize commercial or misleading messages, compare information across sources, and avoid making treatment decisions solely on the basis of unverified media content. This critical dimension is particularly important for older adults managing chronic diseases and multiple medications, for whom misinformation may have direct clinical consequences.

Another important conclusion concerns the supportive role of families, caregivers, health professionals, and trusted community intermediaries. For many older adults, health communication is not an isolated individual process. Information may be accessed, interpreted, or verified collaboratively. Incorporating these social actors into media-based health literacy programs may therefore increase both accessibility and confidence. Similarly, interaction with health professionals and opportunities for questions and feedback can transform media communication from a one-way transfer of information into a more supportive process of health decision-making.

The proposed model further suggests that improving health literacy requires coordination between media organizations and health institutions. Content should be scientifically validated, clearly sourced, age-appropriate, accessible across multiple channels, and periodically evaluated in terms of audience comprehension and practical usefulness. Traditional and digital media should be used as complementary rather

than competing channels so that digitally disadvantaged older adults are not excluded. Interactive communication mechanisms, accessible interfaces, and consistent source-identification practices can further strengthen trust and usability.

Overall, the grounded theory model developed in this study conceptualizes the enhancement of older adults' health literacy as a transition from general, one-way health information dissemination toward an audience-centered, trustworthy, interactive, multi-channel, and empowering communication system. By integrating causal, contextual, and intervening conditions with practical strategies and expected outcomes, the model provides a theoretically coherent framework for designing media interventions that respond to the actual needs and capacities of older adults. Its central proposition is that older adults' health literacy can be effectively strengthened when media communication enables them not only to receive health information, but also to understand, critically evaluate, and confidently apply that information in everyday health decisions.

References

- Babazadeh, T., Ranjbaran, S., Pourrazavi, S., Latifi, A., & Chollou, K. M. (2024). Impact of Health Literacy and Illness Perception on Medication Adherence Among Older Adults With Hypertension in Iran: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1347180>
- Çiftci, N., Yıldız, M., Yildirim, gt, & Ömer. (2023). The Effect of Health Literacy and Health Empowerment on Quality of Life in the Elderly. *Psychogeriatrics*. <https://doi.org/10.1111/psyg.12969>
- Jiang, M., Xiao, Y.-W., & Liao, Z. (2024). Pathways of Media Contact to Health Literacy in Middle-Aged and Older People: The Chain Mediation Effect of Perceived Social Support and Self-Efficacy. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 17, 111-121. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s448223>
- Kooshyar, H., Shoorvazi, M., Dalir, Z., & Hosseini, M. (2013). Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(1), 134-143. <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3439-en.html>
- Lee, H. Y., Lytle, K., Yang, P. N., & Lum, T. (2010). Mental Health Literacy in Hmong and Cambodian Elderly Refugees: A Barrier to Understanding, Recognizing, and Responding to Depression. *The International Journal of Aging and Human Development*. <https://doi.org/10.2190/ag.71.4.d>
- Liu, Y., Liu, L., Li, Y., & Chen, Y. (2015). Relationship Between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12(2), 80-97. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>
- Lu, J., Sun, S., Gu, Y., Li, H., Fang, L., Zhu, X., & Xu, H. (2023). Health Literacy and Health Outcomes Among Older Patients Suffering From Chronic Diseases: A Moderated Mediation Model. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1069174>
- Mackenzie, C. S., & Pankratz, L. (2025). Perceived Need, Mental Health Literacy, Neuroticism and Self-Stigma Predict Mental Health Service Use among Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 48(1), 161-174. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2058440>
- Moeini, B., Barati, M., Heidarimoghadam, R., Tapak, L., & Shahryar, P. (2022). The Factors in Older Adults' Health Literacy in the Field of Physical Activity: A Qualitative Study. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03320-z>
- Saadati, N., Yousefi, Z., & Saadati, S. A. (2023). E-health Literacy and Older Adults: Challenges, Opportunities, and Support Needs. *AI and Tech in Behavioral and Social Sciences*, 1(1), 12-19. <https://doi.org/10.61838/kman.aitech.1.1.3>
- Sayadi, A., Abedini, S., Abedini, S., & Kamal Zadeh, H. (2023). Self-care and Health Literacy in Iranian Elderly: A Review. *Journal of Modern Medical Information Sciences*, 9(1), 80-89. http://jmis.hums.ac.ir/browse.php?a_id=387&sid=1&slc_lang=en&html=1
- Selvakumar, D., Sivanandy, P., Ingle, P. V., & Theivasigamani, K. (2023). Relationship Between Treatment Burden, Health Literacy, and Medication Adherence in Older Adults Coping With Multiple Chronic Conditions. *Medicina*, 59(8), 1401. <https://doi.org/10.3390/medicina59081401>
- Sirisuwan, P., Phimha, S., & Banchonhattakit, P. (2022). Influence of active ageing and health literacy on quality of life among elderly persons in northeast Thailand. *Health Education Journal*, 81(6), 693-704. <https://doi.org/10.1177/00178969221109329>
- Wang, H., Lyu, Q., Chen, X., & Wu, H. (2024). The Relationship Between Social Media and Healthy Eating Among the Elderly in the Community: Mediated by E-Health Literacy and Moderated by Aging Attitude. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4611936/v1>

- Wang, Y., Song, Y., Zhu, Y., Ji, H., & Wang, A. (2022). Association of eHealth literacy with health promotion behaviors of community-dwelling older people: the chain mediating role of self-efficacy and self-care ability. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 6092. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/10/6092>
- Yogesh, M., Makwana, N., Damor, N., & Trivedi, N. (2024). Multimorbidity, Health Literacy, and Quality of Life Among Older Adults in an Urban Slum in India: A Community-Based Cross-Sectional Study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3871975/v1>
- Zhang, N., Qi, J., Liu, Y., Liu, X., Zheng, T., Wu, Y., Cai, L., & Wang, L. (2024). Relationship Between Big Five Personality and Health Literacy in Elderly Patients With Chronic Diseases: The Mediating Roles of Family Communication and Self-Efficacy. *Scientific reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-76623-3>