

تاریخ دریافت ۹۰/۱۰/۳ تاریخ پذیرش ۹۰/۱۱/۲۹

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون

هادی خانیکی* - حبیب راثی تهرانی**

چکیده

طراحی پیام‌های سلامت مقوله‌ای میان‌رشته‌ای است که از حوزه ارتباطات سلامت و مطالعه‌های نوین ارتباطات و آموزش بهداشت نشئت گرفته است. آنچه در این مقاله بدان پرداخته‌ایم، بررسی میزان تأثیر پیام‌های سلامت بر مخاطبان تلویزیون است. پرسش مهم مقاله این است که چگونه رسانه‌های مانند تلویزیون از طریق تولید و پخش پیام‌ها و اطلاعات سلامت‌محور، منجر به تغییر رفتار در فرد می‌شود؟ به این اعتبار، حوزه مربوط به تأثیر پیام در این پژوهش، رفتار مخاطبان است.

پیام‌های سلامت در این پژوهش به پیام‌هایی اطلاق می‌شوند که مستقیم یا غیرمستقیم (در قالب فیلم‌ها، سریال‌ها و سایر برنامه‌های تلویزیون) به بحث سلامت فردی و اجتماعی مردم از جمله: سبک زندگی سالم، پیشگیری و یا درمان بیماری‌ها می‌پردازند. برای سنجش تأثیر این دسته از پیام‌ها بر مخاطبان، نمونه آماری را با حجم ۶۰۰ نفر از میان شهروندان بالای ۱۵ سال تهرانی انتخاب کرده‌ایم. 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 مکمل را برای پیام‌های رسانه‌ای دارند.

واژگان کلیدی

ارتباطات سلامت، پیام سلامت، تغییر رفتار، تأثیر پیام، تلویزیون، اطلاعات سلامت‌محور

hadi.khaniki@gmail.com

habibrasi@gmail.com

*. استادیار ارتباطات دانشگاه علامه طباطبایی

** . کارشناس ارشد علوم ارتباطات اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

طرح مسئله

با نگاهی ساده به زندگی خود و محیط اطرافمان درمی‌یابیم که مسئله سلامت فردی و جمعی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های انسان‌هاست. از این لحاظ می‌توان گفت که تأمین سلامت یکی از قدرتمندترین عوامل تلاش انسانی در زندگی محسوب می‌شود. با پیشرفت همه‌جانبه علوم و فنون، توسعه زندگی ماشینی و تحول شیوه زندگی از سنتی به مدرن، نحوه تنظیم و تأمین سلامتی نیز دستخوش تغییرهای بسیاری شده است که در صورت بی‌توجهی به مواردی چون: استعمال دخانیات و مصرف غذاهای آماده و ورزش، تأثیرهای ناسالم این شیوه مدرن در زندگی آنها بیشتر مشهود خواهد بود.

امروزه پرداختن به مسئله سلامت از قالب فردی خارج شده است. با نگاهی به گذشته متوجه می‌شویم که مردم معمولاً شیوه‌ای واحد را برای زندگی خود داشتند و اصول زندگی سالم برای افراد تعریف و تعیین شده بود، ولی امروزه با تغییر الگوهای زندگی، این شیوه‌ها نیز کارایی خود را از دست داده‌اند. از این رو، 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 حوزه اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی نیست، بنابراین باید بگوییم که مسئله ارتباطات و نقش رسانه‌ها در حوزه سلامت اهمیت ویژه‌ای یافته است.

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

درواقع اهمیت رسانه‌ها در زندگی مدرن به حدی است که پرداختن به مسئله سلامت نیز بدون توجه به نقش رسانه‌ها ناممکن شده و این مقوله جامعه ایرانی را نیز دربرگرفته است. در میان رسانه‌های گوناگون در ایران می‌توان از تلویزیون به مثابه پرمخاطب‌ترین رسانه نام برد؛ اگرچه تلویزیون در جهان تقریباً رسانه‌ای بی‌رقیب نیز محسوب می‌شود. امروزه با افزایش کانال‌های ماهواره‌ای و سهولت دستیابی به کانال‌های تلویزیونی گوناگون،

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۵۳

محبوبیت و کارایی و تأثیر این رسانه‌ها بیش از پیش شده است.

با توجه به مطالبی که گفتیم، در این پژوهش قصد داریم به بررسی پیام‌های سلامت رسانه‌ای در تلویزیون بپردازیم. از آنجا که مردم ما ارتباط زیادی با این رسانه دارند، بنابراین پیش‌بینی می‌کنیم که پیام‌های ارائه شده از سوی این رسانه نیز تأثیر بسزایی داشته باشد. از آنجا که مبحث پیام‌های سلامت^۱، حوزه‌ای است که از رشته ارتباطات سلامت^۲ منشعب شده و اصول و زیربنای علمی خود را از آن رشته گرفته، ابتدا به معرفی اجمالی حوزه ارتباطات سلامت می‌پردازیم و سپس مبحث پیام‌های سلامت را دنبال می‌کنیم.

تعریف موضوع

۱. ارتباطات سلامت

ارتباطات سلامت رشته‌ای در حال تحول است و به نحو فزاینده‌ای به حوزه مهم و برجسته‌ای هم در بخش بهداشت عمومی و هم در بخش ارتباطات و رسانه‌ها تبدیل شده است. ارتباطات سلامت، مطالعه و استفاده از فنون ارتباطی به منظور آگاهی دادن و تأثیر بر تصمیم‌های فردی و جمعی افراد جامعه است تا موجب تقویت سلامت آنان شود (Viswanath, 2008: 2). به عبارت دیگر، پرسش مهم در ارتباطات سلامت این است که چگونه ارتباطات رسانه‌ای منجر به تغییر رفتار در حوزه سلامت می‌شود که البته حوزه‌ای وسیع و گسترده است و شامل شاخه‌های مطالعاتی و پژوهشی زیادی مانند: روابط بین متخصصان سلامت با بیماران، جستجو و استفاده اشخاص از اطلاعات سلامت، ساخت پیام‌های سلامت عمومی، ارتباطات ریسک، تصویر سلامت در رسانه‌های جمعی و فرهنگ، آموزش همگان درباره چگونگی دسترسی به خدمات بهداشت عمومی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی و توسعه و پیشبرد سلامت الکترونیکی و سلامت و مراقبت از راه دور^۳ می‌باشد (Viswanath, 2008: 5). از مباحث مربوط به مفاهیم ارتباطات باید به اهمیت ارتباطات سلامت در زمینه بهداشت

-
1. Health Messages
 2. Health Communication
 3. Tele-health, E-health

❖ ۱۵۴ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

عمومی و فردی و توصیف عناصر مهمی نظیر حوزه عمل و محدودیت روش‌های ارتباطات سلامت اشاره کنیم. تاکنون تعاریف زیادی از ارتباطات سلامت ارائه شده که هر کدام نشان‌دهنده یکی از ویژگی‌ها و کارکردهای این حوزه بوده است؛ بنابراین از ذکر همه آنها در این مقاله خودداری می‌کنیم و یک تعریف معیار را که صاحب‌نظران، کارشناسان و همچنین سازمان‌ها و نهادهای مربوط، بر آن اتفاق نظر دارند، مطرح می‌نماییم.

ارتباطات سلامت رویکردی چندوجهی و چندرشته‌ای برای دستیابی به مخاطبان مختلف و به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت محور است که هدف آن تأثیرگذاری و درگیرسازی و حمایت از افراد، جوامع، متخصصان بهداشتی، گروه‌های خاص، سیاست‌گذاران و کمپین‌های عمومی به منظور معرفی، اقتباس و تداوم رفتار، عمل یا سیاست‌هایی است که در نهایت منجر به بهبود پیامدهای بهداشت و سلامتی می‌شود (Schiavo, 2007: 7)

۲. پیام سلامت و انواع آن

به آن دسته از پیام‌های رسانه‌ای که مستقیم (برنامه‌های مربوط به سلامت مانند تیزر و آگهی‌های بهداشتی و سلامت محور) یا غیرمستقیم (در قالب فیلم‌ها، سریال‌ها و برنامه‌های متفرقه تلویزیون) به بحث سلامت فردی و اجتماعی مردم از جمله شیوه زندگی سالم، پیشگیری و یا درمان بیماری‌ها می‌پردازد، «پیام سلامت» اطلاق می‌شود. بنابر تجربه‌های به دست آمده از کمپین‌های ارتباطات سلامتی که تا به حال اجرا شده‌اند، متخصصان سه پیام را در ارتباطات سلامت شناسایی کرده‌اند.

الف) پیام آگاهی‌بخش: این پیام به افراد، به خصوص افرادی که انجام رفتار برایشان ضروری است، خبر می‌دهد که چه باید بکنند و اطلاعاتی درباره زمان و مکان انجام رفتار

۱. Campaign (لازم به توضیح است که تاکنون واژه‌های مختلفی برای معادل این کلمه مطرح شده که متأسفانه هیچ کدام مفهوم واژه را روشن و کامل بیان نمی‌کند. از جمله واژگان معادل می‌توان به: بسیج، کارزار، مبارزه، پوشش و طرح اشاره کرد که به دلیل نارسایی معنایی این واژگان، ترجیح دادیم از ترجمه آن خودداری کنیم.)

۱۵۵ ❖ بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون

در اختیار مخاطبان قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، این پیام‌ها موجب ایجاد حالت‌های زیر در مخاطبان می‌شود:

۱. ایجاد شناخت درباره موضوع مورد بحث یا رفتار پیشنهادی^۱

۲. ایجاد فعالیت در بین مخاطبان فرضی^۲

۳. استفاده از تأثیر روابط بین فردی و عوامل محیطی به منظور ایجاد انگیزه برای اتخاذ و تبعیت از رفتار پیشنهادی^۳

۴. تشویق برای جستجوی اطلاعات بیشتر درباره موضوع یا رفتار پیشنهادی^۴

۵. حساس کردن مخاطبان درباره پیام‌های مشابه^۵

یکی از اصلی‌ترین وظایف و نقش‌های این پیام‌ها برانگیختن علاقه و اشتیاق مخاطب برای کندوکاو و جستجوی بیشتر اطلاعات درباره موضوع یا رفتار است. به عبارت دیگر، این پیام‌ها شامل عناصری هستند که برای برانگیختن حس جستجوی فعال در مخاطبان هدف، طراحی و تعبیه شده‌اند تا مخاطب را برای جستجو در منابع گسترده‌ای چون: سایت‌های اینترنتی، کتاب‌ها، مجله‌های علمی، برنامه‌های تلویزیونی و پرسش از صاحب‌نظران و متخصصان ترغیب و تشویق کنند (Salmon & Atkin, 2003: 459).

ب) پیام آموزشی^۶: این پیام‌ها به مخاطب اطلاعات مربوط به چگونگی اجرای رفتار یا عمل پیشنهادی را آموزش می‌دهد. به عبارت دیگر، پیام‌های آموزشی به ارائه اطلاعاتی می‌پردازند که به مخاطب دانش و آگاهی داده و مهارت‌ها را آموزش می‌دهند. اهداف پیام‌های آموزش را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

۱. کسب دانش

۲. آموزش (فراگیری) مهارت

1. Recognition
2. Activation
3. Compliance
4. Information-seeking
5. Sensitize
6. Instruction

❖ ۱۵۶ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

۳. ارائه اطلاعات جزئی
۴. ارائه اطلاعات آموزشی، تشویق و تقویت خودکارآمدی مخاطب
۵. آموزش نحوه مقابله با مقاومت گروه همسالان^۱
۶. ایجاد سواد رسانه‌ای برای مقابله با نمایش رفتارهای نادرست در رسانه‌ها
۷. ایمن کردن مخاطبان در مقابل آثار نامطلوب کمپین‌ها و برنامه‌های ناسالم و مغایر با سلامت رسانه‌ها (Salmon & Atkin, 2003: 461).

ج) پیام اقناعی: این پیام‌ها دلایل اقناع‌کننده برای اقتباس و اتخاذ 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. شایان ذکر است که استفاده از هر کدام از این پیام‌ها، با توجه به نوع مخاطبان، هدف و شرایط اجتماعی، جمعیتی، فیزیکی و نگرش‌های مخاطبان متغیر است، ولی اصل کلی در هر کدام از پیام‌ها این است که در حالت کلی هر پیامی باید ساده، روشن و واضح، جامع و مفهوم و به اندازه کافی به جزئیات پرداخته باشد. به این اعتبار می‌توان گفت پیام اقناعی سلامت‌گونه‌ای از پیام‌های سلامت است که در آن بهترین عناصر نظریه‌های زیر با هم ترکیب شده‌اند و اصول آن در سه چارچوب عرضه می‌شود:

۱. نظریه عمل منطقی^۲
 ۲. مدل احتمال تفصیلی^۳
 ۳. نظریه تحریک محافظت^۴
- باید بدانید که چارچوب بالا به بررسی دو عامل جداگانه می‌پردازد که عبارت‌اند از: عوامل ثابت و عوامل گذرا. به طور کلی پیام اقناعی باید کاملاً متناسب با شرایط مخاطب هدف باشد.

1. Peer Resistance
 2. Theory of Reasaned Action
 3. Elabaration likelihood model
 4. Protection motination Theory

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۵۷

به منظور غلبه بر مسائل حاصله از نظریه‌های گوناگون، متخصصان و دست‌اندرکاران کمپین‌های ارتباطات سلامت و طراحان پیام‌های سلامتی، پس از بررسی این نظریه‌ها، بهترین عناصر هر کدام را انتخاب و همه را در قالب چارچوب مشخصی به نام پیام‌های اقناعی سلامت عرضه کرده‌اند. فرق چارچوب با نظریه این است که چارچوب یا الگو برخلاف نظریه تلاشی برای توضیح رفتار انسان ندارد، بلکه تنها به مشخص و معین کردن کارهایی می‌پردازد که فرد باید برای هرچه بهتر انجام دادن و مؤثرتر واقع شدن کمپین سلامت انجام دهد. پیام اقناعی سلامت از اجزای زیر تشکیل شده است:

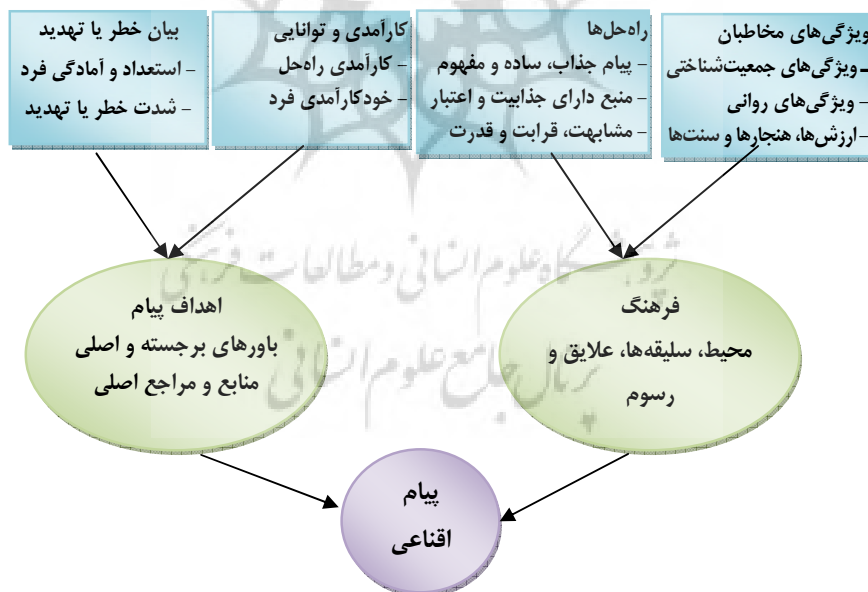
۱. پیام خطر یا تهدید

۲. پیام کارآمدی

۳. راه‌حل‌های متنوع

۴. طراحی هدفمند برای مخاطبان خاص (Salmon & Atkin, 2003: 463).

نمودار ۱ الگوی پیام‌های اقناعی سلامت را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. الگوی پیام‌های اقناعی سلامت (Salmon & Atkin, 2003: 464)

۱. تأثیر پیام^۱

مطالعه‌هایی که به‌تازگی بر روی نظریه‌های تأثیر پیام انجام شده، راه‌های ارزشمندی را برای ارزیابی نظام‌مند اینکه چگونه قالب، ساختار و محتوای متن می‌تواند توجه مخاطب را به خود جلب کند یا بر رفتار تأثیر بگذارد، فراهم آورده است. طی سال‌های گذشته بخش گسترده‌ای از مطالعه‌ها و بررسی‌های صورت گرفته به این موضوع اختصاص داشت که چگونه «مؤلفه‌های اجتماعی» مانند: طبقه اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، شرایط محل سکونت و همبستگی اجتماعی از طریق مسیرهای علت و معلولی به نتایج و پیامدهای گوناگون بهداشتی منجر می‌شوند.

مطالعه و بررسی تأثیر پیام و نظریه‌های مربوط به آن با مطالعه آثار رسانه‌ها متفاوت است و اصول و گزاره‌های خود را دارد. نظریه‌های تأثیر پیام این مسئله را بررسی می‌کنند که چگونه صورت ظاهری، قالب و محتوای یک پیام رسانه‌ای بر نتایج شناختی، نگرشی و رفتاری تأثیر می‌گذارد.

ریشه مطالعه‌ها و بررسی نظریه‌های موجود در زمینه تأثیر پیام در کل به نظریه‌های روان‌شناختی برمی‌گردد. نظریه‌های روان‌شناختی این مسئله را بررسی می‌کنند که نحوه تعامل ویژگی‌های شخصی فرد با ساختار پیام چگونه است و چگونه منجر به نتایج شناختی، نگرشی و رفتاری می‌شود، ولی این نظریه‌ها هنوز این نکته را روشن نکرده‌اند که آیا تأثیر پیام بر همه اقشار مخاطبان و زیرگروه‌های آنها یکسان و واحد است و اگر عناصر پیام با عوامل و مؤلفه‌های اجتماعی مانند: طبقه اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و سازمان‌های اجتماعی همراه بوده و با آنها تعامل داشته باشد، باز تأثیر آن مانند قبل خواهد بود؟ (Viswanath & Emmons, 2006)

الف) تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی و نابرابری‌های بهداشتی بر پیام‌های سلامت

همان طور که می‌دانید میان گروه‌های مختلف اجتماعی نابرابری‌ها و شکاف‌های عمیق

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۵۹

بهداشتی از نظر نژاد و قومیت وجود دارد و دامنه این نابرابری‌ها به رفتارهای مرتبط با سلامت مانند: رفتارهای پرخطر جنسی، استعمال دخانیات و رعایت نکردن رژیم غذایی مناسب کشیده شده است. مطالعه‌های اخیر نشان می‌دهد که راه‌های درمان پیشنهادی نیز به هر کدام از گروه‌ها در جوامع مختلف با توجه به شرایط اجتماعی و جمعیتی آن متفاوت بوده است (Institute of Medicine, 2003; Schneider & Zaslavsky & Epstein, 1994).

به طور کلی، گروه‌های اقلیت و قشر دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین (SES) تمایل کمتری به دریافت خدمات پیشگیرانه دارند و بیشتر تمایل دارند پس از تشخیص بیماری از این خدمات بهره گیرند. این تفاوت‌ها سبب شده است که نظر پژوهشگران و صاحب‌نظران ارتباطات سلامت به عواملی جلب شود که ریشه این اختلاف‌ها محسوب می‌شوند. «مؤلفه‌های اجتماعی»^۱ مؤلفه‌هایی هستند که از طریق مسیرهای علت و معلولی گوناگون بر پیامدهای گوناگون بهداشتی تأثیر می‌گذارند.

«رویکرد همه‌گیری اجتماعی»^۲ بر این اساس استوار است که رفتارهای سالم، محصول تعامل پیچیده عوامل و مؤلفه‌هایی در سطوح درون‌فردی، میان‌فردی، سازمانی، محیطی و سیاست‌گذاری هستند (Kawachi & Berkman, 2000) و هر تغییر برنامه‌ریزی شده اجتماعی در سلامت عمومی باید بر مداخله‌هایی توجه و تمرکز کند که با این سطوح چندگانه درگیر است. مهم‌ترین و برجسته‌ترین مؤلفه‌های اجتماعی که بر پیامدهای رفتاری در حوزه سلامت تأثیرگذار است عبارت‌اند از:

۱. طبقه اجتماعی یا وضعیت اجتماعی اقتصادی
۲. شبکه‌های اجتماعی که از طریق سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی عمل می‌کنند.
۳. سازمان‌های اجتماعی مانند محل کار
۴. اجتماع‌ها و محله‌ها

1. Social determinants
2. Social Epidemiological approach

❖ ۱۶۰ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

۵. سیاست‌های اجتماعی (Krieger, 2001; Lynch & Kaplan, 2000; Lynch, Smith, Kaplan, & House, 2000)

تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی بالا بر پیامدهای سلامت از طریق دو عوامل صورت می‌گیرد: نخست عوامل مرکزی و اصلی^۱ و دوم عوامل خارجی یا پیرامونی^۲ مانند: دسترسی به مطالب و منابع فکری، حمایت اجتماعی و شرایط زندگی، توزیع نابرابر آگاهی و دانش، مواجهه با عوامل تنش‌زای محیطی و غیره.

دسترسی نابرابر و متفاوت به اطلاعات و آگاهی بین گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا و پایین (SES) نیز عامل دیگری از مؤلفه‌های اجتماعی محسوب می‌شود که بر نابرابری بهداشتی تأثیر دارد. به طور خلاصه می‌توان گفت که نابرابری‌های بهداشتی با نابرابری‌های موجود در دسترسی به اطلاعات و دانش و یا همان نابرابری‌های ارتباطی^۳ ملازمت و پیوستگی دارد (Smedley & Syme, 2000).

ب) نابرابری‌های ارتباطی

نابرابری‌های ارتباطی به معنای اختلاف یا تفاوت در تولید، دستکاری و پخش اطلاعات در بین گروه‌های اجتماعی و همچنین تفاوت در میزان دسترسی، استفاده، توجه، نگهداری و ظرفیت عمل به اطلاعات مرتبط در پیام، بین مخاطبان گروه‌های اجتماعی است (Viswanath, in press). برای مثال میزان توجه گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی مختلف به موضوع‌های سلامت می‌تواند متغیر باشد، زیرا میزان توجه به رسانه‌ها و پیام‌های آن می‌تواند به مثابه عامل مهمی در پیش‌بینی میزان دانش افراد محسوب شود (Romantan, etal, 2005; Viswanath, Randolph etal, in press).

همچنین حفظ و بازیابی اطلاعات پیام در بین گروه اجتماعی دارای وضعیت اقتصادی بالاتر بیشتر از گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین است؛ این پدیده «شکاف

1. Proximal
2. Distal
3. Communication Inequality

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۶۱

آگاهی» نام دارد. همچنین، مخاطبان مختلف ممکن است ظرفیت‌های گوناگونی برای عمل به رفتار پیشنهادی در پیام داشته باشند، زیرا ممکن است عده‌ای در درک مقصود پیام مشکل داشته باشند و یا فرصت انجام رفتار پیشنهادی را نداشته باشند. به هر صورت، هر کس فهم متناسب با معلوماتش از محتوای پیام را خواهد داشت. مثلاً کسانی که «سواد بهداشتی» محدودی دارند، یعنی آگاهی اندکی درباره نحوه مقابله با بیماری‌ها دارند، حداقل مشارکت را در تصمیم‌گیری درباره روش درمان خواهند داشت و تبعیت و پیروی آنها از رفتار و در نهایت خودگزارشگری آنها درباره وضعیت سلامت خود نیز اندک و در سطح نامطلوب خواهد بود (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004).

ج) تأثیر رسانه‌ها و پیام‌های رسانه‌ای

از آنجا که امروزه تأثیرگذاری رسانه‌ها بر جامعه به اثبات رسیده، جای تعجب است که تمرکز کافی بر نقش تعیین‌کننده رسانه‌ها در امر بهداشت و کاهش نابرابری‌های بهداشتی صورت نمی‌گیرد. در مطالعه رسانه‌ها معمولاً تمرکز مطالعه‌های صورت گرفته بر تأثیر رسانه‌ها درباره شناخت، احساسات و رفتار اشخاص است که ریشه در پژوهش‌های تجربی اجتماعی روان‌شناسی بعد از جنگ جهانی دوم دارد، ولی رفته رفته مطالعه‌های مربوط به تأثیر رسانه‌ها غنای بیشتری پیدا کردند و به مسائلی همچون تقویت و یا تغییر نگرش‌ها و شرایطی پرداختند که تحت آن چنین تأثیرهایی روی می‌دهد، ولی هنوز عده‌ای بر «رویکرد ساختارگرا» تأکید دارند. پیش‌فرض این رویکرد بدین صورت است که پیام‌های رسانه‌ای محصول تعامل میان نهادها، گروه‌ها و افراد درون این سازمان‌هاست (Olien, Donohue, & Tichenor, 1983; Viswanath & Demers, 1999). همچنین این رویکرد اعتقاد دارد که مخاطبان بر اساس موقعیت ساختاری خود در محیط و همچنین نقش اجتماعی که در آن قرار دارند، به محتوا و پیام رسانه‌ای شده توجه کرده و به آن واکنش نشان می‌دهند (McLeod, Kosicki, & Pan, 1991).

مخاطبان همه تجربه‌های پیشین خود را مانند اعضای یک گروه اجتماعی با ویژگی‌های

❖ ۱۶۲ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

خاص (مانند: طبقه اجتماعی، وضعیت شغلی، نژاد و قومیت و جنسیت) در دریافت پیام‌های رسانه‌ای فرا می‌خوانند و در پردازش و واکنش به این پیام‌ها از آنها استفاده می‌کنند. این مؤلفه‌های ساختاری ممکن است تأثیر پیام را از طریق عواملی چون: میزان دسترسی، سلیقه مخاطب، جذبه‌های موجود در پیام، توجه و پردازش مخاطب و ظرفیت مخاطب در عمل، به اطلاعات تعدیل کنند.

با توجه به ادبیات بالا درباره مطالعه رسانه‌ها و همه‌گیری اجتماعی می‌توان سه مؤلفه ساختاری مهم را در سلامت برشمرد که می‌توانند بر تعدیل آثار پیام تأثیرگذار باشند.

۱. وضعیت اجتماعی اقتصادی

۲. شبکه‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی

۳. سازمان‌های اجتماعی

مورد اول به نظریه شکاف آگاهی برمی‌گردد که قبلاً آن را توضیح دادیم. در صورت مواجهه با این پدیده وظیفه طراح پیام‌های سلامت و ارتباط‌گر سلامت این است که به شناسایی راه‌های افزایش برجستگی پیام برای جذب و جلب هرچه بیشتر توجه مخاطب بپردازد. چگونه گفتن پیام و اینکه طراح آن از چه منظری به مشکل و راه‌حل آن بنگرد، در جلب توجه مخاطبان بسیار مهم است.

سرمایه اجتماعی امروزه به مثابه تعدیل‌کننده مهمی بین ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی (مانند طبقه اجتماعی) و پیامدهای بهداشتی شناخته شده است (Hawe & Shiell, 2000;

Holtgrave & Crosby, 2003; Kim, & Kawachi, 2002).

همچنین شبکه‌های اجتماعی نیز اطلاعات لازم درباره سلامت افراد را در محیطی مردمی و فارغ از قیدوبندهای اداری و سازمانی در اختیار مردم قرار می‌دهند (Viswanath,

Randolph, & Finnegan, in press)

همان‌طور که می‌دانید رفتارهای بهداشتی در بستری از هنجارها، باورها و رفتارهای پذیرفته شده اجتماعی مشخص شکل می‌گیرد. در این بین شبکه‌های اجتماعی بر هنجارهای

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۶۳

مقبول گروه‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارند (Valente et.al, 2003).

البته شبکه‌های اجتماعی در تعدیل آثار پیام بر گروه‌ها نقش دیگری هم دارند و آن تفسیر و تشریح پیام‌ها در محیط اجتماعی است. گفتگوهای بین‌فردی درباره موضوع‌های بهداشتی ممکن است منجر به برجسته شدن یک موضوع سلامت شود که در پی آن میزان ارزیابی اطلاعات از سوی مخاطبان بالا می‌رود و آگاهی مردم درباره آن موضوع بیشتر می‌شود. در این حالت ممکن است مردم درگیر «همگرایی بازتابی»^۱ شوند. همگرایی بازتابی وقتی رخ می‌دهد که مردم به‌عمد درباره اطلاعات خاصی اندیشه، تفکر و با بقیه صحبت کنند.

نقش سازمان‌های اجتماعی مانند: مدارس، محل کار؛ مکان‌های عبادتی مانند: مسجد و کلیسا و مراکز مربوط یا بهداشت و سلامت در ترویج سلامت به‌خوبی مشخص است. ترویج بهداشت از طریق این سازمان‌ها فرصت مداخله در بین گروه‌انبوهی از مخاطبان را مستقیم یا غیرمستقیم به ارتباط‌گر سلامت می‌دهد تا از این طریق به اهداف خود در تغییر سیاست‌ها، هنجارها و فرهنگ‌ها دست یابد. استفاده از این سازمان‌ها در غلبه بر رفتارهای ناسالمی چون: استعمال دخانیات، رعایت نکردن رژیم غذایی، استعمال مشروبات الکلی و انجام ندادن تمرین‌های ورزشی بسیار موفقیت‌آمیز بوده است.

د) سازمان‌های رسانه‌ای و پیام‌های سلامت

اگرچه نقش سازمان‌ها و ویژگی‌ها، فرهنگ و سیاست‌های آنها به‌خوبی در ترویج سلامت بررسی شده، به نقش سازمان‌های رسانه‌ای و اهمیتی که برای سلامت عمومی دارند کمتر توجه شده است؛ مثلاً به طور خاص اطلاعات اندکی درباره این داریم که چگونه ساختار سازمانی رسانه‌های جمعی و فعالیت شغلی کارمندان آن منجر به تولید قالب خاصی از پیام می‌شود و یا چگونه عملکرد آنها رفتارهای سالم را بالقوه تحت تأثیر قرار می‌دهد.

همچنین، ممکن است عملکرد شغلی کارمندان رسانه‌های جمعی حتی به عمیق‌تر کردن

❖ ۱۶۴ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

شکاف و نابرابری‌های بهداشتی دامن بزند؛ به این دلیل که آنها غالباً برای کسب و تولید و گزارش خبر بر منابع رسمی، پژوهشگران و متخصصان پزشکی متکی هستند. این اتکا نه تنها بر آنچه آنها گزارش می‌کنند تأثیر می‌گذارد، بلکه این احتمال نیز وجود دارد که خبر و گزارش آنها بیانگر دیدگاه و نظر منابع قوی و قدرتمندشان باشد.

به علاوه، زبان و سطح سواد به کار رفته در اخبار و گزارش‌ها، خصوصاً در رسانه‌های چاپی، ممکن است بالاتر از سطح سواد گروه کم‌سوادی باشد که در پی آموزش و افزایش آگاهی خود از اخبار و گزارش رسانه‌ها هستند.

در مطالعه رسانه‌ها، دو دسته از بررسی‌ها به ارتباط و پیوند میان پیام تولید شده و اثر آن می‌پردازند. این مطالعه‌ها نکته‌های جالب و مفیدی را پیشنهاد می‌کنند که در مطالعه‌های آتی درباره «آثار پیام در ارتباطات سلامت» باید بدان پردازیم.

اولین دسته از این مطالعه‌ها از نظریه «اثر کاشت»^۱ برمی‌آیند که تأثیر تلویزیون را در درک از واقعیت بررسی می‌کنند. دسته دوم نیز به جامعه‌شناسی رسانه‌ها و تأثیر آنها به امور عمومی جامعه برمی‌گردد.

توجه به اثر کاشت در مطالعه تأثیر پیام، محصولات رسانه‌ای را با اثر پیام مربوط می‌کند. اثر کاشت می‌گوید که تماشای بیش از اندازه تلویزیون ممکن است از چند طریق بر مخاطب و شناخت و رفتارشان تأثیر بگذارد. (Gerbner, Gross, Morgan, & Signorielli, 1980) عقیده دارد که تماشای بیش از حد تلویزیون غالباً منجر به این می‌شود که فرد دنیای نمایش داده شده در تلویزیون را به عنوان «جهان واقعی» بپذیرد و بدین وسیله تلویزیون تصویری غیرواقعی و با آب و تاب از جهان را در ذهن او بکارد، خصوصاً «سندرم جهان - میانه»^۲ در صورتی رخ می‌دهد که فرد به تماشای بیش از حد اخبار، فیلم‌های سینمایی، نمایش‌ها و برنامه‌های مختلف تلویزیون حاوی خشونت پردازد (Shanahan & Morgan, 1999; Signorielli, 1980)

1. Cultivation Theory
2. Middle World Syndrome

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۶۵

نظریه اثر کاشت نه تنها به بررسی رسانه و اثرات پیام می‌پردازد، بلکه منطق سازماندهی رسانه‌هایی چون تلویزیون را که منجر به تولید نوع خاصی از پیام می‌شوند هم تحلیل و ارزیابی می‌کند؛ مانند تحلیل محتوای برنامه‌های تلویزیون برای ارزیابی میزان خشونت به کار رفته در آنها. تحقیقات به عمل آمده نشان می‌دهد که میزان خشونت به نمایش درآمده در تلویزیون در برنامه‌هایی که در ساعت‌های پربیننده پخش می‌شود، بالاتر از میزان خشونت در جهان واقعی است. بنابراین، تلویزیون به مثابه رسانه جمعی که تا حدودی کنترل اجتماعی را در اختیار دارد، آنچه مقبول و هنجار و آنچه ناهنجار و نامقبول است، تعریف می‌کند. همچنین تلویزیون با پخش برنامه‌های خشونت‌آمیز میزان خشونت مقبول را نیز تعیین می‌کند (Shanahan & Morgan, 1999).

باید توجه داشته باشیم که پیام‌های این عملکرد تلویزیون هیچ‌گاه جزئی و قابل چشم‌پوشی نیست. در نتیجه، افرادی که وقت بیشتری را به تماشای تلویزیون اختصاص می‌دهند، در مقایسه با افرادی که کمتر تلویزیون نگاه می‌کنند، انتظار میزان خشونت و جنایت بیشتری را در جامعه واقعی دارند.

سایر مطالعه‌ها و بررسی‌های صورت گرفته به مسائلی می‌پردازد که در تلویزیون به نمایش درآمده و به نوعی با سلامت مردم در ارتباط هستند؛ مانند: نمایش استعمال سیگار در فیلم‌ها و سریال‌ها، خوردن غذاهای بی‌ارزش و فوری، نوشیدن الکل و همچنین تبلیغ‌های متفاوت به نمایش درآمده از تلویزیون که همگی توانایی تأثیرگذاری بر رفتار مخاطبان را دارند.

نکته درخور تأمل، متناقض بودن رفتارهای به نمایش درآمده در تلویزیون است که اغلب شامل نمایش رفتارهای منفی می‌شود. مثلاً گاهی شخصیت‌های نمایشی در تلویزیون، رفتارهای خاصی را به نمایش می‌گذارند که شامل رفتارهای ناسالم و متغیر با اصول بهداشتی است؛ مانند: رفتارها و عادت‌های اشتباه غذایی زیر:

۱. نمایش پرخوری

❖ ۱۶۶ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

۲. خوردن غذاهایی با کالری بالا
۳. خوردن غذاهای شور و پر نمک
۴. خوردن غذاهای چرب
۵. غذا خوردن در حین راه رفتن و فعالیت، به جای غذا خوردن در حالت نشسته و با آرامش
۶. غذا خوردن سریع و سرپایی (به اصطلاح ته‌بندی)

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید همه این رفتارها موجب بیماری و یا اختلال در سیستم گوارشی می‌شود و به طور کلی برای سلامت فرد مضر است، ولی در تلویزیون به راحتی نشان داده می‌شود. اغلب رفتارهای بالا که در تبلیغ‌های تلویزیونی شاهد آن هستیم، موجب چاقی و اضافه‌وزن بیش از حد می‌شود و این نکته‌ای است که همه کارشناسان تغذیه و سلامتی به آن اذعان دارند، ولی تولیدکنندگان سریال‌ها و فیلم‌های تلویزیونی با نمایش شخصیت‌های مقبول مخاطب، تصویری متناقض با رفتارهای بالا به مخاطب عرضه می‌کنند. مخاطب در صورت پیروی از رفتار آگهی‌ها و بازیگران این نقش‌ها بی‌شک دچار اضافه‌وزن یا چاقی خواهد شد، در حالی که بازیگران سریال‌ها و فیلم‌های تلویزیونی اغلب دارای اندامی متناسب و زیبا هستند و هیچ اضافه‌وزن و چاقی مفرط در بین آنها دیده نمی‌شود، زنان بازیگر همواره لاغر و دارای اندامی زیبا و مردان نیز با قدی بلند و بدنی ماهیچه‌ای در نمایش‌ها و فیلم‌ها ظاهر می‌شوند.

ه) مسیرهای تأثیر پیام

از آنچه تا کنون گفتیم، می‌توان دریافت که پیام‌های سلامت بر افراد از راه‌های گوناگون تأثیر می‌گذارند. آنچه تا اینجا بدان اشاره کردیم بیشتر شامل عوامل و مؤلفه‌های خارجی طراحی، عرضه و تأثیر پیام می‌شد. حال قصد داریم با مسیرهای درونی تأثیر پیام، یعنی مسیرهای ذهنی و احساسی درونی فرد آشنا شویم.

مطالعه‌ها و پژوهش‌های مربوط به اقناع به طور سنتی بر مسیر شناختی اقناع تمرکز

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۶۷

دارند و پذیرفتن و یا نپذیرفتن پیام از سوی فرد را به مقدار و نوع واکنش‌های شناختی ایجاد شده در فرد (نسبت یک پیام) نسبت می‌دهند.

اگرچه در حوزه ارتباطات سلامت، امروزه متخصصان و پژوهشگران به اهمیت واکنش‌های احساسی و عاطفی مخاطبان در مقابل پیام‌های رسانه‌های جمعی بیش از گذشته پی برده‌اند، این دو رویکرد به اقناع را می‌توان با دو وضعیت تعاملی پردازش اطلاعات که در مدل «اپستین»^۱ موسوم به «نظریه‌پردازی شخصی شناختی - تجربی»^۲ به آن اشاره شده، هماهنگ دانست (Epstein, 1994).

نظریه‌پردازی شخصی شناختی - تجربی

بر اساس این نظریه «سیستم منطقی» پردازش (پیام) بر مبنای شواهد و استنتاج منطقی عمل می‌کند، در حالی که این تجربه‌ها هستند که منبع اطلاعات سیستم تجربی محسوب می‌شوند و اینکه این سیستم رابطه‌ای بسیار قوی با تجارب احساسی دارد. همان طور که می‌دانید استفاده از روایت‌ها در پیام‌های سلامت از نظر اقناعی تأثیر بسیار زیادی بر مخاطبان دارد و گفته شده که تأثیر پیام‌های حاوی روایت به میزان درگیری مخاطب با روایت بستگی دارد.

«گرین و بروک»^۳ (۲۰۰۰) اصطلاح «انتقال»^۴ به معنای «احساس گم شدن در داستان یا جذب شدن بیش از حد به آن» را برای بیان حالت درگیری شدید مخاطب با پیام حاوی روایت وضع کرده‌اند. از نظر آنها ایجاد این حالت در شخص موجب تأثیرگذاری بر باورها و نگرش‌های او از طریق کاهش واکنش‌های شناختی منفی به پیام و افزایش واکنش‌های احساس می‌شود. به عبارت دیگر، شخص در این حالت با کاهش نیروی منطقی پردازش و در عین حال، افزایش واکنش‌های احساسی و عاطفی به پیام، محتوای آن را به تجارب احساس خود پیوند می‌زند و مطالب آن را به خود مرتبط‌تر می‌پندارد. در اینجا قصد داریم دو مسیر

1. Epstein
2. Cognitive-experimental self-theory
3. Green & Brock
4. Transportation

تأثیر پیام، یعنی انتقال و اقناع را بررسی کنیم.

۱. مسیر منطقی تأثیر پیام

طبق نظریهٔ اپستین (Epstein, 1994)، سیستم منطقی ما دریافت‌های خود را از واقعیت در قالب‌های ذهنی شناختی مانند: نمادها، کلمه‌ها و شماره‌ها رمزگشایی می‌کند. در مطالعه‌های مربوط به اقناع، بیشترین توجه به واکنش‌های شناختی به پیام‌های اقناعی مبذول شده است. نظریه‌های پردازشی دوجانبه که به توضیح و پیش‌بینی واکنش‌های نگرشی افراد به چنین پیام‌هایی می‌پردازند، بر این پایه استوارند که مقدار و ماهیت واکنش شناختی فرد به یک پیام ممکن است از اطلاعات موجود در خود پیام هم مهم‌تر باشد.

مطالعه‌های صورت گرفته در گذشته نشان می‌دهد افرادی که در مقابل پیام‌های حاوی روایت قرار گرفته‌اند، در مقایسه با افرادی که در مقابل سایر پیام‌ها قرار گرفته‌اند، مخالفت کمتری با محتوای پیام ابراز کرده‌اند. تجربهٔ حالت انتقال (جذب) همواره با کاهش واکنش‌های شناختی منفی همراه بوده است (Green, Brock, 2000).

در مطالعه‌های گذشته و سستی مربوط به اقناع مقدار و برای واکنش‌های شناختی به یک پیام اقناعی، تغییر نگرش‌ها تعیین‌کننده بود، بنابراین مسیر منطقی اقناع، از طریق تأثیرگذاری بر فرایند تصمیم‌گیری یا تأثیرگذاری بر نگرش‌های موجود، دربارهٔ رفتار پیشنهادی عمل می‌کنند.

۲. مسیر تجربی تأثیر پیام

طبق نظریهٔ اپستین، سیستم تجربی، واقعیت اطراف را بر مبنای تصاویر، تشبیه‌ها و روایت‌های واقعی رمزگشایی می‌کند و رابطه‌ای قوی با تجارب احساسی دارد. قرار گرفتن در حالت «انتقال» می‌تواند مخاطب را تشویق کند تا شرایط و تجربهٔ نشان داده شده در پیام سلامت رسانه‌های جمعی را به صورت ذهنی برای خود شبیه‌سازی کرده و به جای یک حالت منطقی، تحلیلی در وضعیت تجربی آن را پردازش کند. این وضعیت تجربی شامل دو فرایند جدا، ولی مرتبط به هم است که عبارت‌اند از: «واکنش عاطفی» (احساسی) و «ارجاع به خویش». واکنش عاطفی: حالت انتقال با افزایش واکنش‌های احساسی همراه است. تأثیر واکنش‌های

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۶۹

عاطفی به پیام‌های اقناعی را مفصل در بحث مربوط به کاربرد جذبه‌ها و مخصوصاً جذبۀ ترس در پیام‌های سلامت مطرح کردیم. به هر حال، ایجاد واکنش‌های عاطفی و احساسی در مخاطب با میزان اثربخشی مورد انتظار پیام ارتباط مستقیم دارد.

ارجاع به خویشتن: پژوهشگران دریافته‌اند که ربط دادن یک پیام به معلومات و تجربه‌های مخاطب، شرایط مطلوبی را برای تأثیرگذاری بیشتر پیام فراهم می‌آورد. طبق بررسی‌ها و یافته‌های آنها حالت ارجاع به خویشتن زمانی اتفاق می‌افتد که اطلاعات با توجه و در ارتباط با تجربه‌های پیشین شخص پردازش شود. مخاطب در این حالت، اطلاعات دریافتی از پیام را با اطلاعات از قبل ذخیره شده خود در حافظه‌اش ربط می‌دهد و در نتیجه این فرایند، مخاطب به اطلاعات جدید وارد شده، معانی شخصی می‌دهد و به عبارت دیگر، در این حالت مخاطب اطلاعات جدید را با دانسته‌ها و تجربه‌های خویش معنا می‌کند و برای درک و فهم اطلاعات پیام، به خود، تجربه‌ها و معلوماتش مراجعه می‌کند.

مطالعه‌های بسیاری که درباره ارجاع به خویشتن صورت گرفته نشان می‌دهد که این روش تأثیرات مثبت بسیاری دارد؛ از جمله: تقویت یادگیری و بازیابی اطلاعات، افزایش نگرش مثبت به یک محصول، ارزیابی مفیدتر یک پیام و اینکه منجر به ایجاد سطح بالاتری از همدلی و احساس بین پیام و مخاطب می‌شود.

همچنین، قرار گرفتن فرد در حالت انتقال، موجب افزایش ارجاع به خویشتن می‌شود که در نتیجه به تولید واکنش‌های احساسی منجر می‌شود و این واکنش‌ها تأثیرهای مهمی بر نتایج و پیامدهای محتمل دارند (Green, Brock, 2000).

(و) سطوح و انواع تأثیر رسانه‌ها

معمولاً وقتی سخن از تأثیر به میان می‌آید، مقصود همان چیزی است که به صورت پیامد مستقیم یا غیرمستقیم ارتباطات جمعی و رسانه‌ها؛ خواسته و ناخواسته، اتفاق می‌افتد. رسانه‌ها تأثیرهای گوناگونی دارند که از میان آنها می‌توان به: تأثیرهای شناختی، تأثیرهای عاطفی و تأثیرهای رفتاری اشاره کرد. تأثیرهای شناختی با دانش و عقیده سروکار دارند و

❖ ۱۷۰ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

تأثیرهای عاطفی به نگرش‌ها و احساسات بازمی‌گردند. همچنین، رسانه‌ها در سطوح گوناگونی می‌توانند تأثیرگذار باشند. رسانه‌ها ممکن است:

۱. عمداً باعث تغییر شوند (تغییر و تبدیل).
۲. تغییرهای ناخواسته به وجود آورند.
۳. موجب تغییر صوری شوند.
۴. تغییر را آسان کنند (به عمد یا ناخواسته).
۵. موجودات را تقویت کنند (تغییر نکردن).
۶. مانع تغییر شوند.

برای توضیح طبقه‌بندی بالا می‌توان گفت که منظور از آسان‌تر کردن تغییرات، نقش میانجیگری رسانه‌ها در فرایندهای وسیع‌تر تغییرهای اجتماعی است.

دو طبقه آخر در واقع به تأثیر نداشتن رسانه‌ها برمی‌گردد، اما بر دو مفهوم متفاوت از عملکرد رسانه‌ها مبتنی هستند. تقویت، پیامد قابل مشاهده‌ی توجه‌گزینی دریافت‌کننده به محتوایی است که با دیدگاه‌های موجود وی سازگاری دارد. آخرین احتمال مانع تغییر شدن است که به معنای عرضه‌ی عمدی محتوای یک‌طرفه و ساخته و پرداخته‌ی ایدئولوژی، به منظور جلوگیری از بروز هر نوع دگرگونی در میان مخاطبان مطیع است. در واقع بی‌تأثیری عنوان بی‌مسامی بیش نیست، زیرا در هر صورت رسانه باورهای موجود فرد را یا تأیید کرده و یا تقویت نمی‌کند (مک‌کوایل، ۱۳۸۵: ۳۶۰).

چارچوب نظری

در این قسمت، از میان نظریه‌ها و مدل‌های موجود در حوزه‌ی پیام‌های سلامت، چارچوب نظری تحقیق را عرضه می‌کنیم که شامل «مدل احتمال تفصیل»^۱، «مدل مود^۲ - فازیو^۳» و «مدل فرانظری» است.

-
1. Elaboration Likelihood Model
 2. MODE Model
 3. Fazio

مدل احتمال تفصیل

تأثیر پیام‌ها از طریق افزایش انگیزه مخاطب برای پردازش اطلاعات صورت می‌گیرد. دو نفر از پژوهشگران به نام‌های «کاجیوپو و پتی»^۱ مدلی را معرفی کرده‌اند که حاوی نحوه تأثیر پیام‌های شخصی شده به صورت فوق است. این مدل، احتمال تفصیل نام دارد (ELM: Petty & Cacioppo, 1981).

مدل احتمال تفصیل می‌گوید تحت شرایط خاص مانند شرایطی که انگیزه و توانایی افراد برانگیخته و افزایش یافته است، افراد، پردازشگران فعال اطلاعات هستند؛ یعنی به دقت به پیام توجه می‌کنند، آن را به اطلاعات پیشین خود مربوط می‌سازند و با تجربه‌های گذشته خود تطبیق می‌دهند. یکی از مواقعی که در آن افراد برای پردازش فعال اطلاعات ترغیب می‌شوند، زمانی است که آنها اطلاعات عرضه شده را مرتبط با شخص خود ببینند. به عبارت دیگر، اینجاست که پیام‌های سلامت جواب می‌دهد؛ در این حالت فرد وقتی پیام را متناسب با نیازها و علائق و احیاناً پاسخگویی مشکلات خود بباید، به آسانی با آن درگیر شده و به پردازش فعال اطلاعات آن می‌پردازد.

مدل مود - فازيو

مدل دیگری که درباره پیام‌های شخصی کاربرد دارد و تا حدی نحوه کار کردن آن را تبیین می‌کند «مدل مود^۲ - فازيو» است (Fazio & Towles - Schwen, 1999).

MODE مخفف عبارت: Motivation and Opportunity as Determinants (انگیزش و فرصت‌ها به مثابه عوامل تعیین‌کننده) است. مدل مود فرایندی همگرا و دوجانبه درباره رابطه بین نگرش‌ها و رفتار است. این مدل درباره فرایندی صحبت می‌کند که از طریق آن نگرش‌ها بر رفتار تأثیر می‌گذارند. به طور خلاصه این مدل می‌گوید هنگامی که مردم انگیزه کافی برای انجام رفتاری را دریافت کنند و در عین حال، فرصت انجام آن را نیز داشته

1. Petty & Cacioppo
2. MODE Model

۱۷۲ ❖ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

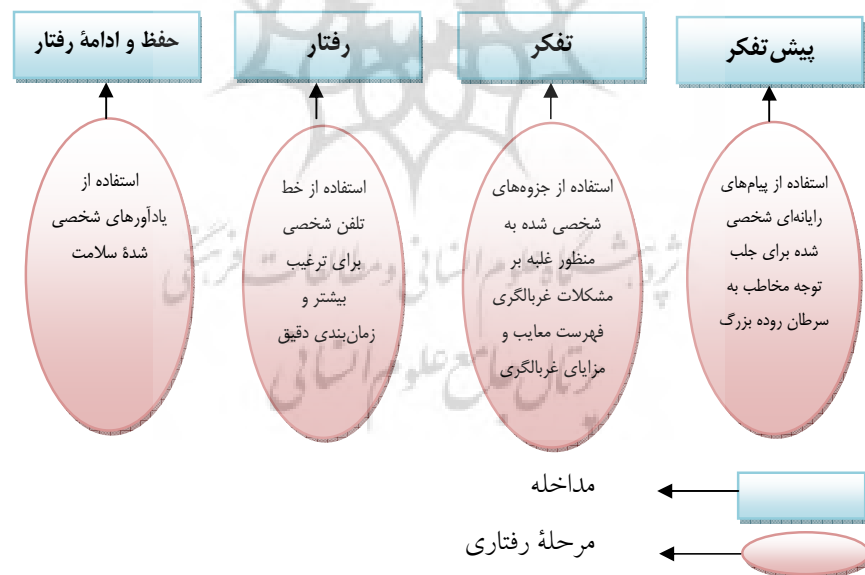
باشند، درگیر فرایند دقیق و جزئی‌تر تصمیم‌گیری درباره رفتار خود خواهند شد، ولی هر گاه انگیزه و فرصت لازم وجود نداشته باشد، واکنش و تصمیم مردم متأثر از نگرش‌های موجود دنیای اطراف آنها خواهد شد.

بنابراین، هر گاه پیام‌های شخصی، انگیزه و فرصت کافی برای پردازش اطلاعات را در اختیار مخاطب قرار دهند، احتمال تغییر نگرش‌ها در مخاطب بیشتر است که در نهایت، به تغییر رفتار منجر می‌شود.

مدل فرانظری

همچنین با استفاده از پیام‌های شخصی شده در «مدل فرانظری» با مراحل تغییر می‌توان کارایی هر مرحله از تغییر را تا حد زیادی افزایش داد. به نمودار ۲ در این باره توجه کنید.

مراحل مدل فرانظری



نمودار ۲. استفاده از پیام‌های شخصی شده در مدل فرانظری تغییر رفتار

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۷۳

این مدل می‌گوید اشخاص نخست باید درباره مشکل، آگاهی پیدا کنند، سپس درگیر فکر کردن درباره آن شوند، درباره انجام عمل یا رفتار پیشنهادی تصمیم بگیرند و عمل یا رفتار را انجام دهند و در نهایت، به حفظ تغییر به وجود آمده بپردازند. اهداف ارتباطی برای هر فرد در هر مرحله متفاوت خواهد بود. بنابراین، متناسب با هر شخص و میزان آگاهی و آمادگی وی در هر مرحله باید پیامی متناسب و شخصی شده با او طراحی و عرضه کرد. مراحل آن را نیز به اختصار می‌توان به این ترتیب نشان داد:

آگاهی ← تفکر (درگیری ذهنی) ← تصمیم‌گیری - انجام رفتار ← حفظ و ادامه رفتار.
(Weinstain, Sandman, 2002)

سؤال‌ها و فرضیه‌های تحقیق

این پژوهش در پی آن است که نگرش مخاطبان را درباره میزان تأثیرگذاری پیام‌های سلامت در رسانه تلویزیون بسنجد و بررسی نماید. بنابراین، با توجه به چارچوب نظری و ادبیات تحقیق، فرضیه‌ها و سؤال‌هایی که در این پژوهش بررسی می‌شوند به قرار زیر است.

فرضیه‌ها

۱. به نظر می‌رسد که میان سن پاسخگویان و توصیه تماشا پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به دیگران رابطه وجود دارد.
۲. به نظر می‌رسد که میان وضعیت تحصیلی پاسخگویان و اعتماد به پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون رابطه وجود دارد.
۳. به نظر می‌رسد که پیام رسانه‌های جمعی در حوزه سلامت برای تغییر رفتار مخاطب کافی نبوده و ارتباطات میان‌فردی در ترغیب برای تغییر رفتار فرد نقش مؤثر و مهمی دارد.

سؤال‌ها

۱. آیا تلویزیون توانسته به مثابه مرجع معتبر برای حل مشکلات بهداشت و سلامت شهروندان عمل کند؟
۲. پیام‌های سلامتی در کدام قالب توجه مخاطب را بیشتر به خود جلب می‌کند؟
۳. گروه‌های مرجع مخاطبان در پذیرش پیام‌های سلامت بیشتر چه گروه‌هایی هستند؟
۴. مخاطبان برای تکمیل اطلاعات بهداشتی خود علاوه بر تلویزیون، از چه رسانه یا گروه‌هایی استفاده می‌کنند؟

روش تحقیق

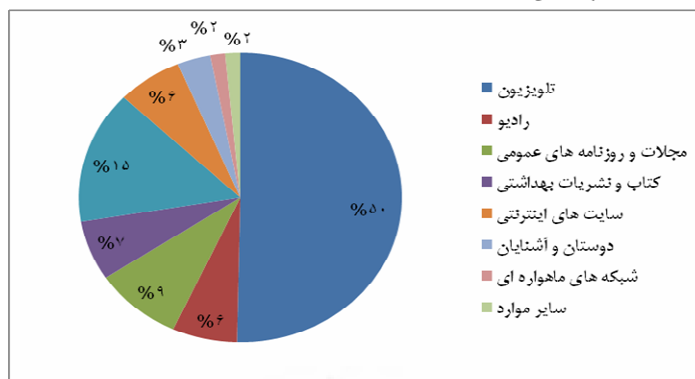
به منظور سنجش نگرش شهروندان بالای ۱۵ سال تهرانی درباره پیام‌ها و برنامه‌های سلامت محور تلویزیون، روش پیمایش و ابزار پرسشنامه با طیف لیکرت برگزیده شده و پس از اجرای طرح و به دست آوردن حجم نمونه از طریق فرمول کوکران و توزیع پرسشنامه میان ۶۰۰ نفر از شهروندان، نتایج به دست آمده از طریق نرم‌افزار SPSS محاسبه شد و با توجه به آمارهای توصیفی و استنباطی محاسبه شده و با کمک جدول‌های یک‌بعدی توزیع فراوانی و توصیف داده‌ها، آزمون d سامرز برای سنجش معناداری رابطه متغیرها و محاسبه ضرایب همبستگی کندال تاو b و تاو c برای تعیین شدت و جهت رابطه، پرسش‌ها و فرضیه‌های این پژوهش پردازش شد. شیوه نمونه‌گیری در تحقیق حاضر نیز «نمونه‌گیری تلفیقی - ترکیبی» بوده است.

یافته‌های تحقیق

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

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۷۵

الف) یافته‌های توصیفی



نمودار ۳. 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 ۱. میزان مرجع بودن پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامت تلویزیون

آیا تاکنون تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامت تلویزیون را به دوستان، خانواده و 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	۳۰/۵	۳۰/۵
	متوسط	۱۹۱	۳۱/۸	۶۲/۳	۶۲/۳
	زیاد	۱۵۸	۲۶/۳	۸۸/۷	۸۸/۷
	بسیار زیاد	۶۸	۱۱/۳	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰
	جمع کل	۶۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

❖ ۱۷۶ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

درباره توصیه به دیگران برای تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامتی تلویزیون، از میان ۶۰۰ پاسخگو، بیشترین مقدار فراوانی با ۳۱/۸ درصد، یعنی ۱۹۱ نفر مربوط به گزینه متوسط و کمترین مقدار فراوانی با ۱۱/۳ درصد، یعنی ۶۸ نفر مربوط به گزینه بسیار زیاد است.

جدول ۲. میزان جلب توجه برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری درباره مسائل بهداشتی

برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری درباره مسائل بهداشتی				
	فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
خیلی کم و اصلاً	۴۱	۶/۸	۶/۸	۶/۸
کم	۹۹	۱۶/۵	۱۶/۵	۲۳/۳
متوسط	۲۳۷	۳۹/۵	۳۹/۵	۶۲/۸
زیاد	۱۷۲	۲۸/۷	۲۸/۷	۹۱/۵
بسیار زیاد	۵۱	۸/۵	۸/۵	۱۰۰/۰
جمع کل	۶۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

از میان ۶۰۰ پاسخگو، بیشترین مقدار فراوانی با ۳۹/۵ درصد، یعنی ۲۳۷ نفر مربوط به گزینه متوسط و کمترین مقدار فراوانی با ۶/۸ درصد، یعنی ۴۱ نفر مربوط به گزینه خیلی کم و اصلاً در میزان جلب توجه برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری درباره مسائل بهداشتی است.

جدول ۳. گروه‌های مرجع مخاطبان در پذیرش پیام‌های سلامت

متخصصان، کارشناسان و صاحب‌نظران مانند پزشکان و اساتید باتجربه				
	فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی
خیلی کم و اصلاً	۲۲	۳/۷	۳/۷	۳/۷

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۷۷

ادامه جدول ۳. گروه‌های مرجع مخاطبان در پذیرش پیام‌های سلامت

متخصصان، کارشناسان و صاحب‌نظران مانند پزشکان و اساتید باتجربه					
گزینه‌ها	فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی	
کم	۴۱	۶/۸	۶/۸	۱۰/۵	
متوسط	۱۲۶	۲۱/۰	۲۱/۰	۳۱/۵	
زیاد	۲۳۳	۳۸/۸	۳۸/۸	۷۰/۳	
بسیار زیاد	۱۷۸	۲۹/۷	۲۹/۷	۱۰۰/۰	
جمع کل	۶۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰		

درباره استفاده از متخصصان، کارشناسان و صاحب‌نظران، از میان ۶۰۰ پاسخگو، بیشترین مقدار فراوانی با ۳۸/۸ درصد، یعنی ۲۳۳ نفر مربوط به گزینه زیاد و کمترین مقدار فراوانی با ۳/۷ درصد، یعنی ۲۲ نفر مربوط به گزینه خیلی کم و اصلاً است.

جدول ۴. مرجع دیگر مخاطبان برای تکمیل اطلاعات بهداشتی

علاوه بر اطلاعات تلویزیون، به دنبال اطلاعات اضافی از مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستانم هستم.					
گزینه‌ها	فراوانی	درصد	درصد مطلق	درصد تجمعی	
خیلی کم و اصلاً	۴۱	۶/۸	۶/۸	۶/۸	
کم	۷۳	۱۲/۲	۱۲/۲	۱۹/۰	
متوسط	۱۶۰	۲۶/۷	۲۶/۷	۴۵/۷	
زیاد	۲۲۱	۳۶/۸	۳۶/۸	۸۲/۵	
بسیار زیاد	۱۰۵	۱۷/۵	۱۷/۵	۱۰۰/۰	
جمع کل	۶۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰		

❖ ۱۷۸ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

درباره کسب اطلاعات اضافی از منابع دیگر مانند مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستان از میان ۶۰۰ پاسخگو، بیشترین مقدار فراوانی با ۳۶/۸ درصد، یعنی ۲۲۱ نفر مربوط به گزینه زیاد و کمترین مقدار فراوانی با ۶/۸ درصد، یعنی ۴۱ نفر مربوط به گزینه خیلی کم و اصلاً است.

ب) یافته‌های تحلیلی

جدول ۵. بررسی رابطه سن پاسخگویان و توصیه تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به دیگران

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Somers' d	Symmetric	۰/۱۰۹	۰/۰۳۵	۳/۱۵۵	۰/۰۰۲
	سن پاسخگویان	۰/۱۰۹	۰/۰۳۵	۳/۱۵۵	۰/۰۰۲
	توصیه به دیگران	۰/۱۰۸	۰/۰۳۴	۳/۱۵۵	۰/۰۰۲

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
	Kendall's tau-b	۰/۱۰۹	۰/۰۳۵	۳/۱۵۵	۰/۰۰۲
	Kendall's tau-c	۰/۱۰۵	۰/۰۳۳	۳/۱۵۵	۰/۰۰۲
N of Valid Cases		۶۰۰			

طبق سطح معناداری به دست آمده از آزمون d سامرز به مقدار ۰/۰۰۲ رابطه میان سن پاسخگویان و توصیه تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی و سلامت تلویزیون به دیگران به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو b محاسبه شده به میزان (۰/۱۰۹) نشان می‌دهد که شدت رابطه بین دو متغیر کم و جهت آن مثبت است.

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۷۹

جدول ۶. بررسی رابطه وضعیت تحصیلی پاسخگویان و میزان اعتماد به پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Somers' d	Symmetric	-۰/۱۲۰	۰/۰۳۵	-3/439	۰/۰۰۱
	وضعیت تحصیلی	-۰/۱۱۴	۰/۰۳۳	-3/439	۰/۰۰۱
	میزان اعتماد	-۰/۱۲۷	۰/۰۳۶	-3/439	۰/۰۰۱

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	-۰/۱۲۰	۰/۰۳۵	-3/439	۰/۰۰۱
Kendall's tau-c	-۰/۱۰۲	۰/۰۳۰	-3/439	۰/۰۰۱
N of Valid Cases	۶۰۰			

طبق سطح معناداری به دست آمده از آزمون d سامرز به مقدار ۰/۰۰۱ رابطه میان وضعیت تحصیلی پاسخگویان و میزان اعتماد به پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو b محاسبه شده به میزان (۰/۱۰۲) نشان می‌دهد که شدت رابطه بین دو متغیر کم و جهت آن منفی است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

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

فرضیه اول: به نظر می‌رسد که میان سن پاسخگویان و توصیه تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به دیگران رابطه وجود دارد.

طبق سطح معناداری به دست آمده از آزمون d سامرز رابطه میان سن پاسخگویان و

❖ ۱۸۰ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

توصیه تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشت و سلامت تلویزیون به دیگران به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو b محاسبه شده نشان می‌دهد که شدت رابطه بین دو متغیر کم و جهت آن مثبت است، یعنی با افزایش میزان سن پاسخگویان، میزان توصیه آنها برای تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشت سلامت تلویزیون به دیگران افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، بزرگ‌سالان بیش از بقیه افراد کوچک‌تر از خود، پیام‌های سلامت تلویزیون را به مثابه مرجع قبول دارند و به همین دلیل آن را به دیگران توصیه می‌کنند. این آزمون می‌رساند که با افزایش سن، میزان مرجع بودن پیام‌های سلامت تلویزیون نزد افراد بیشتر می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت بزرگ‌سالان بیش از بقیه افراد کوچک‌تر از خود، پیام‌های سلامت تلویزیون را به عنوان مرجع قبول دارند و آن را به دیگران توصیه می‌کنند. این نتیجه نشان می‌دهد که با افزایش سن، میزان مرجع بودن پیام‌های سلامت تلویزیون نزد افراد بیشتر می‌شود.

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد که میان وضعیت تحصیلی پاسخگویان و اعتماد به پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون رابطه وجود دارد.

طبق سطح معناداری به دست آمده از آزمون d سامرز، رابطه میان وضعیت تحصیلی پاسخگویان و میزان اعتماد به پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون به لحاظ آماری معنادار است. ضریب کندال تائو b محاسبه شده نشان می‌دهد که شدت رابطه بین دو متغیر کم و جهت آن منفی است، یعنی با افزایش سطح تحصیلات پاسخگویان، میزان اعتماد آنها به پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی تلویزیون کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، افراد با تحصیلات بالاتر اعتماد کمتری به پیام‌های سلامت تلویزیون دارند. همچنین می‌توان گفت که رویکرد ساخت و طراحی پیام‌های سلامت تلویزیون طوری است که تنها برای افراد دارای سطح تحصیلی پایین اعتبار دارد، بنابراین افراد دارای سطح تحصیلی بالاتر اعتماد لازم و کافی به آن ندارند.

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۸۱

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد که پیام رسانه‌های جمعی در حوزه سلامت برای تغییر رفتار 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 ۴ مشاهده می‌شود که گزینه کسب اطلاعات اضافی از منابع دیگر مانند: مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستان در مقایسه با دیگر گزینه‌ها، بیشترین میزان فراوانی را از نظر مخاطبان کسب کرده، یعنی می‌توان نتیجه گرفت که مخاطبان اهمیت زیادی برای ارتباطات میان‌فردی خود قائل‌اند و آن را مکمل پیام‌های سلامت تلویزیون در نظر می‌گیرند. بنابراین، فرضیه فوق تأیید می‌شود؛ بدین معنا که پیام‌های سلامت برای تأثیرگذاری بیشتر نیاز به ارتباطات میان‌فردی دارد. در واقع ترکیب «ارتباط جمعی + ارتباط میان‌فردی» بیشترین میزان تأثیر را خواهد داشت.

سایر نتایج تحقیق عبارت‌اند از:

۱. با توجه به نمودار ۳ می‌توان گفت بیشترین نسبت از نظر نوع منبع اطلاعات بهداشتی مربوط به تلویزیون و کمترین نسبت مربوط به شبکه‌های ماهواره‌ای است. همچنین منبع اطلاعاتی بعدی پاسخگویان پس از تلویزیون، پزشکان و متخصصان بودند. پس از آن مجله‌ها و روزنامه‌های عمومی، رادیو و سایت‌های اینترنتی، دوستان و آشنایان و در آخر شبکه‌های ماهواره‌ای و سایر موارد، دیگر منابع اطلاعاتی پاسخگویان بودند. از مقایسه نتایج به دست آمده بالا می‌توان نتیجه گرفت: رسانه‌ای که توانسته در انتقال و انتشار پیام‌های سلامت موفق‌تر عمل کند، تلویزیون بوده است. به عبارت دیگر، پاسخگویان تلویزیون را به مثابه رسانه‌ای که بیشترین اطلاعات بهداشتی خود را از آن دریافت می‌کنند، انتخاب کرده‌اند که این موضوع بیانگر جایگاه مهم تلویزیون بوده و اهمیت پرداختن به مفهوم طراحی پیام در آن را می‌رساند.

۲. با توجه به نتایج توصیفی به دست آمده در جدول ۱ می‌توان گفت درباره میزان مرجع بودن پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامتی تلویزیون، بیشترین مقدار فراوانی مربوط

❖ ۱۸۲ مطالعات فرهنگ - ارتباطات

به گزینه متوسط و کمترین مقدار فراوانی مربوط به گزینه بسیار زیاد بود. همچنین بیشترین فراوانی بعدی مربوط به گزینه زیاد بود. از مقایسه نتیجه فراوانی‌های به دست آمده مشاهده می‌شود که میزان توصیه مخاطبان به تماشای پیام‌ها و برنامه‌های بهداشتی سلامتی تلویزیون به دیگران در حد متوسط رو به زیاد بوده است، یعنی می‌توان نتیجه گرفت که مخاطبان تا حد مقبولی پیام‌های سلامت تلویزیون را به مثابه مرجعی معتبر برای مسائل بهداشتی قبول دارند و به یکدیگر توصیه می‌کنند.

۳. از مقایسه نتایج فراوانی به دست آمده در جدول ۲ مشاهده می‌شود که برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری درباره مسائل بهداشتی، بیشترین میزان فراوانی را از نظر میزان جلب توجه مخاطبان کسب کرده‌اند. یعنی می‌توان نتیجه گرفت پیامی بیشترین توجه را بر رفتار مخاطبان دارد که در قالب برنامه‌های مستند و گزارش‌های تصویری تهیه شده باشد.

۴. با توجه به نتایج توصیفی حاصله در جدول ۳ گروه‌های مرجع مخاطبان در پذیرش پیام‌های سلامت یا به عبارت دیگر، منبعی که بیشترین تأثیر را از نظر مخاطبان دارد، متخصصان، کارشناسان، صاحب‌نظران و اساتید باتجربه گزارش شده است. این منبع در مقابل چهره‌های مشهور، مسئولان نهادهای دولتی و خصوصی و مجریان معروف تلویزیونی قرار گرفته بود. می‌توان به این نتیجه رسید که شهروندان بیشتر منبعی را قبول دارند که تخصص و تجربه بالایی را در این حوزه داشته باشد.

۵. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴ مشاهده می‌شود که گزینه کسب اطلاعات اضافی از منابع دیگر مانند: مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستان در مقایسه با گزینه‌های دیگر، بیشترین میزان فراوانی را از نظر مخاطبان کسب کرده، یعنی می‌توان نتیجه گرفت که دومین منبع مخاطبان برای تکمیل اطلاعات بهداشتی و سلامت، مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستان است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درباره رسانه‌های تکمیل‌کننده پیام‌های سلامت تلویزیون، مخاطبان بیشتر از سایر موارد، اطلاعات اضافی خود را از

بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون ❖ ۱۸۳

منابعی چون: مجله‌ها، روزنامه‌ها و دوستان کسب می‌کنند که این امر لزوم وجود ارتباطات میان فردی و شخصی را در کنار ارتباط جمعی و رسانه‌ای بیش از پیش مشخص می‌کند.



منابع و مأخذ

- بابایی، نعمت‌الله، (۱۳۸۶). «روش‌های مؤثر آگاه‌سازی در حوزه سلامت»، پژوهش و سنجش، سال چهاردهم، شماره ۴۹.
- چانداران، رامنا، (۱۳۷۴). *آموزش بهداشت*، ترجمه فروغ شفیعی، تهران: دانشگاه تهران.
- سورین، ورنر و جیمز تانکارد، (۱۳۸۴). *نظریه‌های ارتباطات*، ترجمه علیرضا دهقان، چاپ دوم، تهران: دانشگاه تهران.
- شکیبازاده، الهام، (۱۳۸۶). «تولید و تأثیر پیام در رسانه‌های جمعی با رویکردی بر مقوله سلامت»، پژوهش و سنجش، سال چهاردهم، شماره ۴۹.
- مک‌کوایل، دنیس، (۱۳۸۵). *درآمدی بر نظریه ارتباط جمعی*، ترجمه پرویز اجلالی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.

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* (p. 97–116). New York: Guilford.

۱۸۵ ❖ بررسی نگرش مخاطبان درباره تأثیر پیام‌های سلامت تلویزیون

Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (1980). "The "mainstreaming" of America": Violence profile no. 11. *Journal of Communication*, 30(3), 10–29.

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.

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.

Howe, P., & Shiell, A. (2000). "Social capital and health promotion: A review". **Social Science and Medicine**, 51, 871–885.

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

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

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

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.

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

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

Lynch, J., & Kaplan, G. (2000). "Socioeconomic position". In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), **Social epidemiology** (pp. 13–35). New York: Oxford University Press.

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.

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.

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.

Petty, R., & Cacioppo, J. (1981). **Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches**. Dubuque, IA: WC Brown.

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.

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.

Schiavo, R. (2007). **Health communication: from theory to practice**. 1st ed, John Wiley & Sons, USA.

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.

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.

Shanahan, J., & Morgan, M. (1999). **Television and its viewers: Cultivation theory and research**. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

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.

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.

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.

Viswanath, K. (2005). "The communications revolution and cancer control". *Nature Reviews. Cancer*, 5, 828-835.

Viswanath, K. (2008) "Health Communication". **The International Encyclopedia of Communication**, Blackwell Pub Ltd.

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.

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.

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.

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.

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.

Viswanath, K., Finnegan, 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.

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*.

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.

