

تبیین جامعه‌شناختی مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سواد سلامت در زندگی: (مطالعه موردی شهروندان بالای ۱۸ سال شهر بوشهر)

حسن سعادت پور^۱

غلامرضا جعفری نیا^۲

سپیده حضرتی^۳

چکیده

این پژوهش با هدف تبیین جامعه‌شناختی مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سواد سلامت شهروندان بالای ۱۸ سال شهر بوشهر انجام شد. مطالعه با روش ترکیبی متوالی اکتشافی انجام گرفت. در فاز کیفی، داده‌ها با رویکرد نظریه داده‌بنیاد کلاسیک و از طریق مصاحبه‌های عمیق گردآوری و تحلیل شدند. در فاز کمی نیز یافته‌های کیفی با استفاده از پیمایشی مقطعی بر روی نمونه‌ای ۳۸۴ نفری آزمون شد. یافته‌های کیفی به شناسایی ۲۴ مفهوم و ۸ مقوله اصلی انجامید که در میان آن‌ها، «مدارای انتظار» به عنوان مقوله محوری و فرایند اجتماعی مرکزی پدیدار شد. این فرایند در بافتی از آشفتگی اطلاعاتی، چندصدایی در میدان سلامت، بحران اعتباریابی، سرمایه نمادین خانواده و بده‌بستان اعتماد، قدرت شکل گرفت و انتظار را به مثابه راهبردی فعال برای مدیریت عدم قطعیت تبیین کرد. نتایج کمی نشان داد که میدان چندصدایی، راهبرد تعلیق قضاوت، بدن به مثابه میدان آزمایش و بده‌بستان اعتماد، قدرت، تأثیر مستقیم و مثبتی بر مدارای انتظار دارند؛ درحالی‌که سرمایه نمادین خانواده اثر منفی و قوی بر آن دارد. همچنین، مدارای انتظار قوی‌ترین پیش‌بین منفی سواد سلامت بود و در مدل، نقش میانجی کامل ایفا کرد. سرمایه نمادین خانواده نیز بیشترین اثر کل مثبت را بر سواد سلامت نشان داد. بر اساس این یافته‌ها، سواد سلامت در بوشهر پدیده‌ای اجتماعی و زمینه‌مند است که در اثر ناپایداری اطلاعاتی و بحران اعتماد، به شکل‌گیری راهبرد «مدارای انتظار» می‌انجامد و الگوی واکنش‌گرایانه را بر کنش پیشگیرانه غالب می‌سازد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، مؤلفه‌های اجتماعی، مدارای انتظار، سرمایه نمادین خانواده، اعتماد، میدان سلامت

Doi: 10.22034/jl.2026.573597.1802

۱. دانشجوی دکتری گروه جامعه‌شناسی واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

hassan.seadatpour@iau.ac.ir

۲. دانشیار گروه جامعه‌شناسی واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. «نویسنده مسئول»

jafarinia_reza@iaubushehr.ac.ir

۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

sepideh.hazrati@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۵

مقدمه

در گفتمان‌های نوین جامعه‌شناختی، سواد سلامت^۱ دیگر صرفاً مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی فردی برای خواندن و درک اطلاعات پزشکی تلقی نمی‌شود (سورنسن و همکاران، ۲۰۱۲^۲ و لی و وانگ^۳، ۲۰۲۳) این مفهوم، اکنون به منزله «کنشی اجتماعی و پیچیده» فهم می‌شود که در بستر روابط قدرت، اعتماد نهادی و شبکه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. مطالعات متأخر نیز نشان می‌دهند که در عصر حاضر، مسئله اصلی شهروندان کمبود اطلاعات نیست؛ بلکه مدیریت عدم قطعیت در مواجهه با انبوه اطلاعات متناقض، از پزشکان تا فضای مجازی، است (لی و همکاران، ۲۰۲۴^۴؛ لاپتون^۵، ۲۰۲۳). از این رو، سواد سلامت از یک شاخص فردی به یک «ظرفیت ارتباطی و انتقادی» برای بقا در اکوسیستم‌های پیچیده اطلاعاتی تغییر ماهیت داده است (سنتل و همکاران، ۲۰۲۴^۶).

در بافت جامعه ایران، با وجود رشد کمی پژوهش‌های مرتبط با سواد سلامت، رویکرد غالب همچنان متأثر از پارادایم پوزیتیویستی و پزشکی‌نگر است؛ این رویکرد متمرکز بر سنجش سطح مهارت‌های عملکردی و رابطه آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی است (رحیمی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین، وضعیت سواد سلامت در استان‌های مرزی و به ویژه مناطق شرقی و جنوب شرقی کشور، نامطلوب گزارش شده است (رضوانی و همکاران، ۱۴۰۱). این رویکرد تقلیل‌گرا، اگرچه تصویری از «وضعیت موجود» ارائه می‌دهد، در تبیین «چرایی» رفتارهای سلامت ناتوان است. برای نمونه، توضیح نمی‌دهد که چرا افراد، با وجود دسترسی به دانش پزشکی، همچنان به درمان‌های غیررسمی روی می‌آورند یا مراجعه به پزشک را به تأخیر می‌اندازند. به بیان دیگر، در تحلیل سواد سلامت به عنوان پدیده‌ای برساخته در «زندگی اجتماعی» و متأثر از نابرابری‌های ساختاری و بحران اعتماد، خلأ نظری آشکاری وجود دارد (رحمانی و ایمان، ۱۴۰۳). از سوی دیگر، سواد سلامت در زندگی روزمره، در قالب الگوهای سبک زندگی بروز می‌یابد. نحوه تغذیه، میزان فعالیت بدنی، شیوه مراجعه به خدمات درمانی، نوع مصرف دارو، توجه به پیشگیری و حتی انتخاب میان توصیه‌های رسمی و غیررسمی

1. Health Literacy

2. Sørensen et al.

3. Liu & Wang

4. Li et al.

5. Lupton

6. Sentell et al.

سلامت، همگی رفتارهایی هستند که از تعامل فرد با منابع گوناگون اطلاعات سلامت تأثیر می‌پذیرند (کیکبوش، ۲۰۱۲)؛ بنابراین، سواد سلامت نه فقط یک «مهارت شناختی»، بلکه بخشی از «سبک زندگی سلامت محور» است که در بستر روابط اجتماعی، تجربه‌های گذشته، منابع قابل اعتماد و زمینه فرهنگی شکل می‌گیرد. در چنین منظری، درک سواد سلامت بدون تحلیل فرایندهای اجتماعی شکل دهنده سبک زندگی ممکن نیست؛ ازاین‌رو، مطالعه تجربی آن در بافت‌های واقعی زندگی مردم ضرورت دارد.

شهر بوشهر نمونه‌ای قابل توجه از جامعه‌ای در حال گذار است که در آن، نیروهای سنتی و مدرن به صورت هم‌زمان عمل می‌کنند. از یک سو، رسانه‌های دیجیتال، توسعه شهری و افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت، الگوهای جدیدی از رفتارهای سلامت را پدید آورده‌اند؛ از سوی دیگر، شبکه‌های خویشاوندی، روابط محلی، تجربه‌های شفاهی و الگوهای سنتی اعتماد همچنان در تصمیم‌های مرتبط با سلامت نقشی پررنگ دارند. این وضعیت، شهروندان را در معرض منابع متنوع، گاه متضاد و دارای سطوح متفاوتی از اعتبار قرار می‌دهد و آنان را ناگزیر به انتخاب و داوری از میان این منابع می‌سازد؛ بنابراین، بوشهر زمینه‌ای مناسب برای بررسی چگونگی تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی بر شکل‌گیری سواد سلامت در چنین شرایطی است (زارعی و استعلاجی، ۱۳۹۶). این هم‌زیستی تنش‌آلود میان «عقلانیت پزشکی مدرن» و «زیست جهان سنتی»، بوشهر را به موردی نمونه‌وار (پارادایماتیک)^۲ برای پاسخ به این پرسش اصلی تبدیل می‌کند: «مؤلفه‌های اجتماعی چگونه بر شکل‌گیری سواد سلامت شهروندان بالای ۱۸ سال شهر بوشهر تأثیر می‌گذارند؟»

۱) پیشینه پژوهش

برای تدوین پیشینه پژوهش، جست‌وجویی نظام‌مند در پایگاه‌های علمی، SID، Magiran، Scopus و IranDoc، PubMed و انجام شد. در این جست‌وجو، کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی «سواد سلامت»، «Health Literacy»، «اعتماد اجتماعی»، «سبک زندگی سلامت محور»، «سلامت دیجیتال»، «ارتباطات سلامت»، «Social Determinants of»، «Grounded Theory» و «تجربه زیسته» به کار رفت. بازه زمانی جست‌وجو، سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ را دربر می‌گرفت. معیارهای ورود مطالعات عبارت بودند از:

1. Kickbusch

2. paradigmatic

- ارتباط مستقیم با سواد سلامت یا عوامل اجتماعی مؤثر بر آن؛
- استفاده از روش های کیفی یا تحلیل نظری؛
- قابلیت انطباق با بافت فرهنگی ایران.

مطالعات صرفاً کمی، سنجشی یا پیمایشی، تنها برای نشان دادن خلأهای مفهومی به کار گرفته شدند و در تحلیل محوری پژوهش وارد نشدند.

در دهه های اخیر، مفهوم سواد سلامت از سطحی محدود به توانایی خواندن متون پزشکی و پیروی از توصیه های درمانی، به چارچوبی چندبعدی، زمینه مند و اجتماعی ارتقا یافته است. این گذار پارادایمی، حاصل تغییراتی ژرف در ماهیت اطلاعات سلامت، گسترش فناوری های دیجیتال و پیچیده تر شدن روابط فرد. نهاد در نظام سلامت است. در این نگاه جدید، سواد سلامت نه مهارتی فردی و ساده، بلکه محصول برهم کنش پویای عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، فناورانه و تجربه های زیسته افراد شناخته می شود؛ پدیده ای که در بطن زندگی روزمره و شبکه های اجتماعی افراد شکل می گیرد و از محدودیت های ساختاری و فرصت های زیست محیطی تأثیر می پذیرد (رحیمی و همکاران، ۱۴۰۳؛ سورنسن و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهش های جدید نشان می دهند که سواد سلامت، بیش از آن که به توانایی خواندن منابع سلامت محدود باشد، نوعی «ظرفیت کنشگری» است؛ ظرفیتی برای تشخیص، تفسیر و مدیریت اطلاعات سلامت در شرایط پیچیده و در حال تغییر. رحیمی و همکاران (۱۴۰۳) در مرور نظام مند مطالعات ایران نشان می دهند که همگرایی سواد دیجیتال و سواد سلامت، در حال بازتعریف این حوزه است. همچنین، مطالعات بین المللی، مانند پژوهش لی و همکاران (۲۰۲۴)، تأکید می کنند که رفتار جست و جوی اطلاعات سلامت دیگر فرایندی خطی نیست؛ بلکه محصول «اکوسیستم اطلاعاتی چندمنبعی» است که اینترنت، شبکه های اجتماعی و روابط خانوادگی و اجتماعی را درهم می آمیزد. این اکوسیستم جدید سبب شده است افراد نه به عنوان مصرف کنندگانی منفعل، بلکه به مثابه کنشگرانی فعال و انتخاب گر در فرایند درمان ظاهر شوند.

از منظر اجتماعی، سواد سلامت در بستر ساختارهای نابرابر توزیع می شود. مطالعات داخلی، مانند پژوهش قناتی و همکاران (۱۴۰۲)، نشان می دهند که عواملی همچون تحصیلات، درآمد، فرهنگ خانوادگی و سبک زندگی، در تعیین سطح سواد سلامت نقشی اساسی دارند. این یافته ها با نتایج پژوهش های کلان نیز همخوان است؛ برای نمونه،

رضوانی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند که وضعیت سلامت در استان‌های ایران به‌طور کامل خوشه‌بندی شده و نابرابر است؛ به‌گونه‌ای که استان‌های محروم، از وضعیت سلامت پایین‌تری برخوردارند. این یافته‌ها با بحث‌های بین‌المللی، نظیر مطالعات براومن و گاتلیت^۱ (۲۰۱۴) درباره «علل» نابرابری‌های سلامت، همسو است؛ بحثی که بر این نکته تأکید دارد که وضعیت سلامت افراد، حاصل مجموعه‌ای از نیروهای ساختاری-اجتماعی است، نه صرفاً تفاوت‌های فردی.

یکی از متغیرهای کلیدی در شکل‌گیری سواد سلامت و رفتارهای مرتبط با آن، سطح اعتماد اجتماعی است. پژوهش‌های داخلی، مانند مطالعه رحمانی و ایمان (۱۴۰۲)، نشان می‌دهند که در جامعه ایران، اعتماد نهادی و اعتماد بین‌فردی به‌هم تنیده‌اند و تضعیف اعتماد به نهادهای رسمی می‌تواند پیامدهایی مستقیم بر رفتارهای سلامت، تبعیت از درمان و تعامل با نظام سلامت داشته باشد. مطالعات بین‌المللی، مانند پژوهش سوواتزی و همکاران^۲ (۲۰۲۴)، نیز بر نقش تعیین‌کننده بی‌اعتمادی پزشکی در کاهش مشارکت افراد در سیاست‌های بهداشت عمومی تأکید می‌کنند. این ادبیات نشان می‌دهد که سواد سلامت نه درخلاء، بلکه در پیوندی ساختاری با اعتماد عمومی، مشروعیت نهادهای پزشکی و تجربه‌های تاریخی افراد شکل می‌گیرد.

جریان دیگری از مطالعات، بر نقش سبک زندگی و سرمایه فرهنگی در شکل‌دهی سواد سلامت متمرکز است. بنابر پژوهش باسیتی و همکاران (۱۴۰۲)، سرمایه فرهنگی رابطه‌ای مثبت با سبک زندگی سلامت‌محور دارد و می‌تواند بخش قابل‌توجهی از تفاوت‌های رفتاری در حوزه سلامت را تبیین کند. این یافته با ادبیات جهانی نیز سازگار است؛ برای مثال، پژوهشگران حوزه سلامت دیجیتال، مانند مارنت و هنوود^۳ (۲۰۱۹)، نشان داده‌اند که فناوری‌های دیجیتال صرفاً ابزار نیستند، بلکه «فضای زیست سلامت» را بازتعریف کرده و رابطه بیمار-پزشک را به رابطه‌ای مذاکره‌ای، مبتنی بر داده و متکی بر هویت شخصی تبدیل کرده‌اند. در چنین شرایطی، سواد سلامت نه تنها توانشی شناختی، بلکه بخشی از سبک زندگی مدرن است.

در زمینه رفتارهای سلامت، مطالعاتی در کشورهای منطقه انجام شده است که بر نقش محدودیت‌های ساختاری، شرایط اقتصادی-اجتماعی و فشارهای خانوادگی در شکل‌دهی

1. Braveman & Gottlieb

2. Souvatzi et al.

3. Marent & Henwood

رفتارهای درمانی تأکید دارند. برای نمونه، التیمی و همکاران^۱ (۲۰۲۴) در بررسی رفتار جست‌وجوی اطلاعات سلامت در عراق نشان می‌دهند که ازدواج، طبقه اجتماعی، فشارهای اقتصادی و تجربه‌های زیسته بیماری، تأثیری تعیین‌کننده بر این رفتار دارند و افراد را به مسیرهایی چون خوددرمانی یا تأخیر در مراجعه به مراکز رسمی درمان سوق می‌دهند. نتایج پژوهش اسمیت^۲ (۲۰۲۵) نیز تأیید می‌کند که فقر، ناامنی غذایی و آلودگی محیطی، چرخه‌ای از محرومیت سلامت ایجاد می‌کنند که گسستن آن، بدون مداخله ساختاری، امکان‌پذیر نیست.

در حوزه تحلیل اجتماعی درمان، پژوهش‌هایی مانند مطالعه کونرادسن و همکاران^۳ (۲۰۲۴) نشان می‌دهند که رابطه میان دانش بیمار و اعتماد به درمان، رابطه‌ای بازاندیشانه است؛ بدین معنا که بیماران دارای سطح بالاتری از دانش سلامت، فعالانه در فرایند درمان مشارکت می‌کنند و این امر، به بازتولید اعتماد می‌انجامد. در عین حال، «سیالیت دانش سلامت» و تغییر مداوم توصیه‌های درمانی، این رابطه را شکننده و وابسته به زمینه اجتماعی می‌سازد. این تحلیل‌ها نشان می‌دهند که فهم سواد سلامت، بدون توجه به قدرت، اعتماد، تجربه زیسته و زمینه فرهنگی، ناقص خواهد بود.

الف) جمع‌بندی انتقادی و خلأهای پژوهشی

مرور ادبیات - چه در سطح ایران و چه در سطح جهانی - چند خلأ مهم و ساختاری را نمایان می‌کند:

- چیرگی روش‌های کمی و پیمایشی؛
- اغلب مطالعات، صرفاً سطح سواد سلامت را سنجیده‌اند و کمتر به فرایندهای معناسازی، تجربه‌های زیسته و نظام‌های معنایی برآمده از بطن زندگی روزمره توجه داشته‌اند؛
- غیبت پژوهش‌های کیفی زمینه‌مند در ایران؛
- با وجود پیچیدگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایران، شمار پژوهش‌های کیفی - به‌ویژه پژوهش‌های مبتنی بر نظریه زمینه‌ای کلاسیک (گراندد تئوری)^۴ - بسیار محدود است؛

1. Al-tameemi et al.

2. Smith

3. Conradsen et al.

4. Grounded Theory

- کم‌توجهی به نقش سبک زندگی، اعتماد و نابرابری‌های ساختاری در شکل‌گیری سواد سلامت: هرچند هر یک از این حوزه‌ها به‌طور مستقل بررسی شده‌اند، کمتر پژوهشی آن‌ها را در قالب دستگاه مفهومی و یکپارچه تحلیل کرده است؛
- نبود مطالعات بافت‌محور در شهرهای جنوبی و بندری ایران: شهرهایی مانند بوشهر، با ترکیبی از فرهنگ بومی، تعاملات فراملی، سبک زندگی ساحلی، تفاوت‌های طبقاتی و ساختارهای ارتباطی خاص، به‌ندرت موضوع مطالعه قرار گرفته‌اند؛
- فقدان تحلیل‌های فرایندی و تبیین سازوکارها؛
- بیشتر پژوهش‌ها توصیفی‌اند و کمتر مطالعه‌ای کوشیده است سازوکارهای اجتماعی مؤثر بر سواد سلامت را استخراج و مدل‌سازی کند.

ب) جایگاه و نوآوری پژوهش حاضر

با توجه به خلأهای یادشده، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای در پی آن است که

- سازوکارهای اجتماعی، فرهنگی و تجربی شکل‌دهنده سواد سلامت را فهم و تبیین کند؛
- تفاوت‌های زمینه‌ای و محلی شهر بوشهر را برجسته سازد؛
- به‌جای سنجش سطح سواد سلامت، فرایند برساخت معانی سلامت را از دل تجربه‌های زیسته مشارکت‌کنندگان استخراج کند؛
- با ارائه تبیینی زمینه‌مند، بتواند مبنای مداخلات سیاستی و برنامه‌های سلامت‌محور در جنوب ایران قرار گیرد.

۲) روش پژوهش

این مطالعه با هدف تبیین جامعه‌شناختی مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سواد سلامت شهروندان بوشهر، با استفاده از طرح ترکیبی متوالی اکتشافی^۱ انجام شد. در این طرح، داده‌های کیفی در مرحله نخست گردآوری و تحلیل شدند و یافته‌های حاصل از آن، مبنای طراحی و اجرای مرحله کمی در گام دوم قرار گرفتند. این رویکرد به پژوهش امکان داد تا در فاز کیفی، به عمق، غنا و کشف سازوکارهای زمینه‌ای دست یابد و سپس در فاز کمی، روابط میان متغیرهای شناسایی شده را در نمونه‌ای گسترده‌تر بسنجد و به یافته‌ها تعمیم‌پذیری محدودی ببخشد.

الف) فاز نخست؛ پژوهش کیفی

روش پژوهش در بخش کیفی، با اتخاذ رویکرد نظریه زمینه‌ای کلاسیک به روایت بارنی گلیزر انجام شد. انتخاب رویکرد کلاسیک گلیزر، به انعطاف‌پذیری ذاتی آن و تأکیدش بر کشف نظریه از دل داده‌ها، بدون تحمیل چارچوب‌های ازپیش تعیین شده. مانند مدل پارادایمی - بازمی‌گردد. از آنجا که هدف این پژوهش، کشف فرایند اجتماعی پایه در میدان سلامت بوشهر بود، نه آزمون مدلی ازپیش موجود، این رویکرد امکان ظهور آزادانه‌تر و وفادارتر نظریه به داده‌های زمینه‌ای را فراهم کرد. در مقابل، روش اشتراوس و کوربین^۱ (۱۹۹۰)، با تأکید بر کدگذاری محوری و مدل پارادایمی، ممکن بود تا حدی مسیر تحلیل را به سوی مقوله‌های ازپیش تصور شده سوق دهد.

یک) جامعه، نمونه‌گیری و حجم نمونه کیفی

جامعه پژوهش در این فاز، شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن شهر بوشهر بودند. در این مرحله، نمونه‌گیری نظری^۲ به عنوان سنگ بنای این روش - به کار گرفته شد. در این شیوه، انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت کاملاً انعطاف‌پذیر و هدایت شده توسط تحلیل داده‌ها در حین پژوهش انجام گرفت. پس از هر مرحله تحلیل، تعیین می‌شد که برای غنای مفاهیم در حال ظهور، نمونه بعدی از کدام گروه، موقعیت یا تجربه زیسته انتخاب شود. این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ یعنی زمانی که داده‌های جدید، ویژگی، بُعد یا رابطه جدیدی به مقوله‌ها و نظریه در حال تکوین نمی‌افزودند. بر اساس منطق این روش که بر کیفیت تحلیل و قدرت مقوله‌بندی تأکید دارد و با توجه به ماهیت اکتشافی پژوهش، پس از انجام ۱۷ مصاحبه عمیق و بدون ساختار سخت‌گیرانه، اشباع نظری حاصل شد.

جدول ۱. ویژگی افراد شرکت‌کننده در مصاحبه

وضعیت اقتصادی	تجربه سلامت (نوع بیماری یا تجربه)	وضعیت تأهل	تحصیلات	شغل/موقعیت اجتماعی	سن (سال)	جنسیت	شماره مصاحبه
متوسط	استرس و مشکلات هورمونی	متاهل	دیپلم	خانه‌دار	47	زن	1
ضعیف	فشار خون	متاهل	فوق دیپلم	بازنشسته	52	مرد	2
متوسط	چاقی و مشکلات گوارشی	متاهل	کارشناسی	معلم	39	زن	3
ضعیف	دیابت نوع ۲	متاهل	زیر دیپلم	ماهگیری	59	مرد	4

1. Strauss & Corbin

2. Theoretical Sampling

وضعیت اقتصادی	تجربه سلامت (نوع بیماری یا تجربه)	وضعیت تأهل	تحصیلات	شغل/موقعیت اجتماعی	سن (سال)	جنسیت	شماره مصاحبه
متوسط	مشکلات اضطراب و استرس	مجرد	کارشناسی ارشد	مهندس	33	مرد	5
متوسط	مشکلات قاعدگی	مجرد	کارشناسی	دانشجو	28	زن	6
خوب	اضافه وزن	متاهل	کارشناسی	آزاد	45	مرد	7
خوب	استرس	متاهل	کارشناسی	پرستار	41	زن	8
متوسط	چربی خون بالا	متاهل	دیپلم	شغل آزاد	50	مرد	9
متوسط	استرس	مجرد	کارشناسی	مدرس	30	زن	10
خوب	چاقی	متاهل	فوق دیپلم	مدیر فروشگاه	54	مرد	11
متوسط	بیماری گوارشی	متاهل	کارشناسی	خانه‌دار	37	زن	12
ضعیف	درد کمر و گردن	متاهل	زیر دیپلم	راننده تاکسی	43	مرد	13
خوب	میگرن	متاهل	کارشناسی ارشد	معلم	48	زن	14
متوسط	سلامت	متاهل	کارشناسی ارشد	مهندس عمران	38	مرد	15
خوب	اضطراب و اختلالات خواب	مجرد	دکتر	دانشجوی دکتری	26	زن	16
ضعیف	آرتروز زانو	متاهل	زیر دیپلم	کارگر ساختمانی	55	مرد	17

دو) ابزار گردآوری و تحلیل داده‌های کیفی

گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق، باز و انعطاف‌پذیر انجام شد. هر مصاحبه با یک پرسش آغازین کلی - «مهم‌ترین چالش شما در مواجهه با مسائل سلامت چیست؟» - شروع می‌شد. مسیر گفت‌وگو به طور کامل از مفاهیم و مقوله‌های مهم مطرح شده از سوی مشارکت‌کننده و نیز جهت‌گیری‌های تحلیلی شکل گرفته در جریان پژوهش تأثیر می‌پذیرفت. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری آن‌ها و بر اساس روش مقایسه مستمر انجام گرفت. این فرایند شامل مراحل زیر بود:

۱. کدگذاری باز: داده‌ها به مفاهیم اولیه تجزیه شدند و این مفاهیم به طور مستمر با یکدیگر مقایسه شدند تا مقوله‌های اولیه شکل گیرند.

۲. کدگذاری انتخابی و نظری: با ظهور مقوله‌های متعدد، مقوله محوری - یعنی مقوله‌ای که بیشترین ظهور را داشت، با دیگر مقوله‌ها رابطه منطقی برقرار می‌کرد و از قدرت تبیین‌کنندگی بالایی برای تغییرات در زمینه مطالعه برخوردار بود - انتخاب شد و سایر مقوله‌ها حول آن

سامان یافتند. در این مرحله، کدگذاری نظری برای کشف روابط میان مقوله‌ها و شکل‌دهی نظریه نهایی انجام شد.

در طول فرایند تحلیل، نگارش یادداشت‌های تحلیلی^۱ برای ثبت ایده‌ها، مقایسه‌ها و پیشبرد تحلیل به سطح نظری، نقشی حیاتی ایفا کرد. نمونه‌ای از این یادداشت‌ها در ادامه آمده است:

- **یادداشت کدگذاری:** پس از مصاحبه با یک صیاد سالخورده که اصطلاح «مزاج دریا» را برای بیماری خود به کار برد، یادداشتی با این مضمون نوشته شد: ««مزاج دریا» تنها یک توصیف نیست؛ بلکه چارچوبی تفسیری و جامع است. این مفهوم ممکن است در نقطه مقابل چارچوب پزشکی مدرن، مانند «دیابت نوع ۲»، قرار گیرد. آیا این امر نشانگر تمایزی بنیادی میان «سواد سلامت زیست‌بوم‌محور» و «سواد سلامت آزمایشگاه‌محور» است؟»
- **نمونه یادداشت نظری:** در جایی دیگر، پس از مشاهده الگوی مشابه «انتظار» در مصاحبه یک زن خانه‌دار و یک جوان تحصیل‌کرده. که هر دو برای اقدام پزشکی منتظر تأیید مادر خود بودند. یادداشت نظری زیر نوشته شد: «به نظر می‌رسد «انتظار» صرفاً ناشی از کم‌سوادی نیست؛ بلکه ممکن است نوعی منطق عقلانی بوم‌سازگار باشد. در محیطی با اطلاعات متعارض و هزینه‌های بالا. مالی و اعتباری. انتظار ظهور نشانه‌های قاطع‌تر یا شکل‌گیری اجماع در شبکه معتمد، می‌تواند راهبردی بهینه برای کمینه‌سازی ریسک باشد. این «مدارای انتظار» خود نوعی کنش فعال است.»
- **یادداشت روشی:** پس از شناسایی اولیه مفهوم «بیگانگی از بدن»، یادداشت شد: «برای غنای این مفهوم، به مصاحبه با فردی نیاز دارم که بیماری مزمن پیشرفته داشته و دوره طولانی درمان را تجربه کرده باشد. باید در مراکز حمایتی بیماران خاص، به دنبال چنین فردی باشم (نمونه‌گیری نظری هدایت شده توسط مفهوم).

نرم‌افزار MAXQDA برای مدیریت داده‌ها و فرایند کدگذاری به کار گرفته شد. صحت و اعتبار نظریه تولید شده از طریق فرایندهای درونی روش، شامل قابلیت اعتماد حاصل از مقایسه مستمر، تناسب نظریه با داده‌ها و قابلیت درک آن برای افراد درون زمینه، ارزیابی شد.

سه) اعتباریابی و چگونگی حصول آن

در این مطالعه، برای اطمینان از صحت و استحکام یافته‌ها، راهبردهای زیر به کار گرفته شد:

۱. **مقایسه مستمر:** این راهبرد که ریشه در روش نظریه زمینه‌ای دارد، اصلی‌ترین عامل اعتباربخشی درونی پژوهش بود. داده‌ها به‌طور مداوم با یکدیگر، کدها با کدها و مقوله‌ها با داده‌های جدید مقایسه می‌شدند تا نظریه نهایی به‌طور مستحکم در داده‌ها ریشه داشته باشد. برای مثال، مفهوم «مدارای انتظار» ابتدا در سه مصاحبه نخست مشاهده شد. سپس در مصاحبه‌های بعدی، فعالانه موارد نقض^۲ یا موقعیت‌هایی جست‌وجو شدند که افراد در آن‌ها به‌صورت سریع و قاطع اقدام می‌کردند. تحلیل این موارد. مانند اقدام فوری هنگام وقوع حادثه برای کودک. به اصلاح و دقیق‌سازی مقوله کمک کرد و نشان داد که مدارای انتظار، راهبردی موقعیتی است، نه صفتی ثابت در شخصیت افراد.

۲. **بازبینی هم‌تایان:**^۳ در مراحل مختلف کدگذاری و شکل‌گیری مقوله‌ها، کدهای اولیه، یادداشت‌های تحلیلی و طرح نخستین مقوله‌ها با دو تن از همکاران آشنا با روش‌های کیفی و موضوع سلامت. یک جامعه‌شناس با پژوهش‌هایی در حوزه سلامت و یک پرستار دکتری. به بحث گذاشته شد. این چالش‌سازی بیرونی به کاهش سوگیری‌های احتمالی پژوهشگر و غنای تحلیل کمک شایانی کرد.

۳. **بازبینی مشارکت‌کنندگان:**^۴ تفسیرهای اولیه حاصل از تجربه‌های چند تن از مشارکت‌کنندگان کلیدی. چهار نفر که نسبت به میانگین نمونه تنوع بیشتری داشتند و ارتباط مؤثرتری با پژوهشگر برقرار کرده بودند. در قالب گفت‌وگویی کوتاه، بار دیگر با آنان مطرح شد. تأیید آنان مبنی بر اینکه «بله این دقیقاً همان چیزی است که من تجربه کردم» یا ارائه اصلاحات جزئی. برای مثال: «من احساس تحقیر نمی‌کردم؛ بیشتر احساس سردرگمی می‌کردم». تناسب نظریه با تجربه‌های زیسته آنان را افزایش داد.

۴. **توصیف غنی و نقل قول‌های نماینده:** در گزارش نهایی، با ارائه توصیفی مفصل از بافت پژوهش و استفاده از نقل قول‌های مستقیم و گسترده از مشارکت‌کنندگانی با ویژگی‌های متفاوت، امکان دآوری خواننده درباره انتقال‌پذیری یافته‌ها فراهم شد. خواننده می‌تواند میزان شباهت زمینه مطالعه خود را با بافت بوشهر ارزیابی کند.

1. Constant Comparative Analysis

2. Negative Cases

3. Peer Debriefing

4. Member Checking

چهار) پایایی و چگونگی حصول آن

۱. ثبت نظام مند فرایند: تمامی مراحل تصمیم گیری پژوهش، از جمله منطق نمونه گیری برای هر مشارکت کننده، نسخه های مختلف راهنمای مصاحبه، تمامی یادداشت های تحلیلی، مراحل کدگذاری و تغییرات نام مقوله ها، به طور کامل در نرم افزار MAXQDA و دفترچه پژوهش ثبت شد. این «ردیاب حسابرسی» امکان پیگیری هر مرحله، از داده خام تا نتیجه نهایی را برای ناظر بیرونی فراهم می کند.

۲. کدگذاری از سوی همکار مستقل: برای اطمینان از عینیت نسبی در مرحله کدگذاری باز، حدود ۲۰ درصد از داده های متنی. شامل متن کامل سه مصاحبه. در اختیار پژوهشگر همکار قرار گرفت که با چارچوب تحقیق آشنا بود، اما در فرایند تحلیل مشارکت نداشت. پس از کدگذاری مستقل، میزان توافق با استفاده از فرمول توافق میان کدگذاران سنجیده شد و پس از بحث و حصول اجماع درباره تعاریف، به سطح مطلوب. بیش از ۸۰ درصد. رسید. این اقدام، ثبات فرایند تحلیلی را تقویت کرد.

۳. خروجی فاز کیفی: خروجی این فاز، یک نظریه زمینه ای مستحکم^۳ بود که فرایند اجتماعی اصلی حاکم بر رابطه میان مؤلفه های اجتماعی و سواد سلامت در شهر بوشهر را کشف و تبیین کرد.

ب) فاز دوم: پژوهش کمی

روش، جامعه و نمونه کمی: این فاز با روش پیمایشی مقطعی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن شهر بوشهر بود که تعداد آن ها ۴۱۰،۲۵۴ نفر است. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول های آماری و نرم افزار SAMPLP استفاده شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای نمونه گیری ۵ درصد، حجم نمونه در مرحله نخست ۳۸۴ نفر محاسبه شد. نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام گرفت؛ بدین صورت که ابتدا محله های مختلف شهر بوشهر به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس از هر محله، نمونه هایی به طور تصادفی از میان خانوارها برگزیده شدند. این روش به منظور کاهش هزینه و زمان اجرای پژوهش و نیز افزایش دقت و تعمیم پذیری نتایج به کار گرفته شد.

1. Audit Trail

2. Inter-coder Agreement

3. Substantive Grounded Theory

یک) ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای ترکیبی - شامل بخش محقق ساخته و مقیاس‌های استاندارد - بود که از دو بخش تشکیل می‌شد:

۱. مقیاس‌های سنجش متغیرهای مستقل؛ مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سواد سلامت: این بخش به صورت محقق ساخته و کاملاً بر اساس یافته‌های فاز کیفی طراحی شد. گویه‌ها در قالب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم»، تنظیم شدند و این مؤلفه‌ها را می‌سنجیدند: میدان سلامت چندصدایی و سردرگمی اعتباریابی (۱۰ گویه)، سرمایه نمادین خانواده (۸ گویه)، راهبرد تعلیق قضاوت و عاملیت تأخیری (۹ گویه)، مدارای انتظار (۱۰ گویه)، بدن به مثابه میدان آزمایش (۸ گویه) و بده‌بستان سلامت - اعتماد و قدرت (۹ گویه).

۲. سنجش متغیر وابسته؛ سواد سلامت: برای سنجش سواد سلامت، از پرسش‌نامه استاندارد سواد سلامت بزرگ سالان ایرانی^۱، تدوین شده توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳)، شامل ۳۳ گویه در پنج بُعد، استفاده شد. این ابعاد عبارت‌اند از: دسترسی (۶ گویه)، خواندن (۴ گویه)، درک و فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و تصمیم‌گیری و کاربرد رفتار (۱۲ گویه).

جدول ۲. روائی و پایایی پرسشنامه‌های محقق ساخته

ردیف	مؤلفه (مقیاس)	تعداد گویه	آلفای کرونباخ	CVR روایی محتوایی	توضیحات
۱	میدان سلامت چندصدایی و سردرگمی اعتباریابی	۱۰	۰.۸۲	۰.۸۱	پایایی خوب، روایی بالا
۲	سرمایه نمادین خانواده	۸	۰.۸۵	۰.۸۴	پایایی عالی، روایی بالا
۳	استراتژی تعلیق قضاوت و عاملیت تأخیری	۹	۰.۷۹	۰.۷۸	پایایی قابل قبول، روایی خوب
۴	مدارای انتظار (مقوله محوری)	۱۰	۰.۸۷	۰.۸۶	پایایی عالی، روایی بسیار بالا
۵	بدن به مثابه میدان آزمایش	۸	۰.۸۱	۰.۸۰	پایایی خوب، روایی بالا

ردیف	مؤلفه (مقیاس)	تعداد گویه	آلفای کرونباخ	CVR روایی محتوایی	توضیحات
۶	بده‌بستان سلامت-اعتماد و قدرت	۹	۰.۸۴	۰.۸۳	پایایی عالی، روایی بالا
کل	-	۵۴	۰.۹۱	۰.۸۳	پایایی بسیار بالا

جدول ۳. روایی و پایایی پرسشنامه سواد سلامت

ابزار / حیطه	تعداد گویه	آلفای کرونباخ	CVR
کل پرسشنامه HELIA	۳۳	۰.۸۹	0.79
دسترسی	۶	۰.۸۲	0.76
خواندن	۴	۰.۷۸	0.74
درک و فهم	۷	۰.۸۵	0.81
ارزیابی	۴	۰.۷۶	0.72
تصمیم‌گیری و کاربرد رفتار	۱۲	۰.۸۷	0.77
کل		0.91	0.87

دو) تحلیل داده‌های کمی

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. برای توصیف نمونه، از آمار توصیفی و برای آزمون تحلیل مسیر^۱ طراحی شده، از آمار استنباطی استفاده شد.

۳) ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی انجام شد؛ ازجمله اخذ مجوز از مراجع ذی صلاح، کسب رضایت آگاهانه کتبی از تمامی مشارکت‌کنندگان، تضمین محرمانگی و ناشناس ماندن داده‌ها، اعلام آزادی کامل برای خروج از پژوهش در هر مرحله و تعهد به اطلاع‌رسانی نتایج کلی پژوهش به مشارکت‌کنندگان علاقه‌مند.

۴) یافته‌های کیفی

فرایند تحلیل داده‌های کیفی، مبتنی بر نظریه زمینه‌ای کلاسیک گلیزر و بر اساس ۱۷ مصاحبه عمیق، به ظهور ۲۳۵ کد اولیه، ۲۴ مفهوم و درنهایت ۸ مقوله اصلی منجر شد. از طریق کدگذاری نظری و مقایسه مستمر، مقوله «مدارای انتظار» به عنوان مقوله محوری انتخاب شد؛ زیرا بیشترین ارتباط را با سایر مقوله‌ها داشت و از قدرت تبیین‌کنندگی بالایی برای الگوی کنش افراد در میدان سلامت بوشهر برخوردار بود. این مقوله، هسته مرکزی نظریه زمینه‌ای نهایی را تشکیل می‌دهد.

جدول ۴. چارچوب مقوله‌های اصلی و مفاهیم کلیدی

ماهیت مقوله	کدگذاری نظری	کدگذاری باز (نمونه‌ها)	مقوله اصلی
فضای آشفته دیجیتال و چندگانگی که فاقد مرجعیت واحد است و اطلاعات متناقض (محلی، سنتی، مدرن، جهانی) در آن جریان دارد. این چندگانگی همراه با بحران اعتماد به منابع و سردرگمی در اعتباریابی اطلاعات، به عدم تصمیم‌گیری صحیح منجر می‌شود.	چندصدایی منابع اطلاعاتی بحران اعتماد اطلاعات متناقض محلی-جهانی	صدای پزشک متخصص صدای طب سنتی (گیاهان، عطاری) صدای شبکه اجتماعی (فامیل، همسایه) صدای فضای مجازی (کانال‌های تلگرامی، اینستاگرام، تیک‌تاک) صدای تجربه شخصی گذشته صدای رسانه‌های عمومی و نهادهای دولتی (وزارت بهداشت) عدم قطعیت در تشخیص منبع معتبر تناقض در توصیه‌های منابع مختلف شک و تردید نسبت به انگیزه مالی یا ناکارآمدی نهادها احساس کلاه‌برداری اطلاعات غلط از شبکه‌های اجتماعی و کمپین‌های جهانی (مانند واکسن ستیزی)	میدان سلامت چندصدایی و سردرگمی اعتباریابی

ماهیت مقوله	کدگذاری نظری	کدگذاری باز (نمونه‌ها)	مقوله اصلی
خانواده (و شبکه‌های فرهنگی-مذهبی نزدیک به آن) به عنوان نهاد اجتماعی معتبر، جایگزین نهادهای رسمی سلامت عمل می‌کند و در فرآیند تصمیم‌گیری‌های سلامت نقش محوری دارد. باورهای مذهبی محلی اغلب در این سرمایه خانوادگی ادغام می‌شوند.	سرمایه نمادین اعتماد درون‌گروهی انتقال بین‌نسلی دانش سلامت	ریش سفید خانواده به عنوان داور نهایی زن به عنوان کانون گردآوری و پالایش اطلاعات تجربیات بیماری‌های ارثی به عنوان سند معتبر خانواده به عنوان پناهگاه در برابر بی‌اعتمادی بیرونی ایجاد اعتماد درون‌خانوادگی برای تصمیم‌گیری الگوهای انتقال اطلاعات از نسل به نسل استفاده از تجربه‌های خانواده در درمان‌های غیررسمی وجود دوگانگی در روش‌های درمانی (طب سنتی و مدرن) نقش علمای محلی در اعتباریابی (به عنوان گسترش سرمایه نمادین فرهنگی-مذهبی خانواده)	سرمایه نمادین خانواده

ماهیت مقوله	کدگذاری نظری	کدگذاری باز (نمونه‌ها)	مقوله اصلی
در شرایط عدم قطعیت، افراد از تعلیق قضاوت و تأخیر در اقدام به عنوان راهبردهای اجتماعی-روانشناختی استفاده می‌کنند. این عاملیت تأخیری، تحت تأثیر نابرابری‌های ساختاری (طبقه، جنسیت، سن، قومیت)، بیشتر واکنش‌گرا است و پیشگیری را کم‌رنگ می‌کند.	عقلانیت محدود راهبرد کاهش ریسک واکنش‌گرایی اجتماعی	به تعویق انداختن تصمیم نهایی امتحان کردن راه‌حل‌ها به صورت ترتیبی جمع‌آوری اطلاعات بیشتر بدون اقدام احتیاط و مدیریت اضطراب در تصمیم‌گیری اقدام پس از اجماع نسبی یا لحظه اضطراب و واکنش به جای پیشگیری عمل کردن زمانی که هزینه انتظار بیش از هزینه عمل شود تأثیر سن و جنسیت بر پیشگیرانه یا واکنش‌گرا بودن نقش طبقه اقتصادی، جنسیت، سن و قومیت در تأخیر تصمیم‌گیری (به عنوان عامل ساختاری مؤثر بر تعلیق)	استراتژی تعلیق قضاوت و عاملیت تأخیری
فرآیند اجتماعی مرکزی که بی‌عملی را به راهبرد فعال کاهش ریسک تبدیل می‌کند. افراد در مواجهه با عدم قطعیت و نابرابری‌ها، انتظار را به عنوان ابزار مدیریت سلامت و ریسک به کار می‌گیرند.	راهبرد فعال بی‌عملی مدیریت ریسک در عدم قطعیت؛ تأثیر ساختارهای کلان	انتظار برای ظهور نشانه‌های قطعی انتظار برای پیشنهاد جمعی فامیل انتظار برای کاهش هزینه‌های مالی یا روانی انتظار به مثابه درمان (بیماری خودش خوب می‌شود) بازنگری تصمیمات بر اساس نظرات دیگران و واکنش تدریجی به تغییرات سلامت تأثیر شرایط مالی ضعیف و نابرابری اقتصادی تأثیر بحران‌های جهانی مانند همه‌گیری‌ها	مدارای انتظار (مقوله محوری)

ماهیت مقوله	کدگذاری نظری	کدگذاری باز (نمونه‌ها)	مقوله اصلی
بدن به عنوان فضای آزمایشی تجربی عمل می‌کند. افراد بدن خود را آزمایشگاه شخصی می‌پندارند و بدون تکیه بر علم رسمی، از واکنش‌های حسی، فرهنگی و مذهبی برای تأیید درمان‌ها استفاده می‌کنند.	فردگرایی تجربی معرفت‌شناسی بدن ریسک‌پذیری شخصی	آزمودن داروی گیاهی به مدت محدود تغییر رژیم غذایی بر اساس حدس و گمان قطع خودسرانه دارو برای آزمایش نتیجه واکنش بدن به عنوان معیار حقیقت جست‌وجو برای درمان‌های جایگزین درمان‌های غیررسمی با تجارب شخصی ارزیابی‌های حسی فردی از بدن باور به «بدن طبیعی» در فرهنگ سنتی استفاده از دعا/ طلسم و ادغام طب اسلامی با سنتی (به عنوان بخشی از آزمایش فرهنگی- مذهبی بدن)	بدن به مثابه میدان آزمایش
افراد در تصمیم‌گیری‌های سلامت، بین اعتماد اجتماعی، آرامش روانی و بهینه‌سازی جسمانی بده‌بستان می‌کنند. این فرآیند تحت تأثیر قدرت‌های ساختاری (طبقه، سیاست) قرار دارد و اغلب سلامت را فدای روابط و آرامش می‌کند.	اقتصاد عاطفی سلامت اعتماد اجتماعی قدرت ساختاری	پذیرش ریسک درمان در ازای اعتماد شخصی (پزشک فامیل) معامله سلامت با آسودگی روانی قربانی کردن درمان بهینه برای آرامش خانوادگی اعتماد به روش‌های سنتی در برابر علمی تأثیر روابط شخصی مبادله بین هزینه‌های جسمانی و روانی نقش ساختارهای کلان مانند طبقه اجتماعی و سیاست‌های دولتی	بده‌بستان سلامت-اعتماد و قدرت

(۵) یافته‌های کمی

جدول ۵. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	n	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	حداقل	حداکثر
میدان سلامت چندصدایی و سردرگمی اعتباریابی	384	۳.۵۱	۰.۷۶	۱.۰۰	۵.۰۰
سرمایه نمادین خانواده	384	۳.۱۷	۰.۹۲	۱.۰۰	۵.۰۰
راهبرد تعلیق قضاوت و عاملیت تأخیری	384	۳.۴۰	۰.۷۰	۱.۰۰	۵.۰۰
بدن به مثابه میدان آزمایش	384	۳.۰۰	۱.۰۰	۱.۰۰	۵.۰۰
بده‌بستان سلامت. اعتماد و قدرت	384	۳.۳۰	۰.۸۵	۱.۰۰	۵.۰۰
مدارای انتظار	384	۳.۲۵	۰.۸۸	۱.۰۰	۵.۰۰
سواد سلامت	384	۶۸.۴۵	۱۸.۷۲	۲۵.۰۰	۹۸.۰۰

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل مسیر

شاخص برازش	مقدار	مقدار مطلوب
χ^2 (df)	۴۲.۳۶ (۱۸)	$p > ۰.۰۵$
χ^2/df	۲.۳۵	< ۳
(Comparative Fit Index (CFI	۰.۹۷۶	> ۰.۹۵
(Tucker-Lewis Index (TLI	۰.۹۶۵	> ۰.۹۵
Root Mean Square Error of Approximation ((RMSEA	۰.۰۵۹	< ۰.۰۸
Standardized Root Mean Square Residual ((SRMR	۰.۰۴۲	< ۰.۰۸

جدول ۷. ضرایب مسیر استاندارد شده

مسیر (از ← به)	ضریب استاندارد (β)	خطای استاندارد (SE)	z-value	p-value
میدان چندصدایی ← مدارای انتظار	۰.۳۶	۰.۰۵	۷.۲۰	< ۰.۰۰۱
سرمایه نمادین خانواده ← مدارای انتظار	-۰.۳۹	۰.۰۴	-۹.۷۵	< ۰.۰۰۱

مسیر (از ← به)	ضریب استاندارد (β)	خطای استاندارد (SE)	z-value	p-value
راهبرد تعلیق قضاوت ← مدارای انتظار	۰.۳۳	۰.۰۵	۶.۶۰	<۰.۰۰۱
بدن به مثابه میدان آزمایش ← مدارای انتظار	۰.۱۹	۰.۰۵	۳.۸۰	<۰.۰۰۱
بده‌بستان اعتماد. قدرت ← مدارای انتظار	۰.۲۰	۰.۰۵	۴.۰۰	<۰.۰۰۱
مدارای انتظار ← سواد سلامت	-۰.۴۸	۰.۰۶	-۸.۰۰	<۰.۰۰۱
میدان چندصدایی ← سواد سلامت (مستقیم)	-۰.۲۸	۰.۰۵	-۵.۶۰	<۰.۰۰۱
سرمایه نمادین خانواده ← سواد سلامت (مستقیم)	۰.۳۵	۰.۰۴	۸.۷۵	<۰.۰۰۱
بده‌بستان اعتماد. قدرت ← سواد سلامت (مستقیم)	-۰.۲۲	۰.۰۵	-۴.۴۰	<۰.۰۰۱

جدول ۸. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل

متغیر مستقل	اثر مستقیم روی سواد سلامت (β)	اثر غیرمستقیم (از طریق مدارای انتظار) (β)	اثر کل (β)
میدان سلامت چندصدایی	-۰.۲۸	$-۰.۱۷ (-۰.۴۸ \times ۰.۳۶)$	-۰.۴۵
سرمایه نمادین خانواده	۰.۳۵	$۰.۱۹ (-۰.۴۸ \times -۰.۳۹)$	۰.۵۴
راهبرد تعلیق قضاوت	-۰.۱۵	$-۰.۱۶ (-۰.۴۸ \times ۰.۳۳)$	-۰.۳۱
بدن به مثابه میدان آزمایش	۰.۰۵	$-۰.۰۹ (-۰.۴۸ \times ۰.۱۹)$	-۰.۰۴
بده‌بستان سلامت. اعتماد و قدرت	-۰.۲۲	$-۰.۱۰ (-۰.۴۸ \times ۰.۲۰)$	-۰.۳۲

شکل ۱. مدل مفهومی

۶) نتیجه‌گیری و پیشنهادها

فرایند تحلیل داده‌های کیفی بر اساس رویکرد نظریه زمینه‌ای کلاسیک گلیزر و با انجام ۱۷ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته، به ظهور ۲۳۵ کد اولیه، ۲۴ مفهوم و در نهایت ۸ مقوله اصلی منجر شد. از طریق کدگذاری انتخابی و نظری و با بهره‌گیری از روش مقایسه مستمر، مقوله «مدارای انتظار» به عنوان مقوله محوری انتخاب گردید؛ زیرا بیشترین ارتباط را با سایر مقوله‌ها

داشت و از قدرت تبیین‌کنندگی بالایی برای فرایند اجتماعی حاکم بر سواد سلامت در شهر بوشهر برخوردار بود.

هسته مرکزی این تحلیل نظری، مقوله «مدارای انتظار» است که به عنوان راهبردی فعال در کنش اجتماعی و مواجهه با عدم قطعیت، نقشی کلیدی در تبیین فرایند شکل‌گیری سواد سلامت ایفا می‌کند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که سواد سلامت در این بافت، نه امری صرفاً فردی، بلکه پدیده‌ای عمیقاً اجتماعی و زمینه‌مند است که تحت تأثیر میدان چندصدایی سلامت و سردرگمی در اعتباریابی منابع اطلاعاتی شکل می‌گیرد. در این شرایط، سرمایه نمادین خانواده به عنوان نهادی جایگزین برای اعتمادسازی عمل می‌کند و بدن به میدانی برای آزمایشگری تجربی تبدیل می‌شود. درنهایت، کنشگران در یک بده‌بستان پیچیده میان سلامت، اعتماد و ساختارهای قدرت، راهبرد تعلیق قضاوت و عاملیت تأخیری را در پیش می‌گیرند؛ راهبردی که در قالب مقوله محوری «مدارای انتظار» تبلور می‌یابد و موجب غلبه واکنش‌گرایی بر کنش پیشگیرانه می‌شود.

در فاز کمی این پژوهش ترکیبی، با استفاده از روش پیمایش مقطعی و نمونه‌ای ۳۸۴ نفری از شهروندان بوشهر، روابط ساختاری میان مقوله‌های استخراج‌شده از فاز کیفی سنجش شد. تحلیل مسیر با شاخص‌های برازش مطلوب ($0.059RMSEA=$ ، $35.2\chi^2/df=$ و $0.976CFI=$) نشان داد که مدل نظری از قدرت تبیین‌کنندگی بالایی برخوردار است (R^2 سواد سلامت = ۰.۵۸). یافته‌ها حاکی از آن است که میدان سلامت چندصدایی $0.36\beta=$ و راهبرد تعلیق قضاوت $0.33\beta=$ اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر افزایش مدارای انتظار دارند. در مقابل، سرمایه نمادین خانواده با اثر مستقیم منفی قوی بر مدارای انتظار $0.39-\beta=$ ، به عنوان عاملی حفاظتی عمل می‌کند. همچنین، مدارای انتظار خود قوی‌ترین پیش‌بین منفی سواد سلامت است ($0.48-\beta=$). تحلیل اثرات غیرمستقیم نیز تأیید کرد که مدارای انتظار به عنوان یک مکانیسم میانجی کامل عمل می‌کند؛ برای نمونه، بخش قابل توجهی از اثر منفی میدان چندصدایی بر سواد سلامت (۱۷٪ - از کل ۴۵٪-) از طریق افزایش مدارای انتظار انتقال می‌یابد.

این یافته‌های کمی، روابط علی مطرح‌شده در نظریه زمینه‌ای را در سطح جامعه‌شناختی تأیید می‌کند و بر نقش محوری سرمایه اجتماعی خانواده و اثر مخرب آشفتگی اطلاعاتی صحنه می‌گذارد. این یافته‌ها با برخی از پژوهش‌های بین‌المللی نیز همخوانی دارد؛ به گونه‌ای که لی و

همکاران (۲۰۲۴) بر نقش عدم قطعیت دیجیتال و شبکه‌های غیررسمی تأکید کرده‌اند که با مفاهیم میدان چندصدایی و مدارای انتظار همخوانی دارد. التیمی و همکاران (۲۰۲۴) نیز در عراق، تأخیر در مراجعه به خدمات رسمی و گرایش به خوددرمانی را به فشارهای اقتصادی و ساختار خانواده مرتبط دانسته‌اند که با راهبرد مدارای انتظار در بوشهر مشابهت دارد. سوواتزی و همکاران (۲۰۲۴) کاهش اعتماد به نظام سلامت را عاملی در شکل‌گیری تردیدهای بهداشتی معرفی کرده‌اند؛ این پژوهش با شناسایی بده‌بستان اعتماد، قدرت، این فرایند را در یک بافت محلی تبیین می‌کند. همچنین کونرادسن و همکاران (۲۰۲۴) بر نقش دانش سلامت در تقویت اعتماد تأکید دارند که با پیشنهاد های پژوهش حاضر در زمینه سواد سلامت انتقادی همسو است. مارنت و هنوود (۲۰۱۹) تنش‌های ناشی از فناوری دیجیتال و مذاکره‌پذیری اقتدار پزشکی را توصیف کرده‌اند که با مفهوم «بدن به مثابه میدان آزمایش» در پژوهش حاضر مشابهت دارد. براومن و گاتلیت (۲۰۱۴) نیز بر ضرورت توجه به علل اجتماعی نابرابری‌های سلامت تأکید کرده‌اند. این دیدگاه با یافته‌های پژوهش‌های رحیمی و همکاران (۱۴۰۳)، رحمانی و ایمان (۱۴۰۲)، فنواتی و همکاران (۱۴۰۲)، نعمتی سولدرق و همکاران (۱۴۰۱) و رضوانی و همکاران (۱۴۰۱) همسو و هم جهت است. از منظر نظری، این یافته‌ها را می‌توان با تلفیق چارچوب ساختارگرایی تکوینی بورديو و نظریه سیستم‌های جهان زیست هابرماس تبیین کرد.

در این راستا، «میدان سلامت چندصدایی» به مثابه یک میدان اجتماعی آشفته بازنمایی می‌شود که در آن، تعارض میان «عقلانیت نظام‌مند» (نظام پزشکی رسمی) و «عقلانیت جهان زیست» (نظام‌های سنتی، خانوادگی و مذهبی) به «بحران مشروعیت» و «سردرگمی در اعتباریابی» منجر می‌شود. در چنین شرایطی، «سرمایه نمادین خانواده» به عنوان منبعی از «اعتماد رابطه‌مند» و «سرمایه فرهنگی تجسم یافته» عمل می‌کند. این سرمایه، در شرایطی که اعتماد به نظام تخصصی تضعیف شده است، به عنوان جایگزینی برای آن عمل می‌کند. کنشگران با اتکا به «منطق عمل» مبتنی بر «عادت‌واره» های محلی، راهبرد «مدارای انتظار» را به مثابه «کنشی معطوف به بقا» در میدانی متأثر از نابرابری‌های ساختاری (طبقه و جنسیت) و عدم قطعیت به کار می‌گیرند. این فرایند، شکل‌گیری یک «سواد سلامت اقتضایی و واکنشی» را توضیح می‌دهد که در آن، بدن به «سرمایه جسمانی» تبدیل می‌شود. این سرمایه در میدانی متأثر از روابط قدرت و بده‌بستان‌های اجتماعی، مدیریت و آزمایش می‌شود. با این حال، باید توجه داشت که اگرچه نابرابری‌های ساختاری و اقتصادی (جبر) می‌توانند زمینه‌ساز تأخیر

در درمان باشند، مفهوم «مدارای انتظار» در این پژوهش فراتر از یک اجبار اقتصادی است. این مفهوم بر وجود یک «عاملیت تأخیری» دلالت دارد؛ جایی که کنشگران در مواجهه با تورم اطلاعات متناقض و بی‌اعتمادی نهادی، آگاهانه زمان را به خدمت می‌گیرند تا با استفاده از منابع جایگزین (خانواده و تجربه بدنی)، ریسک تصمیم‌گیری را کاهش دهند؛ بنابراین، «مدارای انتظار» یک «راهبرد بقا» است، نه صرفاً پیامد محرومیت.

۷) محدودیت‌های پژوهش

- این پژوهش از نظر جغرافیایی به شهر بوشهر محدود است؛ ازاین‌رو، ممکن است الگوهای اجتماعی حاکم بر سایر مناطق را به‌طور کامل بازنمایی نکند.
- داده‌های کمی این پژوهش مبتنی بر پیمایش مقطعی است؛ بنابراین، امکان استنتاج روابط علی در طول زمان محدود می‌شود.
- بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد‌های زیر در سه سطح کلان، میانی و خرد ارائه می‌گردد:

۱. سطح کلان

- ایجاد «لنگرگاه‌های دیجیتال» برای مدیریت میدان چندصدایی: به جای اتخاذ رویکردی صرفاً سلبی و حذف صداها، پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت با ایجاد پلتفرم‌های مرجع و تعاملی (نه صرفاً خبری)، نقش «لنگرگاه اعتماد» را در فضای مجازی ایفا کند. این پلتفرم‌ها باید با به رسمیت شناختن دغدغه‌های مرتبط با طب سنتی و ارائه پاسخ‌های علمی و محترمانه به آن‌ها، سردرگمی مراجعان را در فرایند اعتباریابی اطلاعات سلامت کاهش دهند.
- اصلاح ساختاری برای کاهش «هزینه اقتصادی انتظار»: با توجه به اینکه «مدارای انتظار» تا حدی ریشه در ریسک‌های اقتصادی دارد، سیاست‌گذاران حوزه بیمه باید پوشش کامل و رایگان «ویزیت‌های اولیه و غربالگری» را در دستور کار قرار دهند. حذف هزینه در نقطه آغاز مراجعه، معادله «بده‌بستان اقتصادی» بیمار را تغییر می‌دهد و انگیزه تعلیق درمان را کاهش می‌دهد.
- ادغام رسمی سرمایه نمادین خانواده در شبکه بهداشت: با توجه به نقش حفاظتی و شتاب‌دهنده خانواده (بر اساس ضریب مسیر منفی ۰/۳۹- بر مدارای انتظار)، پیشنهاد می‌شود طرح «ابطین سلامت خانوادگی» بازتعریف شود؛ به گونه‌ای که ریش سفیدان و زنان تأثیرگذار محلی، نه فقط به عنوان دریافت‌کنندگان پیام، بلکه به عنوان «تسهیل‌گران معتمد» در فرایند ارجاع بیماران به نظام تخصصی به کار گرفته شوند.

۲. سطح میانی (نظام ارائه خدمات و ارتباطات سلامت)

- گذار به الگوی «تصمیم‌گیری مشترک»: برای شکستن چرخه «بده‌بستان اعتماد- قدرت» که می‌تواند به ترک درمان منجر شود، کادر درمان باید از رویکرد پدرمآبانه^۱ فاصله بگیرند. آموزش پزشکان برای درک «زیست جهان بیمار» و لحاظ محدودیت‌های مالی و ترجیحات فرهنگی او در فرایند تجویز و درمان، می‌تواند از کنار گذاشتن درمان‌های علمی از سوی بیمار جلوگیری کند.
- توسعه «کلینیک‌های پل»: ایجاد مراکزی که در آن‌ها متخصصان طب مدرن و متخصصان دانشگاهی طب سنتی در کنار یکدیگر حضور داشته باشند. این هم‌نشینی می‌تواند تضاد موجود در ذهن بیمار (میدان چندصدایی) را کاهش دهد و نیاز او به آزمون و خطای شخصی (بدن به مثابه آزمایشگاه) را در محیطی کنترل‌شده و ایمن پاسخ دهد.
- بومی‌سازی ارتباطات خطر: استفاده از زبان، استعاره‌ها و نمادهای بومی بوشهر در کمپین‌های سلامت. پیام‌های بهداشتی باید به جای ترجمه صرف متون مرکز نشین، با «عقلانیت بومی» و دغدغه‌های روزمره مردم منطقه همسو شوند تا زمینه بازسازی اعتماد از دست‌رفته فراهم شود.

۳. سطح خرد (توانمندسازی جامعه و خانواده)

- آموزش «سواد سلامت انتقادی» به جای سواد کارکردی: مداخلات آموزشی نباید صرفاً به انتقال اطلاعات پزشکی محدود شوند؛ بلکه باید مهارت‌هایی مانند «ارزیابی منبع»، «تشخیص تضاد منافع» و «تفکر نقادانه» را تقویت کنند تا افراد در مواجهه با بمباران اطلاعاتی فضای مجازی، دچار فلج تصمیم‌گیری و پناه بردن به راهبرد تعلیق نشوند.
- ترویج فرهنگ «مشاوره زودهنگام» برای شکستن مدارای انتظار: راه‌اندازی خطوط مشاوره تلفنی و برخط رایگان و در دسترس برای پاسخ‌گویی به پرسش‌های اولیه. این ابزار با کاهش هزینه‌های روانی و زمانی اقدام اولیه، به افراد کمک می‌کند تا پیش از حاد شدن بیماری و بدون نیاز به مراجعه حضوری دشوار، از مرحله «تعلیق قضاوت» خارج شوند.
- تقویت نقش «دروازه‌بانی» زنان در خانواده: از آنجاکه زنان کانون گردآوری و پالایش اطلاعات سلامت در خانواده هستند (بر اساس یافته‌های کیفی)، برگزاری کارگاه‌های اختصاصی «مدیریت هوشمند سلامت خانواده» برای مادران می‌تواند کیفیت تصمیم‌گیری در کل واحد خانواده را ارتقا دهد و از تبدیل شدن بدن اعضای خانواده به میدان آزمایش جلوگیری کند.

منابع

۱. با سیتی، شهرام، شربتیان، محمدحسن و شادلو، ندا. (۱۴۰۲). رابطه سرمایه فرهنگی با سبک زندگی سلامت‌محور (مورد مطالعه: زنان ۲۰ تا ۴۸ سال شهر دامغان). برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۴(۵۷)، ۲۱۵-۲۷۰. <https://doi.org/10.22054/qjstd.2023.68621.2373>
۲. رحمانی، سمیه و ایمان، محمدتقی. (۱۴۰۲). درهم‌تنیدگی اعتماد و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی. مطالعات ساختار و کارکرد اجتماعی، ۲(۱۱)، ۴۵-۶۸. <https://doi.org/10.22054/qjstd.2023.68621.2373>
۳. رحیمی، مریم، سهیلی، فرامرز و خاصه، علی‌اکبر. (۱۴۰۳). تحلیلی بر پژوهش‌های حوزه سواد در ایران: ساختار مفهومی سواد سلامت. تحقیقات اطلاع‌رسانی و کتابخانه‌های عمومی، ۳۰(۱)، ۵-۲۸.
۴. رضوانی، محمدرضا، طهماسبی، سیامک و هاجری، بهرام. (۱۴۰۱). بررسی وضعیت نابرابری و بی‌عدالتی در شاخص‌های سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن در ایران. برنامه‌ریزی منطقه‌ای، ۱۲(۴۸)، ۱-۱۴.
۵. زارعی، یعقوب و استعلاجی، علیرضا. (۱۳۹۶). سنجش و تحلیل برخی مؤلفه‌های فرهنگی توسعه در شهرستان‌های استان بوشهر با بهره‌گیری از مدل‌های ترکیبی تصمیم‌گیری چندشاخصه. مطالعات محیطی هفت حصار، ۶(۲۲)، ۱۴۴-۱۵۸.
۶. قنواتی، احمد، چیت‌ساز، محمدعلی و حجازی، سیدناصر. (۱۴۰۲). بررسی سطح سواد سلامت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر اهواز و عوامل فرهنگی. اجتماعی مؤثر بر آن. مطالعات میان‌فرهنگی، ۱۸(۵۴)، ۱۲۳-۱۴۸.
۷. نعمتی سولدرق، مینا، مظفری، افسانه و دلاور، علی. (۱۴۰۱). سواد سلامت در شبکه تلویزیونی سلامت پیش و پس از شیوع کرونا. پژوهش‌های ارتباطی، ۲۹(۱۰۹)، ۹-۲۹.

8. Al-Tameemi, H., Al-Jubouri, M., & Zangana, A. (2024). Insights into determinants of health-seeking behavior in the Iraqi context. BMC Health Services Research, 24(1), 112–125. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1367088>.
9. Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public Health Reports, 129(Suppl. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>.
10. Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), Handbook of theory and research for the sociology of education (pp. 241–258). Greenwood.
11. Conradsen, S., Vardinghus-Nielsen, H., & Skirbekk, H. (2024). Patient knowledge and trust in health care: A theoretical discussion on the relationship between patients' knowledge and their trust in health care personnel in high modernity. Health Care Analysis, 32(2), 73–87. <https://doi.org/10.1007/s10728-023-00467-7>.
12. Kickbusch, I. (2012). Health literacy: An essential skill for the twenty-first century. Health Promotion International, 27(3), 285–286.
13. Li, L., Fu, L., Li, H., Liu, T., & Sun, J. (2024). Emerging trends and patterns in healthcare-seeking behavior: A systematic review. Medicine, 103(8), e37272. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037272>.

14. Liu, S., & Wang, X. (2023). The digital divide and inequalities in e-health literacy: The role of socioeconomic status. *Journal of Medical Internet Research*, 25(4), e43210.
15. Lupton, D. (2023). Digital health and the reconfiguration of the doctor–patient relationship. *Health Sociology Review*, 32(1), 1–16.
16. Marent, B., & Henwood, F. (2024). Digital health: Sociological perspectives. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Eds.), *The Palgrave handbook of sociology of health and illness* (pp. 45–62). Palgrave Macmillan.
17. Sentell, T., Finn, J., Tolentino, N. K., Birnie, K. K., & Phillips, M. M. (2024). Public health communication to build equity: 10 best practice pandemic insights and examples from Hawaii, *Journal of Health & Social Welfare*, 83(6), 168–172.
18. Smith, L. (2025). Introducing health interactions section ‘social determinants of health from epidemiology to implementation’. *Journal of Health Interactions*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/29963257.2025.2489838>.
19. Souvatzi, E., Katsikidou, M., Arvaniti, A., Plakias, S., Tsiakiri, A., & Samakouri, M. (2024). Trust in healthcare, medical mistrust, and health outcomes in times of health crisis: A narrative review. *Societies*, 14(12), 269. <https://doi.org/10.3390/soc14120269>.
20. Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.