فصلنامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی-فرهنگی، دوره‌ی دوم، شماره‌ی۲، مهر۹۲، ۹۳-۶۷

بررسی نگرش مخاطبان درباره‌ی استفاده از جذبه‌های مختلف در طراحی پیام‌های سلامت تلویزیون

سارا ابوطالب جولا [۱]، حبیب راثی تهرانی [۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۱

چکیده:

طراحی پیام‌های سلامت مقوله‌ای میان‌رشته‌ای است که از حوزه‌ی ارتباطات سلامت و مطالعه‌های نوین ارتباطات و آموزش بهداشت نشأت گرفته است. آن‌چه در این مقاله بدان پرداخته‌ایم، بررسی میزان تأثیر جذبه‌های مختلف استفاده شده در پیام‌های سلامت از دیدگاه و نگرش مخاطبان تلویزیون است. پرسش مهم مقاله این است که چگونه رسانه‌ای مانند تلویزیون از طریق ارائه‌ی پیام های سلامت‌محور، به تغییر رفتار در فرد منجر می‌شود؟ به این اعتبار، حوزه‌ی مربوط به تأثیر جذبه‌های مختلف استفاده شده در طراحی یک پیام، در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

پیام‌های سلامت در این پژوهش به پیام‌هایی اطلاق می‌شوند که مستقیم یا غیرمستقیم به بحث سلامت فردی و اجتماعی مردم از جمله: سبک زندگی سالم، پیشگیری و یا درمان بیماری‌ها می‌پردازند. استفاده از جذبه‌ها هم شامل پیام‌هایی با جذبه‌های مثبت، جذبه‌های منفی یا ترس، جذبه‌های چندگانه و مسیرهای سه‌گانه‌ی کنترل ترس و کنترل خطر می‌شود.

برای سنجش تأثیر این دسته از پیام‌ها بر مخاطبان، نمونه‌ی آماری با حجم ۶۰۰ نفر از میان شهروندان بالای ۱۵ سال تهرانی انتخاب شده‌است. روش این پژوهش پیمایش است. از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش این است که پیام‌های سلامت تلویزیون برای تغییر رفتار در فرد کافی نیستند و ارتباطات میان‌فردی نقش مکمّل را برای پیام‌های رسانه‌ای دارند.

واژه‌های کلیدی: ارتباطات سلامت، پیام سلامت، جذبه های پیام، مسیرهای کنترل ترس و کنترل خطر، مدل فرآیند توسعه‌ی یافته موازی

[۱]- استادیار گروه علوم ارتباطات اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی(نویسنده مسؤول) sarajoula@yahoo.co.uk

[۲]- کارشناس‌ارشد علوم ارتباطات اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی habibrasi@gmail.com

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

طرح مسأله

با نگاهی ساده به زندگی خود و محیط اطراف به سادگی می‌توان دریافت که مسأله‌ی سلامت فردی و جمعی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های انسان‌هاست. امروزه پرداختن به مسأله‌ی سلامت از قالب فردی خارج شده است. امروزه با تغییر الگوهای زندگی، این شیوه‌ها نیز کارایی خود را از دست داده‌اند. از این‌رو، سلامت جمعی و فردی افراد در حوزه‌ای با گوناگونی بیش‌تر، توجه متخصصان را به خود جلب کرده است. از آن‌جا که نیل به این اهداف خارج از حوزه‌ی اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی نیست، بنابراین باید بگوییم که مسأله‌ی ارتباطات و نقش رسانه‌ها در حوزه‌ی سلامت اهمیت ویژه‌ای یافته است.

هم‌چنین با نگاهی به رسانه‌ها می‌توان گفت که بخش وسیعی از برنامه‌ها و مطالب رسانه‌ها به موضوع سلامت اختصاص دارد و این موضوع در محتوای بسیاری از برنامه‌ها به صورت ضمنی؛ مستقیم یا غیرمستقیم وجود دارد.

با توجه به مطالب فوق، این پژوهش قصد دارد تا به بررسی میزان تأثیر جذبه‌های مختلف استفاده شده در پیام‌های سلامت از دیدگاه و نگرش مخاطبان تلویزیون بپردازد. از آن‌جا که مردم جامعه‌ی ما ارتباط زیادی با این رسانه دارند، پیش‌بینی می‌شود که جذبه‌ها و مسیرهای به‌کاررفته در پیام‌ها و برنامه‌های سلامت محور ارائه شده با تغییر رفتار مورد نظر از سوی رسانه‌ها (تلویزیون) دارای رابطه‌ی معناداری باشند.

از آن‌جا که مبحث پیام‌های سلامت[1]، حوزه‌ای است که از رشته‌ی ارتباطات سلامت[2] منشعب شده و اصول و زیربنای علمی خود را از آن رشته گرفته، ابتدا به معرفی اجمالی حوزه‌ی ارتباطات سلامت و پیام‌های سلامت‌پرداخته شده و سپس مبحث الگوهای مختلف ارائه پیام‌های سلامت مطرح شده است.

تعریف موضوع

۱- ارتباطات سلامت

ارتباطات سلامت رشته‌ای در حال تحوّل است و به نحو فزاینده‌ای به حوزه‌ی مهم و برجسته‌ای هم در بخش بهداشت عمومی و هم در بخش ارتباطات و رسانه‌ها تبدیل شده است. ارتباطات سلامت، مطالعه و

[1]- Health Messages
[2]- Health Communication

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

استفاده از فنون ارتباطی به‌منظور آگاهی دادن و تأثیر بر تصمیم‌های فردی و جمعی افراد جامعه است تا موجب تقویت سلامت آنان شود (ویسواناث[1]، ۲۰۰۸: ۲).

به‌عبارت دیگر، پرسش مهم در ارتباطات سلامت این است که چگونه ارتباطات رسانه‌ای به تغییر رفتار در حوزه‌ی سلامت می انجامد که البته حوزه‌ای وسیع و گسترده است و شامل شاخه‌های مطالعاتی و پژوهشی زیادی مانند: روابط میان متخصصان سلامت با بیماران، جستجو و استفاده‌ی اشخاص از اطلاعات سلامت، ساخت پیام‌های سلامت عمومی، ارتباطات ریسک، تصویر سلامت در رسانه‌های جمعی و فرهنگ، آموزش همگان درباره‌ی چگونگی دسترسی به خدمات بهداشت عمومی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی و توسعه و پیشبرد سلامت الکترونیکی و سلامت و مراقبت از راه دور[2] است (ویسواناث[3]، ۲۰۰۸: ۵).

ارتباطات سلامت رویکردی چندوجهی و چندرشته‌ای برای دستیابی به مخاطبان مختلف و به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت‌محور است که هدف آن تأثیرگذاری و درگیرسازی و حمایت از افراد، جوامع، متخصصان بهداشتی، گروه‌های خاص، سیاست‌گذاران و کمپین[4]های عمومی به‌منظور معرفی، اقتباس و تداوم رفتار، عمل یا سیاست‌هایی است که در نهایت به بهبود پیامدهای بهداشت و سلامتی منجر می‌شود (شیاوو[5]، ۲۰۰۷: ۷).

۲- تعریف پیام سلامت

به آن دسته از پیام‌های رسانه‌ای که مستقیم یا غیرمستقیم به بحث سلامت فردی و اجتماعی مردم از جمله شیوه‌ی زندگی سالم، پیشگیری و یا درمان بیماری‌ها می‌پردازد، «پیام سلامت» اطلاق می‌شود. بنابر تجربه‌های به‌دست آمده از کمپین‌های ارتباطات سلامتی که تا به حال اجرا شده‌اند، متخصصان سه پیام را در ارتباطات سلامت شناسایی کرده‌اند.

الف- پیام آگاهی‌بخش[6]: این پیام به افراد، به‌خصوص افرادی که انجام رفتار برایشان ضروری است، خبر می‌دهد که چه باید بکنند و اطلاعاتی درباره‌ی زمان و مکان انجام رفتار در اختیار مخاطبان قرار می‌دهد (سالمون و آتکین[7]، ۲۰۰۳: ۴۵۹).

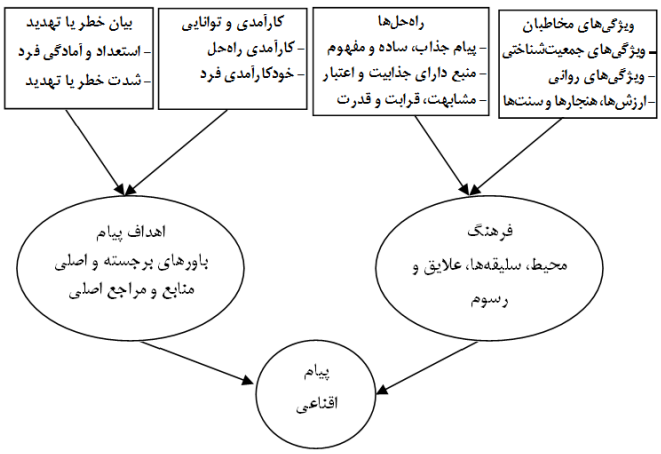
[1]- Viswanath
[2]- Tele-health, E-health
[3]- Viswanath
[3]- Campaign
[5]- Schiavo
[6]- Awareness
[7]- Salmon & Atkin

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

ب- پیام آموزشی[1]: این پیام‌ها به مخاطب اطلاعات مربوط به چگونگی اجرای رفتار یا عمل پیشنهادی را آموزش می‌دهد (سالمون و آتکین[2]، ۲۰۰۳: ٤٦١).

ج- پیام اقناعی: این پیام‌ها دلایل اقناع‌کننده برای اقتباس و اتّخاذ رفتار پیشنهادی برای مخاطب را فراهم می‌آورند و این نکته را روشن می‌کنند که چرا مخاطب باید رفتار پیشنهاد شده را قبول کند و یا از رفتاری خاص اجتناب کند. این پیام‌ها بیش‌تر با عقاید، باورها، نگرش‌ها و در کل، دانسته‌های پیشین افراد سروکار دارد (سالمون و آتکین[3]، ۲۰۰۳: ٤٦٣).

نمودار شماره‌ی یک الگوی پیام‌های اقناعی سلامت را نشان می‌دهد.



نمودار شماره‌ی یک- الگوی پیام‌های اقناعی سلامت (سالمون و آتکین[4]، ۲۰۰۳: ٤٦٤)

۳- استفاده از جذبه‌ها[5] در پیام‌های سلامت

یکی از روش‌های معمول و مورد استفاده برای جذب مخاطبان به پیام‌های سلامت استفاده از جذبه‌ها در پیام است. طبق تحقیقات صورت گرفته پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که واکنش‌های احساسی به محرّک‌ها قبل از تفکر درباره‌ی محتوای آن رخ می‌دهد؛ یعنی ما اول احساس می‌کنیم سپس

[1]- Instruction
[2] -Salmon & Atkin
[3] -Salmon & Atkin
[4] -Salmon & Atkin
[5]- Appeals

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

به تفکر و پردازش می‌پردازیم (موناهان[1]، ۱۹۹۵: ۸٤). جذبه‌ها شامل سه گروه جذبه‌های مثبت، جذبه‌های منفی (ترس) و جذبه‌های چندگانه می‌شوند. معروف‌ترین و معمول‌ترین جذبه‌ها که بیش‌ترین کاربرد را در طراحی پیام‌های سلامت دارد، «جذبه‌ی ترس[2]» نام دارد.

- **جذبه‌های مثبت[3]**

استفاده از جذبه‌های مثبت در پیام‌های سلامت در واقع می‌تواند نزدیکی زیادی با پیام‌های ایجابی داشته باشد. ذکر مزیت‌های قبول و اقتباس رفتار پیشنهادی و فرصت‌های جدید به‌دست آمده در صورت ترک یک رفتار ناسالم، همگی می‌تواند جزء جذبه‌های مثبت یک پیام باشد. از دیگر جذبه‌های مثبت اجتماعی می‌توان به افزایش مدت عمر، کسب احترام و جایگاه اجتماعی، تشکیل روابط عمیق‌تر دوستانه و روابط موفق‌تر خانوادگی اشاره کرد. به‌طورکلی جذبه‌های مثبت شامل مواردی می‌شوند که از طریق آن‌ها فرد در صورت اقتباس رفتار، تصویری مطلوب و مثبت و سالم از خود دریافت کند.

با همه این‌ها، مواردی وجود دارد که جذبه‌های مثبت در آن‌ها جوابگو نیست و در مخاطب اثر نمی‌کند، مثلاً وقتی که مخاطب در معرض خطر یا تهدید باشد، این‌گونه جذبه‌ها اثر اقناعی خود را از دست می‌دهند.

مقدار نیرویی که مخاطب برای پردازش، درک مفاهیم، محتوا و هدف پیام صرف می‌کند از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. زیرا این فرایند با یادآوری دانسته‌های پیشین، نگرش‌ها و تمایل وی برای انجام رفتار پیشنهادی در ارتباط است (موناهان[4]، ۱۹۹۵: ۸٦).

نتایج به‌دست آمده از مطالعات و پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که استفاده از جذبه‌های مثبت و ابتکاری برای مخاطبان با درگیری پایین، بهتر و مؤثرتر است. یکی از نقاط ضعف جذبه‌های مثبت در پیام‌های سلامت این است که این‌گونه پیام‌ها به پردازش ثانوی[5] منجر می‌شوند. پردازش ثانوی به‌معنای توجه به حواشی و فرعیات پیام به‌جای توجه به اصل مقصود و منظور پیام است. هم‌چنین جذبه‌های مثبت موجب تغییرات کوتاه‌مدت در نگرش‌ها می‌شوند (موناهان[6]، ۱۹۹۵: ۸۹).

[1] -Monahan
[2]- Fear Appeal
[3]- Positive Appeal
[4] -Monahan
[5]- Peripheral processing
[6]- Monahan

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

- پیام‌های حاوی جذبه‌ی ترس (منفی)

در تعریف جذبه ترس باید گفت که پیام‌های حاوی جذبه ترس در واقع پیام‌هایی اقناعی هستند که بر پیامدهای آسیب‌زای اجتماعی و فیزیکی حاصل از عدم پیروی از دستورات پیام و رفتار پیشنهادی تأکید می‌کنند (هیل و دیلارد[1]، ۱۹۹۵: ٦٥).

دیلارد و وایت[2](۱۹۹۲) معتقدند که شرح نحوه‌ی تأثیرات پیام‌های حاوی جذبه‌ی ترس در سه مقوله‌ی زیر جای می‌گیرد:

۱- توصیف محرّک‌ها[3]

این توصیف در واقع با ایجاد ترس و نگرانی عمل می‌کند و منظور از محرک‌ها، همان ترس و یا نگرانی ایجاد شده است که نهایتاً موجب واکنش می‌شود. در این مورد هر چه میزان ترس بیش‌تر باشد، جذبه‌ی مورد انتظار پیام هم بیش‌تر خواهد بود.

۲- مدل واکنش‌های موازی[4]

از آن‌جا که ریشه‌ی جذبه ترس به نیاز برای کاهش احساس خطر برمی‌گردد، مواجهه با پیام‌های حاوی جذبه ترس به دو واکنش موازی کنترل ترس[5] و کنترل خطر[6] در مخاطب منجر می‌شود که متعاقباً توضیح داده خواهد شد.

۳- مدل سودمندی ذهنی مورد انتظار[7]

این مدل به این نکته برمی‌گردد که پیام بتواند با استفاده از جذبه‌ی ترس میزان احتمال ابتلا به بیماری یا خطر را به مخاطب گوشزد کند. راجرز (۱۹۷۵) در این‌باره به نظریه‌ی تحریک محافظت[8] متوسل شده است. نظریه‌ی تحریک محافظت می‌گوید که پیامدهای اقناعی حاصل ضرب سه عامل زیر هستند.

- شدت خطر یا تهدید
- آسیب‌پذیری مخاطب نسبت به خطر یا تهدید
- کارآمدی رفتار یا درمان پیشنهادی

[1] -Hale and Dillard
[2]- Dillard and Witte
[3]- Drive Explanation
[4]- Parallel Response model
[5]- Fear Control
[6]- Danger Control
[7]- Subjective expected utility model
[8]- Protection motivation Theory

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

و هرگاه یکی از عوامل فوق صفر شوند، آن‌گاه استفاده از جذبه‌ی ترس در پیام نـامؤثر خواهـد بـود. هم‌چنین مواردی نیز وجود دارد که استفاده از پیام‌های جذبه‌ی ترس جنبه اقناع‌کنندگی نخواهـد داشـت. مانند موارد زیر:

۱- هرگاه پیام حاوی جذبه‌ی ترس نتواند پیامدهای منفی یک رفتار ناسالم را به خوبی نمایش دهد.

۲- اگر پیام در نشان دادن پیامدهای منفی یک رفتار موفق باشد، ولی مخاطب هیچ‌گونه احساس خطـر یا آسیب‌پذیری نسبت به آن نداشته باشد و یا نشان ندهد.

۳- اگر پیام در نشان دادن و بیان پیامدهای منفی یک رفتار موفق باشد، ولی ابزار و رفتار پیشنهاد شـده برای مقابله‌ی با آن خطر تا تهدید، مؤثر و کارآمد نباشد، در این حالت پیام حاوی جذبه‌ی ترس کـارکرد خود را نخواهد داشت و در اجرای رفتارهای پیشنهادی خود موفق نخواهد بود (هیل و دیـلارد[1]، ۱۹۹۵: ٦۹).

هر پیام حاوی جذبه ترس از دو عنصر «خطر یا تهدید» و «درمان یا رفتار پیشنهادی» تشکیل شده است:

الف- عنصر تهدید یا خطر: یک پیام حاوی جذبه‌ی ترس مؤثر باید خطـر و تهدیـد را بـرای مخاطبـان هدف خود ملموس کند که به این کار «شخصی‌سازی» می‌گویند. یعنی محتـوای پیـام طـوری باشـد کـه مخاطب احساس کند که او هم ممکن است روزی به آن خطر یا تهدید مبتلا شـود و درآن آسـیب‌پـذیر است وجود احساسات منفی در پیام موجب برانگیخته شدن «رفتار اجتناب‌آمیز»[2] می‌شود.

ب- عنصر درمان یا رفتار پیشنهادی: رفتار پیشنهادی در پیام‌های حـاوی جذبـه‌ی تـرس خـود بـه دو گروه خود کارآمدی و کارآمدی رفتار یا درمان پیشنهادی تقسیم می‌شود.

- **خود کارآمدی**[3]: خود کارآمدی یعنی مخاطب ما باور کند که قادر به انجام و اجرای رفتـار پیشـنهادی است و توانایی پیروی از دستورالعمل‌های پیام را دارد.

- **کارآمدی رفتار** نیز به معنای توانایی رفتار پیشنهادی برای از میان بردن و یا کاهش خطر ذکر شـده در پیام است. بنابراین مهم‌ترین اجزای یک پیام حاوی جذبه‌ی ترس را می‌توان این‌گونه فرض کرد:

۱- بیان یک تهدید قوی یا خطر شدید

۲- القای حس آسیب‌پذیری به مخاطبان هدف نسبت به خطر یا تهدید

۳- خود کارآمدی

٤- کارآمدی رفتار پیشنهادی

---

[1]- Hale and Dillard
[2]-avoidance behavior
[3]-Self-efficacy

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

نکته‌ای که به‌عنوان یک اصل طراحان پیام‌های سلامت باید بدان توجه داشته باشند این است که: «**پیام‌های حاوی جذبه‌ی ترس (نسبتاً بالا) برای افراد غیرداوطلب اصلاً مناسب نیست**» (هیل و دیلارد[1]، ۱۹۹۵: ۷٦).

در طراحی پیام‌های سلامت حاوی جذبه‌ی ترس باید توجه داشت که هر پیام جذبه‌ی ترس یک «**هزینه‌ی رفتاری**»[2] را نیز در پی دارد که عبارت است از:

نتایج یا پیامدهای منفی‌ای که از اجرای رفتار پیشنهادی حاصل می‌شود، مانند زمان از دست رفته و ناراحتی بدنی حاصل از انجام تمرینات ورزشی؛ البته یک ارتباط گر سلامت باید به این هزینه‌ها توجه کند و با برنامه‌ریزی و ارتباطات دقیق تا میزان بسیار زیادی آن‌ها را کاهش دهد. خلاصه این‌که یک پیام سلامت حاوی جذبه ترس باید شامل سه مورد زیر باشد:

- یک خطر یا تهدید شدید
- شواهدی که نشان دهد (ثابت کند) که گروه مخاطب هدف اختصاصاً در معرض این خطر قرار دارند و نسبت به آن آسیب‌پذیر هستند.
- راه حلی که انجام آن ساده و نتیجه آن مؤثر باشد.

- جذبه‌های چندگانه[3]

تکیه بر جذبه‌های چندگانه و استفاده از آن‌ها در پیام‌های سلامت به‌جای استفاده از یک نوع جذبه‌ی مثبت یا منفی در پیام، موجب تأثیرگذاری بیش‌تر بر گروه های مختلفی از مخاطبان هدف می‌شود. به‌طورکلی می‌توان گفت که جذبه‌های چندگانه نه جذبه‌های منفی (ترس) و نه جذبه‌های مثبت هستند بلکه ترکیبی متناسب از هر دوی این جذبه‌ها به شمار می‌روند که میزان و سطح استفاده از هر کدام باید طبق شرایط مخاطبان و دیگر ویژگی وی مرتبط توسط ارتباط گر سلامت و یا طراح پیام انتخاب و به‌کار برده شود (کاپلا، فیشبن و دیگران[4]، ۲۰۰۱).

[1]- Hale and Dillard
[2]- response cost
[3]- Multiple Appeals
[4]- Cappella, Fishbein, et al

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

مسیرهای کنترل ترس و کنترل خطر

درک مفهوم ترس و یا باور داشتن به یک آسیب یا تهدید بالقوه یکی از عناصر و ارکان اصلی بسیاری از تئوری‌های مربوطه به تغییر رفتار است. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که درک مفهوم ترس، ارتباط مثبت و مستقیمی با قصد تغییر رفتار در شخص دارد. درک مفهوم ترس از سوی شخص با چند مؤلفه‌ی زیر مشخص می‌شود.

۱- درک فرد از احتمال ابتلا به خطر

۲- شدّت خطر یا تهدید

۳- استعداد و آمادگی فرد برای دچار شدن به آن خطر یا تهدید

اسلویک[1] و همکارانش عقیده دارند که بدون هیچ‌گونه ارتباط عاطفی و احساسی، معنای واقعی خطر درک نمی‌شود. از آن‌چه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که:

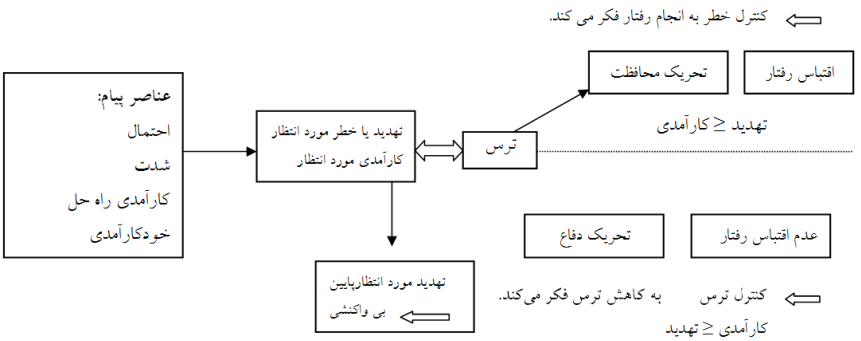
مسیر منطقی تأثیر پیام، با ایجاد نگرش مثبت بیش‌تر نسبت به رفتار پیشنهادی همراه است؛ در حالی که مسیر تجربی تأثیر اقناع پیام، با افزایش درک مفهوم ترس و خطر در مخاطب همراه است. با توجه به نکات فوق پژوهشگران سه مسیر را برای کنترل ترس و خطر پیش بینی و تعریف کرده اند:

مسیر یک؛ خطر پایین

طبق این مدل اگر میزان تهدید یا خطر مورد انتظار پایین باشد، نتیجه چیزی جز «بی‌واکنشی» مخاطب نخواهد بود. اگر فرد باور نداشته باشد که در معرض خطر یا تهدید قرار دارد، هیچ‌گاه برای توجه به پیام ترغیب نمی‌شود. بنابراین در این حالت برای بالا جلوه دادن میزان خطر به مخاطب، بالا بودن میزان احتمال و شدّت مورد انتظار الزامی است. شکل زیر فرآیند مدل فرآیند توسعه یافته موازی و سه نتیجه‌ی محتمل را به‌خوبی نشان می‌دهد:

[1]- Slovic

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]



نمودار شماره‌ی دو- مسیر یک، خطر پایین

تصویر ۱-۲٤ مدل توسعه یافته موازی از مقاله تبدیل عنصر سلبی ترس به جذبه‌ی ترس نوشته ک. ویت تک از مجله نگاری‌های ارتباطات شماره ۵۹ ص. ۳۳۸. [1]

مسیر دوم؛ تهدید بالا، کارآمدی پایین

در صورتی‌که سطح تهدید یا خطر مورد انتظار موجود در پیام بالا باشد و سطح کارآمدی مورد انتظار پایین باشد، فرد درگیر فرآیند «**کنترل ترس**» خواهد شد. در این حالت، فرد در مواجهه با پیام باور می‌کند که در معرض خطر یا تهدید واقعی قرار دارد و دچار شدن به آن تهدید، پیامدهای نامطلوبی برای وی خواهد داشت، لذا به‌دنبال راه حل خواهد گشت و برای انجام رفتار انگیزه‌ی کافی را کسب می‌کند.

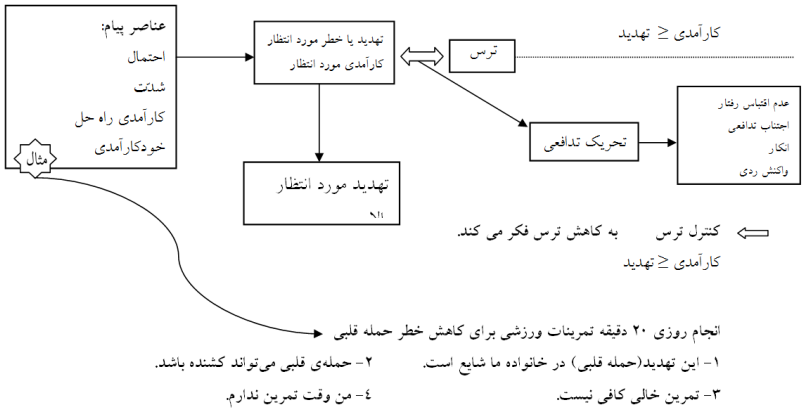
- **اجتناب تدافعی**[2]**:** اجتناب تدافعی به معنای نادیده گرفتن اطلاعاتی است که به نوعی تهدید یا خطر سلامتی مورد نظر را یادآوری می‌کنند.

- **انکار**[3]: یعنی اینکه فرد باور به این‌که خطر یا تهدید مورد نظر، یک خطر و یا تهدید واقعی برای سلامت است را رد و انکار می‌کند.

- **واکنش ردی**[4]: یعنی این‌که فرد پیام مداخله‌گر را به عنوان یک پیام دستکاری شده رد می‌کند. نمودار زیر مسیر دوم را به خوبی نشان می‌دهد:

[1]- Figure 24.1 The extended parallel process model. Note. From "Putting the Fear Back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model" by K. Witte, 1992, Communication Monographs, 59, p. 338. Copyright 1992 by Taylor & Francis, Ltd. Reprinted with permission.
[2]- defensive avoidance
[3]- denial
[4]- reactance

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]



نمودار شماره‌ی سه- مسیر دوم؛ تهدید بالا، کارآمدی پایین

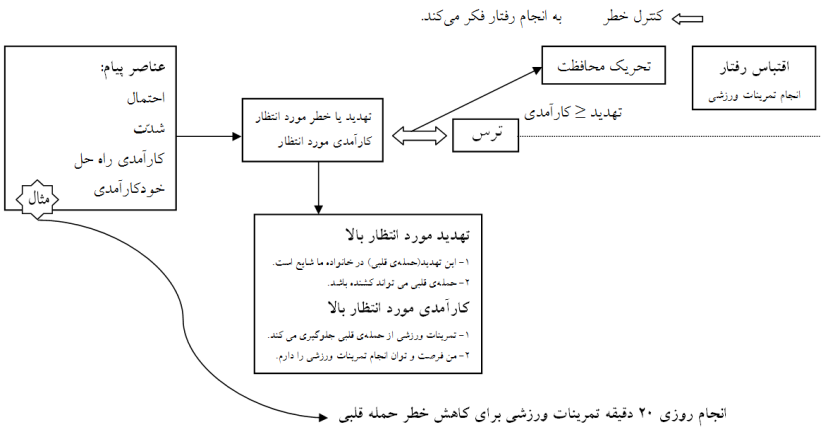
تصویر ۱-۲٤ مدل توسعه یافته موازی از مقاله تبدیل عنصر سلبی ترس به جذبه ترس نوشته ک. ویت تک از مجله نگاری‌های ارتباطات شماره‌ی ۵۹ ص. ۳۳۸. [1]

مسیر سوم؛ تهدید بالا، کارآمدی بالا

هرگاه سطح هر دو عامل تهدید مورد انتظار و کارآمدی مورد انتظار در مخاطب بالا باشد، فرد درگیر فرآیند «**کنترل خطر**» می‌شود. با توجه به مثال قبلی، شکل زیر مسیر سوم را به خوبی نشان می‌دهد:

[1] - Figure 24.1 The extended parallel process model. Note. From "Putting the Fear Back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model" by K. Witte, 1992, Communication Monographs, 59, p. 338. Copyright 1992 by Taylor & Francis, Ltd. Reprinted with permission.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]



نمودار شماره‌ی چهار- مسیر سوم: تهدید بالا، کارآمدی بالا

تصویر ۱-۲٤ مدل توسعه یافته موازی از مقاله تبدیل عنصر سلبی ترس به جذبه‌ی ترس نوشته‌ی ک. ویت تک از مجله نگاری‌های ارتباطات شماره‌ی ۵۹ ص. ۳۳۸. [1]

چارچوب نظری

در این قسمت، از میان نظریه‌ها و مدل‌های موجود در حوزه‌ی پیام‌های سلامت، چارچوب نظری تحقیق را عرضه می‌کنیم که شامل «**مدل فرآیند توسعه یافته موازی**»[2] است.

مدل فرآیند توسعه یافته موازی

این مدل در ارزیابی و سنجش میزان تأثیر جذبه‌ی ترس‌ها در پیام‌های سلامت کاربرد دارد. مدل فرآیند توسعه یافته موازی را به اختصار«ای پی پی ام»[3] می‌گویند. این مدل تأثیر چهار متغیّر زیر را بر تغییر رفتار مورد بررسی قرار می‌دهد:

۱- احتمال مورد انتظار [4]

۲- شدّت مورد انتظار[5]

[1] - Figure 24.1 The extended parallel process model. Note. From "Putting the Fear Back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model" by K. Witte, 1992, Communication Monographs, 59, p. 338. Copyright 1992 by Taylor & Francis, Ltd. Reprinted with permission.
[2]- The Extended Parallel Process Model
[3]- EPPM: The Extended Parallel Process Model
[4]- Perceived susceptibility
[5]- Perceived severity

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

۳- کارآمدی راه حل (رفتار)[1]

٤- خود کارآمدی[2]

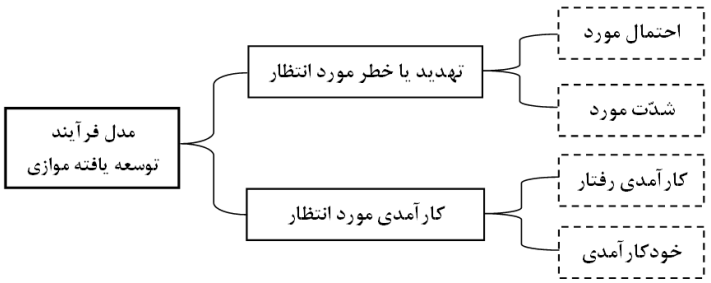
دو متغیّر اول را می‌توان تحت عنوان «تهدید یا خطر مورد انتظار» و دو متغیّر دوم را می‌توان تحت عنوان «کارآمدی مورد انتظار» منظور کرد. بنابر سطح درک مخاطب از تهدید و کارآمدی‌ها موجود در پیام این مدل سه گونه رفتار نهایی زیر را پیش‌بینی می‌کند:

۱- بی‌واکنش

۲- رفتار یا واکنشی که میزان ترس فرد را کنترل می‌کند یا کاهش می‌دهد. (کنترل ترس)

۳- واکنشی که میزان خطر را کنترل می‌کند یا کاهش می‌دهد. (کنترل خطر)

خلاصه‌ی مدل فوق را می‌توان این‌گونه تصویر کرد:



نمودار شماره‌ی پنج- **مدل فرآیند توسعه یافته موازی**

بنابر این مدل، تا زمانی که میزان کارآمدی مورد انتظار توسط مخاطب بیش‌تر از تهدید یا خطر مورد انتظار باشد، فرد درگیر فرآیند «کنترل خطر» می شود و به دقت درباره‌ی رفتار پیشنهادی و تطبیق رفتار خود با آن برای کاهش خطر فکر می‌کند. از طرف دیگر اگر میزان تهدید یا خطر مورد انتظار بیش‌تر از کارآمدی مورد انتظار باشد، فرد درگیر فرآیند «کنترل ترس» شده و به جای تمرکز بر کاهش خطر موجود، همواره به کنترل و پایین آوردن میزان ترس خود فکر می‌کند. در این حالت پیام به هدف خود نمی‌رسد، زیرا کنترل و کاهش ترس الزاماً خطر واقعی را کاهش نمی‌دهد.

[1]- Response efficacy
[2]- Self efficacy

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

کنترل خطر ⇒ تهدید یا خطر مورد انتظار 〈 کارآمدی مورد انتظار

کنترل ترس ⇒ کارآمدی مورد انتظار 〈 تهدید یا خطر مورد انتظار

خلاصه این‌که تهدید یا خطر مورد انتظار همواره «رفتار» را برمی‌انگیزد در حالی‌که کارآمدی مورد انتظار «ماهیت رفتار» را تعیین می‌کند (روبرتو و دیگران[1]، ۲۰۰۰).

تاریخچه‌ی مختصری از مدل فرآیند توسعه یافته موازی

این مدل از ترکیب سه مدل نظری زیر درباره‌ی جذبه‌ی ترس استخراج شده است (ویت و روبرتو[2]، ۲۰۰۹: ۵۸۰).

۱- مدل ترس به عنوان محرک[3]

۲- مدل پردازش موازی[4]

۳- نظریه تحریک محافظت[5]

مهم‌ترین و قابل توجه‌ترین تفاوت میان مدل و دیگر نظریه‌های مربوط به جذبه‌ی ترس این است که تئوری های پیشین عمدتاً بر فردی که رفتار پیشنهادی را اقتباس می‌کند، تمرکز و تأکید داشتند (یعنی بر کنترل خطر تمرکز داشتند) و بقیه‌ی افراد را در زمره‌ی کسانی قرار می‌دادند که هیچ واکنشی به پیام نشان نداده‌اند؛ در حالی‌که، همان‌طور که بیان کردیم، گروه مخاطبانی که واکنشی از خود نشان نمی‌دهند، به دو گروه تقسیم می‌شود: گروه اول کسانی هستند که واقعاً هیچ واکنشی نسبت به پیام نداشته‌اند و گروه دوم کسانی هستند که درگیر کنترل ترس شده‌اند و لذا واکنشی از آن‌ها مشاهده نمی‌شود. مدل فرآیند توسعه یافته موازی، نخستین نظریه‌ی مربوط به جذبه‌ی ترس است که تعاملات میان تهدید و کارآمدی مورد انتظار که به کنترل خطر یا ترس منجر می‌شوند را به‌طور مفصل و دقیق توضیح می‌دهد. از سال ۱۹۹۲، مدل فرآیند توسعه یافته موازی یکی از رایج‌ترین ابزارهای پژوهشی در ارتباطات کاربردی مربوطه جذبه‌ی ترس بوده است (ویت[6]، ۱۹۹۲، ۱۹۹۸). تا قبل از به‌وجود آمدن این تئوری، نظریه‌های پیشین تنها به این موضوع می‌پرداختند که کی و چگونه می‌توان از پیام‌های حاوی جذبه‌ی

[1]- Roberto etal
[2]- Witte and Roberto
[3]- The fear-as-acquired drive model
[4]-The Parallel process model
[5]- Protection motivation Theory
[6]- Witte

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

ترس در حوزه‌ی ارتباطات سلامت استفاده کرد و هیچ کدام توجهی به این مسأله نداشتند که چگونه و کی پیام‌های حاوی جذبه ترس با شکست مواجه می‌شوند. تا این‌که «وایت»[1] در سال ۱۹۹۲، با تکیه به نظریه‌های پیشین، مدل را برای تشریح و توضیح مواقع ناکامی و موفقیت پیام‌های جذبه‌ی ترس طراحی و ارائه کرد (ویت و روبرتو[2]، ۲۰۰۹: ٥٨٤).

ارزیابی نتایج و پیامدهای در پیام‌های حاوی جذبه‌ی ترس عمدتاً بر پایه‌ی تغییر در نگرش‌ها و رفتار مخاطبان صورت می‌گیرد. همان‌طور که اشاره شد تأثیر پیام جذبه‌ی ترس در مخاطب به سه گونه تقسیم‌بندی می‌شود که دوگونه‌ی آن ناخواسته است. اثرات ناخواسته یا نامطلوب ما در این‌جا همان بی‌واکنشی مخاطب و کنترل ترس است و وقتی رخ می‌دهد که سطح ترس موجود در پیام بسیار بالا باشد؛ در این‌صورت مخاطب تمام امید خود را از دست می‌دهد و برای کنترل خطر تلاش نمی‌کند (ویت و روبرتو[3]، ۲۰۰۹: ٦٠٤).

سؤال‌ها و فرضیه‌های تحقیق

این پژوهش در پی آن است که نگرش مخاطبان را درباره‌ی میزان تأثیرگذاری جذبه های مختلف در طراحی پیام‌های سلامت تلویزیون بسنجد و بررسی کند. بنابراین، با توجه به چارچوب نظری و پیشینه‌ی تحقیق، فرضیه‌ها و سؤال‌هایی که در این پژوهش بررسی می‌شوند به شرح زیر است:

فرضیه‌ها

۱- به نظر می‌رسد میان رسیدن به تغییر رفتار و میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون رابطه وجود دارد.

۲- به نظر می‌رسد میان میزان ساعات تماشای تلویزیون توسط پاسخ‌گویان و توصیه‌ی تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به دیگران رابطه وجود دارد.

۳- به نظر می‌رسد که پیام رسانه‌های جمعی در حوزه‌ی سلامت برای تغییر رفتار مخاطب کافی نیست و ارتباطات میان‌فردی در ترغیب برای تغییر رفتار فرد نقش مؤثر و مهمی دارد.

[1]- Witte
[2] -Witte and Roberto
[3] -Witte and Roberto

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

سؤال‌ها

۱- پیام‌های سلامتی در کدام قالب توجه مخاطب را بیش‌تر به خود جلب می‌کند؟

۲- استفاده از کدام جذبه ها در پیام های بهداشتی تلویزیون می تواند بیش‌ترین تـأثیر را بـر مخاطبـان داشته باشد؟

۳- پیام‌های سلامتی ارائه شده در تلویزیون تا چه میزان به تغییر رفتار در فرد منجر می‌شوند؟

٤- آیا مخاطبان پیام‌های سلامت تلویزیون را به عنوان یک مرجع معتبر بـرای مسـائل بهداشـتی قبـول دارند؟

۵- برنامه‌ها و پیام‌های سلامت تلویزیون از چه میزان رویکرد تعاملی با مخاطب برخوردارند؟

روش تحقیق

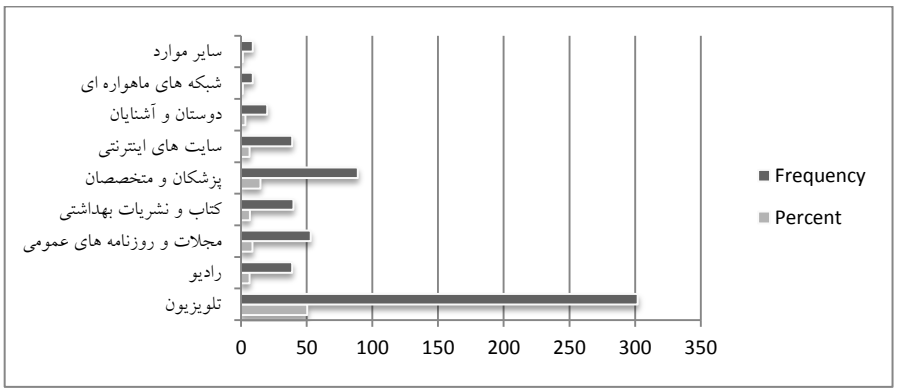
به منظور سنجش نگرش شهروندانِ بالای ۱۵ سال تهرانی درباره‌ی پیام‌ها و برنامه‌های سلامت‌محـور تلویزیون، روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه با طیـف لیکـرت برگزیـده شـده و پـس از اجـرای طـرح و به‌دست آوردن حجم نمونه از طریق فرمول کوکران و توزیع پرسـش‌نامـه میـان ٦۰۰ نفـر از شـهروندان، نتایج به دست آمده از طریق نرم‌افزار SPSS محاسبه شد و با توجـه بـه آمارهـای توصـیفی و اسـتنباطی محاسبه شده و با کمک جدول‌های یک‌بُعدی توزیع فراوانی و توصیف داده‌هـا، آزمـون d سـامرز بـرای سنجش معناداری رابطه‌ی متغیّرها و محاسبه‌ی ضرایب هم‌بستگی کندال تائوb و تائوc برای تعیین شـدّت و جهت رابطه، پرسش‌ها و فرضیه‌های این پژوهش پردازش شد. شیوه‌ی نمونه‌گیری در تحقیـق حاضـر نیز «نمونه‌گیری تلفیقی- ترکیبی» بوده است.

یافته‌های تحقیق

در این بخش یافته‌های توصیفی و تحلیلی تحقیق را به ترتیب ارائه خواهیم کرد.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

الف) یافته‌های توصیفی



نمودار شماره‌ی هفت- منبع استفاده شده از سوی مخاطبان برای کسب اطلاعات بهداشتی

از میان ۶۰۰ پاسخ‌گو، بیش‌ترین نسبت از نظر نوع منبع اطلاعات بهداشتی مربوط به تلویزیون با ۵۰/۳ درصد، یعنی ۳۰۲ نفر و کمترین نسبت مربوط به شبکه‌های ماهواره‌ای با ۱/۵ درصد، یعنی ۹ نفر است.

جدول توصیفی شماره‌ی یک- میزان مرجع بودن پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامتی تلویزیون

آیا تاکنون تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامتی تلویزیون را به دوستان، خانواده و یا اطرافیان خود توصیه کرده‌اید؟					
		فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
گزینه‌ها	خیلی کم و اصلاً	۹۲	۱۵/۳	۱۵/۳	۱۵/۳
	کم	۹۱	۱۵/۲	۱۵/۲	۳۰/۵
	متوسط	۱۹۱	۳۱/۸	۳۱/۸	۶۲/۳
	زیاد	۱۵۸	۲۶/۳	۲۶/۳	۸۸/۷
	بسیار زیاد	۶۸	۱۱/۳	۱۱/۳	۱۰۰/۰
	جمع کل	۶۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

درباره‌ی توصیه به دیگران برای تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامتی تلویزیون، از میان ٦۰۰ پاسخ‌گو، بیش‌ترین مقدار فراوانی با ۳۱/۸ درصد، یعنی ۱۹۱ نفر مربوط به گزینه‌ی متوسط و کمترین مقدار فراوانی با ۱۱/۳ درصد، یعنی ٦۸ نفر مربوط به گزینه‌ی بسیار زیاد است.

جدول توصیفی شماره‌ی دو- میزان جلب توجه برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری دربارهٔ مسائل بهداشتی

برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری درباره‌ی مسائل بهداشتی					
		فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
گزینه‌ها	خیلی کم و اصلاً	٤۱	٦/۸	٦/۸	٦/۸
	کم	۹۹	۱٦/۵	۱٦/۵	۲۳/۳
	متوسط	۲۳۷	۳۹/۵	۳۹/۵	٦۲/۸
	زیاد	۱۷۲	۲۸/۷	۲۸/۷	۹۱/۵
	بسیار زیاد	۵۱	۸/۵	۸/۵	۱۰۰/۰
	جمع کل	٦۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

از میان ٦۰۰ پاسخ‌گو، بیش‌ترین مقدار فراوانی با ۳۹/۵ درصد، یعنی ۲۳۷ نفر مربوط به گزینه‌ی متوسط و کمترین مقدار فراوانی با ٦/۸ درصد، یعنی٤۱ نفر مربوط به گزینه‌ی خیلی کم و اصلاً در میزان جلب توجه برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری درباره‌ی مسائل بهداشتی است.

جدول توصیفی شماره‌ی سه- رسیدن به تغییر رفتار با توجه به پیام های بهداشتی تلویزیون

آیا تاکنون توجه به پیام های سلامت تلویزیون موجب تغییر رفتار در شما یا اطرافیانتان شده است					
		فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
گزینه ها	خیلی کم و اصلا	٤۰	٦/۷	٦/۷	٦/۷
	کم	۸۷	۱٤/۵	۱٤/۵	۲۱/۲
	متوسط	۲۳۰	۳۸/۳	۳۸/۳	۵۹/۵
	زیاد	۱۸۸	۳۱/۳	۳۱/۳	۹۰/۸
	بسیار زیاد	۵۵	۹/۲	۹/۲	۱۰۰/۰
	جمع کل	٦۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

از میان ٦٠٠ نفر پاسخ‌گو، بیش‌ترین مقدار فراوانی در مورد رسیدن به تغییر رفتار با پیروی از پیام‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون با ۳۸/۳ درصد یعنی۲۳۰ نفر مربوط به گزینه‌ی متوسط و کمترین مقدار فراوانی با٦/٧ درصد یعنی ٤٠ نفر مربوط به گزینه‌ی خیلی کم و اصلاً است.

در مورد سوال از جذبه‌ی بکار رفته در پیام: فکر می‌کنید کدام یک از جذبه‌ها در پیام‌های بهداشتی بیش‌تر می‌تواند بر رفتار شما تأثیرگذار باشد؟

جدول توصیفی شماره‌ی چهار- پیام‌هایی که فقط مزایا و فواید انجام رفتارهای سالم را گوشزد می‌کنند

پیام هایی که فقط مزایا و فواید انجام رفتارهای سالم را گوشزد می کنند					
		فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
گزینه ها	خیلی کم و اصلاً	۱۷	۲/۸	۲/۸	۲/۸
	کم	٤٠	٦/٧	٦/٧	۹/٥
	متوسط	۱٥۱	۲٥/۲	۲٥/۲	۳٤/٧
	زیاد	۳۰٧	٥۱/۲	٥۱/۲	۸٥/۸
	بسیار زیاد	۸٥	۱٤/۲	۱٤/۲	۱۰۰/۰
	جمع کل	٦۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

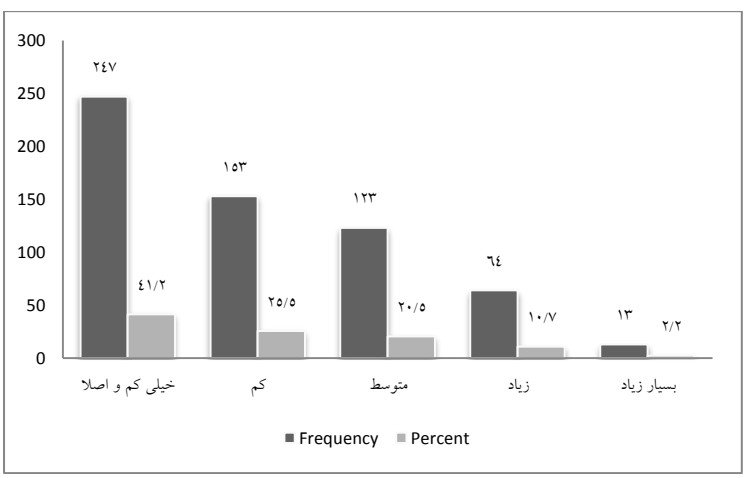
در باره‌ی میزان تاثیر پیام هایی که فقط مزایا و فواید انجام رفتارهای سالم را گوشزد می‌کنند، از میان ٦٠٠ نفر پاسخ‌گو، بیش‌ترین مقدار فراوانی با ٥۱/۲ درصد یعنی ۱٥۱ نفر مربوط به گزینه‌ی متوسط و کمترین مقدار فراوانی با ۲/۸ درصد یعنی ۱۷ نفر مربوط به گزینه‌ی خیلی کم و اصلاً است.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

جدول توصیفی شماره‌ی پنج- میزان ترغیب شدن مخاطبان برای تماس با برنامه های سلامت محور

شما بادیدن یک برنامه زنده گفتگوی پزشکی- سلامتی، چقدر ترغیب می شوید تا با برنامه تماس گرفته و سؤال خود را بپرسید					
		فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
گزینه ها	خیلی کم و اصلاً	۲٤۷	٤۱/۲	٤۱/۲	٤۱/۲
	کم	۱۵۳	۲۵/۵	۲۵/۵	٦٦/۷
	متوسط	۱۲۳	۲۰/۵	۲۰/۵	۸۷/۲
	زیاد	٦٤	۱۰/۷	۱۰/۷	۹۷/۸
	بسیار زیاد	۱۳	۲/۲	۲/۲	۱۰۰/۰
	جمع کل	٦۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

در مورد ترغیب شدن برای تماس با برنامه، از میان ٦۰۰ نفر پاسخ‌گو، بیش‌ترین مقدار فراوانی با ٤۱/۲ درصد یعنی۲٤۷ نفر مربوط به گزینه‌ی خیلی کم و اصلاً و کمترین مقدار فراوانی با ۲/۲ درصد یعنی ۱۳ نفر مربوط به گزینه‌ی بسیار زیاد است.



نمودار شماره‌ی هشت- میزان ترغیب شدن مخاطبان برای تماس با برنامه‌های سلامت محور

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

جدول توصیفی شماره‌ی شش- مرجع دیگر مخاطبان برای تکمیل اطلاعات بهداشتی

علاوه بر اطلاعات تلویزیون، به دنبال اطلاعات اضافی از مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستانم هستم.					
		فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
گزینه‌ها	خیلی کم و اصلاً	٤١	٦/٨	٦/٨	٦/٨
	کم	٧٣	١٢/٢	١٢/٢	١٩/٠
	متوسط	١٦٠	٢٦/٧	٢٦/٧	٤٥/٧
	زیاد	٢٢١	٣٦/٨	٣٦/٨	٨٢/٥
	بسیار زیاد	١٠٥	١٧/٥	١٧/٥	١٠٠/٠
	جمع کل	٦٠٠	١٠٠/٠	١٠٠/٠	

درباره‌ی کسب اطلاعات اضافی از منابع دیگر مانند مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستان از میان ٦٠٠ پاسخ‌گو، بیش‌ترین مقدار فراوانی با ٣٦/٨ درصد، یعنی ٢٢١ نفر مربوط به گزینه‌ی زیاد و کمترین مقدار فراوانی با ٦/٨ درصد، یعنی ٤١ نفر مربوط به گزینه‌ی خیلی کم و اصلاً است.

ب- یافته‌های تحلیلی

جدول تحلیلی شماره‌ی یک- بررسی رابطه میان میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون و رسیدن به تغییر رفتار

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Somers' d	Symmetric	٠/٣٦٨	٠/٠٣١	١١/٥٧٨	٠
	تغییر رفتار	٠/٣٨٦	٠/٠٣٣	١١/٥٧٨	٠
	پیام های سلامت	٠/٣٥١	٠/٠٣٠	١١/٥٧٨	٠

Symmetric Measures				
	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	٠/٣٦٨	٠/٠٣١	١١/٥٧٨	٠
Kendall's tau-c	٠/٣٨٠	٠/٠٣٣	١١/٥٧٨	٠
N of Valid Cases	٦٠٠			

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

طبق سطح معناداری به‌دست آمده از آزمون Somers' d به مقدار ۰/۰۰۰ رابطه میان میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون و رسیدن به تغییر رفتار به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو c محاسبه شده به میزان (۰/۳٦۸) نشان می‌دهد که شدّت رابطه میان دو متغیّر متوسط و جهت آن مثبت است. توصیف: یعنی با افزایش میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون، میزان رسیدن به تغییر رفتار در مخاطبان افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، هرچه این پیام‌ها بیش‌تر توجه مخاطبان را به خود جلب کنند، احتمال تغییر رفتار در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند.

جدول تحلیلی شماره‌ی دو- بررسی رابطه میزان ساعات تماشای تلویزیون پاسخ‌گویان و توصیه تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به دیگران

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Somers' d	Symmetric	۰/۱۵۱	۰/۰۳۵	٤/۲۸۰	۰/۰۰۰
	ساعات تماشا	۰/۱۳۹	۰/۰۳۲	٤/۲۸۰	۰/۰۰۰
	توصیه به دیگران	۰/۱٦۵	۰/۰۳۸	٤/۲۸۰	۰/۰۰۰

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	۰/۱۵۱	۰/۰۳۵	٤/۲۸۰	۰/۰۰۰
Kendall's tau-c	۰/۱۳۳	۰/۰۳۱	٤/۲۸۰	۰/۰۰۰
N of Valid Cases	٦۰۰			

طبق سطح معناداری به‌دست آمده از آزمون Somers' d به مقدار ۰/۰۰ رابطه میان ساعات تماشای تلویزیون پاسخ‌گویان و توصیه‌ی تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشت و سلامت تلویزیون به دیگران به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو c محاسبه شده به میزان (۰/۱۳۳) نشان می‌دهد که شدّت رابطه میان دو متغیّر کم و جهت آن مثبت است. توصیف: یعنی با افزایش میزان ساعات تماشای تلویزیون پاسخ‌گویان، توصیه‌ی تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشت و سلامت تلویزیون به دیگران افزایش می‌یابد. به‌عبارت دیگر هرچه فرد ساعات بیش‌تری را به تماشای تلویزیون اختصاص دهد، مرجع بودن پیام‌های سلامت تلویزیون را بیش‌تر قبول می‌کند و آن‌ها را

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

به دیگران توصیه می‌کند یا می‌توان گفت افرادی که بیش‌تر تلویزیون تماشا می‌کنند، پیام‌های تلویزیون را به‌عنوان مرجع و منبع خود پذیرفته‌اند و لذا به دیگران هم توصیه می‌کنند.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

این تحقیق به‌منظور سنجش نگرش شهروندان بالای ۱۵ سال تهرانی به پیام‌های سلامت تلویزیون در سال ۱۳۸۹ انجام شد. با ملاحظه‌ی نتایج توصیفی و تحلیلی تحقیق مشاهده می‌شود که:

فرضیه‌ی اول: به نظر می‌رسد میان رسیدن به تغییر رفتار و میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون رابطه وجود دارد.

با توجه به جدول توصیفی شماره‌ی چهار **در مورد رسیدن به تغییر رفتار با میزان توجه به پیام‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون**، مشاهده می‌شود که میزان **رسیدن به تغییر رفتار با میزان توجه و پیروی از پیام‌های بهداشتی و پزشکی تلویزیون** متوسط رو به زیاد ارزیابی شده است.

هم‌چنین با توجه به جدول تحلیلی شماره‌ی یک و سطح معناداری به‌دست آمده از آزمون دی سامرز[1] رابطه میان میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون و رسیدن به تغییر رفتار به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو سی محاسبه شده نشان می‌دهد که شدّت رابطه‌ی میان دو متغیّر متوسط و جهت آن مثبت است. یعنی با افزایش میزان توجه به پیام‌های سلامت تلویزیون، میزان رسیدن به تغییر رفتار در مخاطبان افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، کسانی که بیش‌تر به پیام‌های سلامت تلویزیون توجه می‌کنند، به تغییرات رفتاری بیش‌تری در برخورد با بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی دست پیدا می‌کنند. هم‌چنین می توان گفت، هرچه این پیام‌ها بیش‌تر توجه مخاطبان را به خود جلب کنند، احتمال تغییر رفتار در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند.

فرضیه‌ی دوم: به نظر می‌رسد میان میزان ساعات تماشای تلویزیون توسط پاسخ‌گویان و توصیه‌ی تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به دیگران رابطه وجود دارد.

با توجه به جدول توصیفی شماره‌ی یک، می‌توان نتیجه گرفت که مخاطبان تا حد قابل قبولی پیام های سلامت تلویزیون را به‌عنوان یک مرجع معتبر برای مسائل بهداشتی قبول دارند.

هم‌چنین با توجه به جدول تحلیلی شماره‌ی دو و سطح معناداری به‌دست آمده از آزمون دی سامرز رابطه میان ساعات تماشای تلویزیون و توصیه تماشای برنامه‌ها به دیگران به لحاظ آماری معنادار

[1]- Somers' d

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

است؛ می‌توان گفت افرادی که بیش‌تر تلویزیون تماشا می‌کنند، پیام‌های تلویزیون را بـه عنـوان مرجـع و منبع خود پذیرفته‌اند و در واقع به کارآمدی آن اعتقاد پیدا کردند و لذا به دیگران هم توصیه می‌کنند.

فرضیه‌ی سوم: به نظر می‌رسد که پیام رسانه‌های جمعی در حـوزه‌ی سـلامت بـرای تغییـر رفتـار مخاطب کافی نبوده و ارتباطات میان‌فردی در ترغیب برای تغییر رفتار فرد نقش مؤثر و مهمی دارد.

با توجه به نتایج فراوانی به دست آمده در جدول توصیفی شماره‌ی هفت می‌توان نتیجـه گرفـت کـه مخاطبان اهمیت زیادی برای ارتباطات میان‌فردی خود قائل‌اند و آن را مکمّل پیام‌های سلامت تلویزیـون در نظر می‌گیرند. بنابراین، فرضیه‌ی فوق تأیید می‌شود؛ بدین معنا که پیـام‌هـای سـلامت بـرای تأثیرگـذاری بیش‌تر نیاز به ارتباطات میان‌فردی دارد. درواقع ترکیب «ارتباط جمعی + ارتباط میـان‌فـردی» بـیش‌تـرین میزان تأثیر را خواهد داشت.

سایر نتایج تحقیق عبارت‌اند از:

۱- پیامی بیش‌ترین توجه را بر رفتار مخاطبان دارد که در **قالـب برنامـه‌هـای مسـتند و گـزارش‌هـای تصویری** تهیه شده باشد.

۲- تمایل بیش‌تر مخاطبان به استفاده از جذبه های مثبت در برابر جذبه های ترکیبی و جذبه‌هـای تـرس، نشان دهنده‌ی این نکته است که مخاطبان روحیه‌ی پیشگیری کننده دارند که یک ویژگی بسـیار مطلـوب است.

۳- مخاطبان میزان رسیدن به نتایج مثبت از طریـق پیگیـری پیـام‌هـای سـلامت تلویزیـون را نیـز مثبـت ارزیابی کردند.

٤- مخاطبان تا حد مقبولی پیام‌های سلامت تلویزیون را به مثابه‌ی مرجعی معتبر بـرای مسـائل بهداشـتی قبول دارند و به یک‌دیگر توصیه می‌کنند.

۵- برنامه‌های سلامت تلویزیون رویکرد تعاملی بالایی با مخاطب خود نداشته و رویکرد اصلی آن‌ها بـه جای تعامل و ارتباط دو طرفه با مخاطب، مونولوگ یا تک گویی است.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

منابع و مآخذ

۱. بابایی، نعمت‌الله (۱۳۸٦) «روش‌های مؤثر آگاه‌سازی در حوزه‌ی سلامت»، **پژوهش و سنجش**، سال چهاردهم، شماره‌ی ٤۹.

۲. چانداران، راما (۱۳۷٤) **آموزش بهداشت**، ترجمه‌ی فروغ شفیعی، تهران: دانشگاه تهران.

۳. سورین، ورنر و جیمز تانکارد (۱۳۸٤) **نظریه‌های ارتباطات**، ترجمه‌ی علیرضا دهقان، چاپ دوم، تهران: دانشگاه تهران.

٤. شکیبازاده، الهام (۱۳۸٦) «تولید و تأثیر پیام در رسانه‌های جمعی با رویکردی بر مقوله‌ی سلامت»، **پژوهش و سنجش**، سال چهاردهم، شماره‌ی ٤۹.

۵. مک‌کوایل، دنیس (۱۳۸۵) **درآمدی بر نظریه‌ی ارتباط جمعی**، ترجمه‌ی پرویز اجلالی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.

6. Cappella, J., Fishbein, M., Hornik, R., Ahern, R. K., & Sayeed, S. (2001) «Using theory to select messages in anti-drug media campaigns: Reasoned action and media priming.» و In R. E. Rice & C. K. Atkin (Eds.), **Public communication campaigns** (3rd ed., pp. 214–230). Thousand Oaks, CA: Sage.

7. Fazio, R. H., & Towles-Schwen, T. (1999) **The MODE model of attitude-behavior processes. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), Dual-process models in social psychology** , New York: Guilford, (p. 97–116).

8. Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (1980) «The ‘‘mainstreaming of America», **Violence profile**, no. 11. , 30(3), 10–29.

9. Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorielli, N., & Shanahan, J. (2002) «Growing up with television: Cultivation processes», In J. Bryant & D. Zillman (Eds.), **Media effects: Advances in theory research** (2nd ed., pp. 43–68). Mahwah, NJ: Erlbaum.

10. Green, M. C., & Brock, T. C. (2000) «The role of transportation in the persuasiveness of public narratives», **Journal of Personality and Social Psychology**, 79, 701–721.

11. Hale, J., & Dillard, J. (1995) «Fear appeals in health promotion: Too much, too little or just right?», In E. Maibach & R. Parrott (Eds.), **Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice** (pp. 65–80). Newbury Park, CA: Sage.

12. Hawe, P., & Shiell, A. (2000) «Social capital and health promotion: A review», **Social Science and Medicine**, 51, 871–885.

13. Higgins, E. T. (2000) «Making a good decision: Value from fit», **American Psychology**, 55, 1217-1230.

14. Holtgrave, D.R., & Tinsley, B.J., & Kay, L.S. (1995) «Encouraging Risk Reduction, A decision making approach to message designe», In E. Maibach & R. Parrott (Eds.), **Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice** (p. 24 – 40). Newbury Park, CA: Sage.

15. Institute of Medicine. (2003) **speaking of health: Assessing health communications strategies for diverse populations**,Washington, DC: National Academies Press.

16. Institute of Medicine. (2003) **Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care**, Washington, DC: National Academies Press.

17. Kawachi, I., & Berkman, L. (2000) «Social cohesion, social capital, and health», In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.) **Social epidemiology** (pp. 174–190) New York: Oxford University Press.

18. Kim, D & Kawachi, I (2002) **«Social capital and health»,** Springer Pub Ltd.

19. Krieger, N. (2001). «Historical roots of social epidemiology: Socioeconomic gradients in health and contextual analysis», **International Journal of Epidemiology**, 30, 899–900.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

20. Maibach, E., & Parrott, R. (1995) **Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice**, Thousand Oaks, CA: Sage.
21. Lynch, J., & Kaplan, G. (2000) «Socioeconomic position», In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), **Social epidemiology** (pp. 13–35), New York: Oxford University Press.
22. McLeod, J. M., Kosicki, G. M., & Pan, Z. (1991) «On understanding and misunderstanding media effects», In J. Curran & M. Gurevitch (Eds.), **Mass media and society** (p. 235–266). New York: Edward Arnold.
23. Monahan, J. L. (1995) Thinking positively: «Using positive affect when designing health messages», In E. Maibach & R. L. Parrott (Eds.), **Designing health messages: Approaches form communication theory and pubic practice** (pp. 81–98). Thousand Oaks, CA: Sage.
24. Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004) **Health literacy: A prescription to end confusion**, Washington, DC: Institute of Medicine, National Research Council, the National Academies Press.
25. O'Keefe, D. J. & Jensen, J. D. (2008) «The Persuasiveness of Gain- and Loss-Framed Messages for Encouraging Disease Detection: A Meta-Analytic Review», **Annual conference of the International Communication Association**, May, 2008 Northwestern University, Montreal, Canada.
26. Olien, C. N., Donohue, G. A., & Tichenor, P. J. (1983) «Structure, communication, and social power: Evolution of the knowledge gap hypothesis», In E. Wartella & D. C. Whitney (Eds.), **Mass communication review yearbook 4** (pp. 455–462). Beverly Hills, CA: Sage.
27. Petty, R., & Cacioppo, J. (1981) **Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches**. Dubuque, IA: WC Brown.
28. Rimer, B. K. & Kreuter, M. W.(2006) «Advancing Tailored Health Communication: A Persuasion and Message Effects Perspective», **In Journal of Communication**, 56 (2006) International Communication Association.
29. Romantan, A., Hornik, R., Weiner, J., Price, V., Cappella, J., & Viswanath, K. (2005) January 20–21) «Learning about cancer: A comparative analysis of the performance of eight measures of incidental exposure to cancer information in the mass media», **Paper presented at the HINTS Data Users Conference**, St. Pete Beach, FL.
30. Salmon, C., & Atkin, C. (2003) «Using Media Campaigns for Health Promotion», In T. Thompson & A.M. Dorsey etal (Eds.), **Handbook of health communication** (2008). (1st ed., p. 449-472). LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, PUBLISHERS.
31. Schiavo, R. (2007) **Health communication: from theory to practice**, 1st ed, John Wiley & Sons, USA.
32. Schneider, E. C., Zaslavsky, A. M., & Epstein, A. M. (2002) **Racial disparities in quality of care for enrollees in medicare managed care**, JAMA, 287, 1288–1294.
33. Shanahan, J., & Jones, V. (1999) «Cultivation and social context», In D. Demers & K. Viswanath (Eds.), **Mass media and social control** (pp. 31–50). Ames: Iowa University Press.
34. Shanahan, J., & Morgan, M. (1999) **Television and its viewers: Cultivation theory and research**. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
35. Smedley, B. D., & Syme, S. L. (2000) «Promoting health: Intervention strategies from social and behavioral research», In B. D. Smedley & S. L. Syme (Eds.), **Promoting Health: Intervention strategies from social and behavioral research**. (p. 254–321). Washington, DC: National Academy Press.
36. Tversky, Amos; Kahneman, Daniel (1981) «The Framing of decisions and the psychology of choice», **Science**, New Series, Vol. 211, No. 4481. (Jan. 30, 1981), pp. 453-458.
37. Valente, T. W., Hoffman, B. R., Ritt-Olson, A., Lichtman, K., & Johnson, C. A. (2003) «Effects of a social-network method for group assignment strategies on peer-led tobacco prevention programs in schools», **American Journal of Public Health**, 93, 1837–1843.
38. Viswanath, K. & Emmons, K.M. (2006) «Message Effects and Social Determinants of Health: Its Application to Cancer Disparities», **In Journal of Communication**, 56 (2006) International Communication Association.
39. Viswanath, K. (2005) «The communications revolution and cancer control», **Nature Reviews. Cancer**, 5, 828–835.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]

40. Viswanath, K. (2008) «Health Communication», **The International Encyclopedia of Communication**, Blackwell Pub Ltd.
41. Viswanath, K. (in press) «Public communications and its role in reducing and eliminating health disparities», In G. E. Thomson, F. Mitchell, & M. Williams (Eds.), **Examining the health disparities research plan of the National Institutes of Health: Unfinished business** (p. 231–270). Washington, DC: Institute of Medicine.
42. Viswanath, K., & Demers, D. (1999) «Mass media from a macrosocial perspective», In D. Demers & K. Viswanath (Eds.), **Mass media, social control and social change: A macrosocial perspective** (pp. 3–28). Ames: Iowa State University Press.
43. Viswanath, K., & Finnegan, J. R. (1996) «The knowledge gap hypothesis: Twenty five years later», In B. Burleson (Ed.), **Communication yearbook 19** (pp. 187–227). Thousand Oaks, CA: Sage.
44. Viswanath, K., & Finnegan, J. R. (2002) «Community health campaigns and secular trends: Insights from the Minnesota Heart Health Program and Community Trials in Heart Disease Prevention», In R. Hornik (Ed.), **Public health communication: Evidence for behavior change** (p. 289–312). New York: Erlbaum.
45. Viswanath, K., Breen, N., Meissner, H., Moser, R. P., Hesse, B, Steele, W. R., et al. (2006) «Cancer knowledge and disparities in the information age», **Journal of Health Communication**, 11(Suppl. 1), 1–17.
46. Viswanath, K., Finniegan, J. R., Hannan, P. J., & Luepker, R. V. (1991) «Health and knowledge gaps: Some lessons from the Minnesota Heart Health Program», **American Behavioral Scientist**, 34, 712–726.
47. Viswanath, K., Randolph, W., & Finnegan, J. R. (in press) «Connecting the dots between social capital and public health outcomes: The role of communication and community pluralism», **American Journal of Public Health**.
48. Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (2002) «The Precaution adoption process model», In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), **Health behavior and health education: Theory, research and practice** (p. 121–143). San Francisco: Jossey-Bass.
49. Witte, K. (1992) «Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model», **Communication Monographs**, 59, 329 – 349.
50. Witte, K. (1995). Fishing for success: «Using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages», In E. Maibach & R. L. Parrott (Eds.), **Designing health messages Approaches from communication theory and public health practice** (pp. 145–166). Thousand Oaks, CA: Sage.
51. Witte, K & Roberto, A. J.(2009) «Fear Appeals and Public Health Managing Fear and Creating Hope», In Lawrence R. Frey & Kenneth N. Cissna (Eds.), **Routledge Handbook of Applied Communication Research**. (pp. 584 – 610). First published 2009. Routledge.
52. Zillmann, D. (2002) «Exemplification theory of media influence», In J. Bryant, & D. Zillmann (Eds.). **Media effects: Advances in theory and research**. (2nd.ed. pp. 19-42). Mahwah, NJ: Erlbaum.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-10-30]