

## دور وسائل الإعلام المصرية في تشكيل اتجاهات الجمهور نحو التطعيم ضد فيروس كورونا

«برامج التوك شو نموذجًا»

د. هبه عاطف لبيب

مدرس الإعلام بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية  
والجنائية

### مقدمة:

كانت الطعوم واللقاحات على مر الأزمنة هي طوق النجاة لكثير من الأمراض والأوبئة، وتأمل البشرية في ظل الظروف الحالية التي يمر بها العالم أن تستمر الطعوم في تحقيق مزيد من النجاحات؛ حتى تعود الحياة الاجتماعية والاقتصادية لما كانت عليه قبل جائحة كورونا.

فحسب منظمة الصحة العالمية، إننا في حاجة لوقف هذه الجائحة من خلال تطعيم ما لا يقل عن 40% من الأفراد في كل بلد بحلول نهاية عام 2021، وما لا يقل عن 70% بحلول النصف الأول من عام 2022. فلقد تطورت لقاحات كوفيد-19 - المأمونة والفعالة في وقت قياسي، ولكن الفيروس يتحرك بسرعة أكبر من سرعة التوزيع العالمي للقاحات. وأعطيت الغالبية العظمى من هذه اللقاحات في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل من الشريحة العليا، وعلى الأخص في 10 بلدان فقط<sup>(1)</sup>.

وفي دراسة تنبؤية أجريت في الهند لإظهار أهمية ارتفاع نسبة متلقي طعوم فيروس كورونا، وجدوا أن استخدام الطعوم للفئات الأولى بالرعاية في الهند سيقبل من حالات الوفاة جراء الإصابة بالفيروس بنسبة 30%، ويخفف من العبء الواقع على كاهل الأطقم والمؤسسات الطبية مقارنة بسيناريو عدم التطعيم، ويقلل من نسبة الإصابات في مرحلة الذروة بنسبة 21%<sup>(2)</sup>، كما أن معدل التطعيم السريع يقلل من احتمال ظهور سلالة مقاومة<sup>(3)</sup>. ولذلك أصبحت الدول النامية في سباق مع الزمن لضمان تطعيم أكبر قدر ممكن من المواطنين بما يتوفر لها من طعوم، فلا توجد رفاهية التردد في الحصول على الطعم حيث تأتي الدول النامية في نهاية الركب، ويتعاضد دور وسائل الإعلام في ظل هذه الملامبات العالمية للتوعية بمخاطر الإصابة بالفيروس، وتبسيط الضوء على الفوائد المتصورة من الطعم، وتشكيل اتجاه عام إيجابي نحو التطعيم ضد فيروس كورونا، وتصميم برامج تعليمية للتوعية بأنواع طعوم كورونا وفعاليتها، إضافة إلى سعي حكومات الدول لتحقيق العدالة في توزيع الطعوم.

تكمن قوة وسائل الإعلام في قدرتها على نشر رسائل محددة حول السلوك الصحي الإيجابي المرجو تحقيقه والوصول إلى قطاع عريض من الجمهور بشكل متكرر، وفي أوقات مختلفة، وبتكلفة منخفضة للمتلقي. ولكن قد تؤدي الرسائل الإعلامية إلى نتائج عكسية عندما لا تلبي توقعات الجمهور، أو في حالة عدم كفاية التمويل، أو عندما يتم تقديمها في ظل بيئة إعلامية مزدحمة لا تحقق التعرض الكافي للرسائل الإعلامية المخطط لها. وتزداد احتمالية النجاح عندما يكون السلوك الصحي المستهدف تغييره لمرة واحدة أو عرضياً مثل الفحص الطبي أو تلقي الطعوم، ويعد التوافر المتزامن للخدمات والمنتجات الرئيسية وسهولة الوصول إليها أمراً بالغ الأهمية لإقناع الأفراد الذين تحفزهم الرسائل الإعلامية بالتصرف بناءً عليها<sup>(4)</sup>.

كما يجب مراعاة أن الاتصال الصحي بمفهومه الواسع لا يقتصر على توعية أفراد المجتمع، وإتاحة المعلومات الصحية، والتأثير في قرارات الأفراد المتعلقة بسلوكيات إيجابية تعمل على تحسين الوضع الصحي في المجتمع، فالنطاق الأوسع للاتصال الصحي يرتبط ارتباطاً جوهرياً بتأثيرها المحتمل على السكان الضعفاء الأكثر عرضة للإصابة بالمشاكل الصحية، والمحرومين الذين لا يتمتعون بإمكانية الوصول إلى الخدمات والمعلومات الصحية<sup>(5)</sup>.

وتشير منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية إلى أنه على الرغم من النجاح في تطوير طعوم COVID-19، فإن تطعيم معظم سكان العالم يمثل تحدياً هائلاً، وهو التحدي الذي يستلزم أولاً؛ اكتساب مزيد من ثقة الجمهور في طعوم COVID-19 وإقناعهم بأن الطعم أمراً ضرورياً ذا فعالية وكفاءة وسلامة، وأن حكوماتهم لديها القدرة على تقديم برامج

صحية ناجحة؛ حيث تتمتع قراراتها بالثقة سواء من حيث شراء الطعوم أو توزيعها أو تحديد أولوياتها، وثانيًا؛ النشر الاستباقي للمعلومات في الوقت المناسب حول استراتيجيات التطعيم، والإنجازات في أشكال مفصلة، وسهولة الاستخدام، ومفتوحة المصدر حيث إن تعزيز الاتصالات العامة الشفافة والمتماسكة يحد إلى حد كبير من «الوباء المعلوماتي»<sup>(6)</sup>. وانطلاقًا من رؤية مصر 2030 في محور الصحة، تسعى الدولة جاهدة إلى أن يتمتع كل المصريين بالحق في الصحة وحيياة صحية سليمة آمنة من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة، الجودة، عدم التمييز، وقادر على تحسين المؤشرات الصحية الشاملة لكافة المواطنين.<sup>(7)</sup> ولقد بدأت أول جرعة تطعيم فيروس كورونا في 4 مارس 2021، وتزامن معها مناقشات برامج التوك شو حول الطعم، وكيفية الحصول عليه، وتقديم المعلومات الطبية من خلال استضافة المتخصصين، وتم تنفيذ حملات إعلانية منذ بداية الجائحة تصاعدت تدريجياً عبر الوسائل المختلفة للتوعية بأساليب الوقاية اللازمة لمواجهة فيروس كورونا، ثم بضرورة الحصول على الطعم. وانتشر هاشتاغ #احمي\_نفسك\_احمي\_وطنك على شاشات القنوات المصرية المختلفة، وكان هذا هو الشعار الرسمي للحملة التي أطلقتها الحكومة المصرية، رابطة بين تفعيل أساليب الوقاية الذاتية، وضمان استقرار البلاد، ولكن هل نجحت هذه التغطية في خلق اتجاه إيجابي لدى المواطنين نحو الطعم، وتغيير السلوك المناهض له إن وجد، هذا هو التساؤل الذي ستنتقل منه الدراسة الحالية.

### مشكلة الدراسة:

توصي الدراسات بضرورة وضع استراتيجيات اتصال لمعالجة نقص المعلومات عن طعوم كورونا مع مراعاة تحديد الفئات المستهدفة، واستخدام مزيج من قنوات الاتصال «التقليدي، الإعلام الرقمي، الاتصال الشخصي» في محور الأمية المعلوماتية عن الطعوم، في إشارة إلى أهمية التكامل بين وسائل الإعلام لدعم التوعية بالطعوم على مستوى المجتمع. فالأشخاص ذوي المستوى المعرفي المرتفع عن الطعوم لديهم مستوى أعلى من الكفاءة الذاتية والقدرة على اتخاذ الإجراءات اللازمة للحصول على الطعم مثل حجز الطعم، الحضور في الموعد المحدد، واستكمال الجرعة الثانية.<sup>(8)</sup>

وتحاول المشكلة البحثية للدراسة الحالية التعرف على العلاقة بين التعرض لفقرات برامج التوك شو المتعلقة بطعوم كورونا وتشكيل اتجاهات عينة من الجمهور نحو الحصول على الطعم، من خلال مكونات نموذج المعتقدات الصحية HBM، وفي ضوء عدد من المتغيرات الديموجرافية «السن/النوع/ المستوى التعليمي»؛ في محاور للوقوف على مدى فعالية الرسائل الإعلامية المقدمة في برامج التوك شو.

### أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة الحالية من ضرورة بلورة الرسائل الإعلامية، وتوظيفها؛ للحصول على أقصى استفادة منها وصولاً إلى إقناع الجماهير بضرورة تلقي طعم كورونا المختلفة للخروج من تلك الجائحة التي تؤثر على شتى مناحي الحياة.

### أهداف الدراسة:

ومن هنا هدفت الدراسة إلى وضع تصور لمتطلبات التغطية الإعلامية في المرحلة المقبلة فيما يخص تعزيز الاتجاه الإيجابي نحو تلقي طعم كورونا.

### الدراسات السابقة:

يمكن تقسيم الدراسات السابقة في موضوع الدراسة إلى محورين؛ الأول يعني بالدراسات التي تناولت الأسباب والمتغيرات المؤثرة في اتجاهات الجمهور نحو تلقي طعم كورونا، والمحور الثاني خاص بالدراسات التي اهتمت بدراسة العلاقة بين التعرض لوسائل الإعلام المختلفة واتجاهات الجمهور نحو تلقي طعم كورونا.

### المحور الأول: المتغيرات المؤثرة في اتجاهات الجمهور نحو تلقي الطعم

حاول الباحثون في عدد من البلدان معرفة أسباب قبول أو رفض تلقي طعم كورونا؛ في محاولة للوقوف على استراتيجيات اتصالية ناجحة تصل لأكبر عدد من الجمهور وتكون قادرة على التأثير والإقناع.

أوضحت نتائج الدراسات أن أكثر العوامل تأثيراً على نية المواطنين في تلقي طعم كورونا كانت **الثقة في فعالية الطعم، وكونه طعم آمن**، وجاء بعد ذلك الثقة في المؤسسات الصحية والحكومات القائمة على الأمر، ويؤثر في متغير الثقة بشكل غير مباشر رغبة الأهل والأصدقاء أو الدائرة المقربة من الشخص في الحصول على الطعم وإن كان تأثيراً طفيفاً.<sup>(9)</sup>

وربطت أخرى بين الثقة في سلامة وفعالية طعم كورونا وانخفاض الثقة في الحكومة والمؤسسات الصحية؛ مما يتطلب آليات اتصالية مختلفة تعمل على توصيل المعلومات الخاصة بسلامة وفعالية الطعم من قبل أشخاص ليسوا في دائرة مؤسسات الدولة، ويتمتعون في الوقت ذاته بمصداقية لدى الجمهور المستهدف، مع التركيز على نقاط محددة مثل فهم طريقة عمل الطعم، تكلفته، الإجراءات اللازمة للحصول عليه<sup>(10)</sup>، فمن أفادوا بأنهم على معرفة بأضرار الطعم المحتملة انخفضت لديهم نية تلقي الطعم.<sup>(11)</sup>

وتعتبر أبرز أسباب عدم الثقة في الطعوم هي التفاعلات الخاصة بالطعوم، وما ينتج عنها من آثار جانبية مستقبلية، إضافة إلى كثرة الشائعات على مواقع التواصل الاجتماعي، والتقارير الإعلامية الناقدة بشكل مستمر للطعوم، أما العوامل التي قد تزيد من التأثير السلبي على أخذ الطعوم هو وجودها في فترة جائحة أو وباء، مع حملات تطعيم واسعة النطاق لطعم جديد أو في ظل وجود أوضاع غير مستقرة في المجتمع.<sup>(12)</sup>

كما يؤثر **المستوى المعرفي** لتأثيرات فيروس كورونا على جسم الإنسان، و**مدى الاعتقاد بخطورة الجائحة** على المجتمع وإدراك الشخص لضرورة العزل والالتزام بالإجراءات الاحترازية على تأييده لتلقي الطعم، وقد جاءت المستويات المعرفية الأعلى فيما يتعلق بغيروس كورونا بين المتزوجين، الأكبر سناً، قاطني المناطق الحضرية، العاملين في القطاع الطبي، والذكور.<sup>(13)</sup>

وفي دراسة Guidry, J., Laestadius et al. وعلى العكس من غالبية نتائج الدراسات السابقة كان إدراك **خطورة الموقف** غير مؤثر على النية في تلقي الطعم، وذلك على العكس من متغيرات إدراك **قابلية الإصابة**، و**القدرة على اتخاذ القرار «الكفاءة الذاتية»** التي ارتبطت إيجابياً مع النية في الحصول على الطعم.<sup>(14)</sup>

وتوصلت دراسة Jin, Q., et al. إلى أن الاعتقاد في **الكفاءة الذاتية**، و**وجود فوائد متصورة** من الحصول على الطعم ارتبط إيجابياً بتلقي الطعم<sup>(15)</sup>، في حين لم يجد Chu, H., & Liu, S. علاقة دالة إحصائية بين متغير الكفاءة الذاتية ونية تلقي الطعم، وأثر المتغير الخاص بتعرض الشخص للإصابة بالفيروس في وجود نية متزايدة للحصول على الطعم.<sup>(16)</sup>

وتعد **الفوائد المتصورة من الطعم** و**قلة الحواجز المتصورة** حول الطعم هم الأكثر تأثيراً في قبول الحصول على الطعم<sup>(17)</sup>، وفي دراسة Coe, A. B. et al.<sup>(18)</sup> لم تكن **الحواجز المتصورة والاعتقاد في إمكانية الإصابة** مؤثرة في نية المستجيبين للحصول على الطعم. وكان من بين العوامل المحفزة لتلقي الطعم **نصيحة الأطباء المعالجين** بأخذ الطعم<sup>(19)</sup>، كما ارتبط الموقف الإيجابي لتلقي الطعم **بآراء العائلة والأصدقاء** و**قرار غالبيتهم بالحصول عليه**، وفي بعض الأحيان كان قرار تلقي الطعم **تشجيعاً للمسنين** في العائلة للحصول عليه أي من باب المسؤولية الاجتماعية والخوف على الأفراد المعرضين للإصابة في دائرتهم المقربة<sup>(20)</sup>، كما أعرب مستخدمو تويتر - في دراسة تحليلية لآراء المستخدمين في الطعم- الذين لديهم اتجاهات إيجابية نحو الطعم أن الطعم سيساعد على **استعادة الحياة الطبيعية اجتماعياً واقتصادياً** من الذكور كما كانت عليه قبل الوباء، وأن ذلك مثل حافزاً لهم.<sup>(21)</sup> وفي تايوان، وجدت النتائج أن الأشخاص الذين يميلون إلى الاعتقاد بأنه تم تصنيع

فيروس كورونا في مختبرات كانوا أكثر قلقًا بشأن الآثار الجانبية المحتملة من الطعام، وهو ما ارتبط سلبيًا بنيتهم في تلقي الطعام.<sup>(22)</sup>

أما فيما يخص المتغيرات الديموجرافية والاتجاه نحو تلقي الطعام، فتعتبر الفئات العمرية الأصغر سنًا هي الأقل تأثرًا بمتغير قابلية الإصابة بالمرض أو العدوى والأقل رغبة في الحصول على الطعام، في حين يعد الاستعداد لحماية الآخرين والاعتقاد بخطورة المرض حافز قوي لتلقي الطعام نتيجة إحساسهم بالمسؤولية الاجتماعية تجاه أفراد أسرهم المعرضين للخطر، ورغبتهم في حمايتهم<sup>(23)</sup>، وكانت عدم الثقة في القدرة على اتخاذ القرار السليم «الثقة السلوكية» هي المحرك الأساسي وراء التردد في تلقي الطعام في تلك الفئة العمرية<sup>(24)</sup>.

في حين كشفت نتائج دراسة Syed Alwi, S.A.R., Rafidah, E., Zurraini, A. et al. بماليزيا عن أن الفئة العمرية من " 30 إلى 59" كانت أكثر ترددًا من الفئة " 18 لـ 29" في الحصول على الطعام، وهو ما فسره الباحثون بكونه نتيجة الخوف من الآثار الجانبية للطعام، وعدم الثقة في فعاليته، وضعف الجانب المعلوماتي عن الطعام<sup>(25)</sup>، واتضح من نتائج دراسة Mercadante, A. R., & Law, A. V أن تردد الفئة العمرية من 18 لـ 49 في تلقي الطعام جاء نتيجة عدم إصابة أيًا من ذويهم بالفيروس من قبل.<sup>(26)</sup> وأوضحت نتائج دراسة Cordina, M. et al. أن الفئة العمرية من 30 لـ 49 هي الأقل استعدادًا للحصول على الطعام على العكس من الأشخاص فوق 60 سنة<sup>(27)</sup>، حيث بلغت نسبة موافقتهم على تلقي الطعام في النتائج 91% مقارنة بـ 76% بين الفئات العمرية الأصغر.<sup>(28)</sup>

أما المستوى التعليمي، فقد توصلت أغلب الدراسات إلى أن احتمالية تلقي الأفراد لطعم كورونا ترتفع بين الحاصلين على الشهادات الجامعية في مقابل المستويات التعليمية الأقل<sup>(29)</sup>، وأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي زادت النية في تلقي الطعام<sup>(30)</sup>، وهو ما قد يرجع إلى اعتماد ذوي المستويات التعليمية المرتفعة على أكبر قدر ممكن من المصادر المعلوماتية<sup>(31)</sup> مما يرفع من المستوى المعرفي لديه، والذي يؤثر إيجابيًا بدوره على نية الحصول على الطعام. ولم يكن المستوى التعليمي ذات دلالة في التأثير على احتمالية تلقي الطعام في نتائج بعض الدراسات السابقة.<sup>(32)</sup>

وتبين من نتائج الدراسات السابقة فيما يخص النوع، أن المرأة أقل رغبة في الحصول على الطعام<sup>(33)</sup>، والذكور أعلى من الإناث على الرغم من ارتفاع مستوى اعتقادهم في قابلية إصابتهم بالمرض أو العدوى، وهو ما قد يعود إلى انخفاض المستوى المعرفي لدى الإناث حول تأثيرات فيروس كورونا على جسم الإنسان.<sup>(34)</sup>

وعلى الرغم من ارتفاع المستوى التعليمي للإناث في دراسة Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. إلا أنهم كانوا أيضًا الأكثر ترددًا في أخذ الطعم مثل أغلب نتائج المسوح التي أجريت على هذا الموضوع، وكان العائق الأساسي أمام مفردات العينة ذكورًا وإناثًا المترددين في أخذ الطعم هو سلامة وأمان الطعم، ولذلك أوصت هذه الدراسة بضرورة تقديم الإعلام لرسائل طمأنينة للنساء حول فكرة سلامة الطعم.<sup>(35)</sup>

وسجل الذكور نية أعلى من الإناث لتلقي الطعم في الدول العربية، وهو ما ربطته الدراسة باعتماد النساء بصورة أكبر على الإنترنت في الحصول على المعلومات الصحية، على العكس للذين يفضلون استخدام الإنترنت لاستشارة الطبيب المعالج لهم.<sup>(36)</sup> أما في كوريا وبالتطبيق على ما يقرب من 1400 مفردة، وجد الباحثون أن النساء أكثر تقبلاً من الذكور لفكرة الحصول على الطعم<sup>(37)</sup>، وبالمثل كانت نتائج المسح الوطني لـ 1420 مفردة من البالغين الأستراليين (18 عامًا وما فوق)، حيث تبين من النتائج ارتفاع قبول الإناث للطعم، واتفاقهم بنسبة أكبر من الذكور مع جملة «تطعيم نفسي ضد COVID-19 سيكون وسيلة جيدة لحماية نفسي من العدوى».<sup>(38)</sup>

### المحور الثاني: العلاقة بين التعرض لوسائل الإعلام المختلفة واتجاهات الجمهور نحو تلقي طعم كورونا

يتضح من الدراسات السابقة التي اهتمت بالعلاقة بين التغطية الإعلامية لموضوعات طعم كورونا ومدى إقبال المواطنين على تلقيها، أن لوسائل الإعلام دور مؤثر في إقناع الجمهور بتلقي الطعم، حتى أن بعض التغطيات الإعلامية لأخبار الطعم قد أثرت سلبيًا على معدلات التحصين، فعندما نشرت وسائل الإعلام بالدنمارك لنتائج بعض الدراسات التي ربطت بين طعم الـ MMR وبين حالات التوحد في فترة معينة أدى ذلك إلى انخفاض الإقبال على تطعيم الأطفال به على الرغم من نشر وسائل الإعلام لذلك في قالب إخباري محايد<sup>(39)</sup>، كما انخفضت مستويات الثقة في طعم حمى الضنك بالفلبين من 93% إلى 32% عند نشر أخبار حول بعض المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها متلقي الطعم ممن لم يصابوا بحمى الضنك من قبل.<sup>(40)</sup>

وكشفت دراسة Lo, S. Y., Li, S. C. S., & Wu, T. Y. عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الحصول على طعم كورونا والتوصيات من جانب المتخصصين الصحيين، يليهم الأصدقاء والحكومة، ثم وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي.<sup>(41)</sup>

ويتبين من نتائج الدراسات السابقة أن من يرفضون تلقي طعم كورونا هم الأقل حصولًا على المعلومات العلمية من مصادر موثوق بها، وهم من ليس لديهم ثقة في المصادر

التقليدية للمعلومات كالمؤسسات الصحية للدولة، ووسائل الإعلام التقليدي «الإذاعة/ الصحافة/ التلفزيون»<sup>(42)</sup>، وتوصل Kim, J., & Jung, M. إلى وجود ارتباط إيجابي بين تقبل فكرة الطعوم من ناحية، والأشخاص الأكثر استماعًا للراديو وقراءة الصحف، والذين لديهم رغبة مستمرة في البحث عن المعلومات الصحية.<sup>(43)</sup>

وفي دراسة على عينة من 11242 مشاركًا بالولايات المتحدة الأمريكية، وجدت النتائج أن وسائل الإعلام التقليدية (التلفزيون، الراديو، والصحف) كانت هي أكبر مصادر معلومات عن فيروس كورونا لغالبية مفردات العينة بنسبة 91.2%، وجاءت المواقع الحكومية في مقدمة المصادر الموثوقة للمعلومات عن فيروس كورونا<sup>(44)</sup>، وترتفع احتمالية تلقي الطعم بين من يستخدمون وسائل الإعلام الحكومية كمصدر للمعلومات حول COVID-19، ومن لديهم ثقة في مصداقية المؤسسات الصحية، واعتقاد مرتفع بخطورة الفيروس.<sup>(45)</sup>

وفي المقابل تبين من نتائج دراسة Viswanath, K.et al أن الأشخاص الأكثر تعرضًا لوسائل الإعلام التقليدية، ومن لديهم مخاوف من الآثار الجانبية المستقبلية للطعم هم الأكثر ترددًا في قبول التطعيم.<sup>(46)</sup>

أما في الدول الآسيوية، وبالتطبيق على 12 دولة بواقع 2574 مفردة، كانت أهم مصادر الحصول على معلومات حول COVID-19 المواقع الإخبارية على الإنترنت، ووسائل التواصل الاجتماعي.<sup>(47)</sup>

وعلى الرغم من اعتقاد المستجيبين "من مستخدمي مواقع التواصل الاجتماعي" أنهم على دراية كبيرة بالفيروس، ولديهم معلومات كافية بالموضوعات المتعلقة به، وإطلاع جيد من خلال وسائل الإعلام عن الموضوع إلا أن المعاملات الإحصائية لم يظهر من خلالها تأثير إيجابي لتلك المعرفة أو التعرض لوسائل الإعلام على التنبؤ باستعداد الفرد لتلقي طعم كورونا. وهو ما أرجعه الباحثون إلى وجود كميات وفيرة من المعلومات المضللة أو المتحيزة على وسائل التواصل الاجتماعي تزيد من احتمالية تردد الأشخاص للحصول عليه.<sup>(48)</sup>

وتبين من نتائج الدراسات السابقة أن الرسائل الإعلامية التي احتوت على استمالات التخويف والترهيب بدلاً من التركيز على وتر السلامة العامة، كانت أكثر تأثيرًا على تقبل تلقي طعم كورونا، وبالتالي كان التركيز على الاعتقاد بخطورة الفيروس يرتبط إيجابيًا بتقبل الحصول على الطعم.<sup>(49)</sup>

وأوصت نتائج الدراسات السابقة بأن يهتم الإعلام بتعزيز الثقة في سلامة طعوم كورونا، والتأكيد على أهميتها للمجتمع والحديث بشفافية عن الآثار الجانبية المحتملة جراء الحصول على مختلف أنواع الطعوم، وأضافت ضرورة مواجهة التناول المفرط في قابلية الفرد للإصابة بالمرض، نظرًا لتضليل بعض المبحوثين الإصابة بالفيروس واكتساب مناعة طبيعية على تلقي الطعم.<sup>(50)</sup>

ودعي Fridman I et al. واضعي السياسات الإعلامية إلى استخدام مصادر متعددة لنشر المعلومات الصحية؛ للتأكد من أن مختلف السكان يتلقون معلومات صحية دقيقة في الوقت المناسب، حيث كانت ثقة الجمهور في المصادر التابعة للحكومة مرتبطة إيجابياً بمستوى المعرفة حول فيروس كورونا، وبالاقتناع بالالتزام بالتباعد الاجتماعي، في حين ارتبط مستوى المعرفة عن الفيروس والالتزام بالتباعد الاجتماعي سلباً بالثقة في وسائل الإعلام التقليدية الخاصة، ومنصات التواصل الاجتماعي والاعتماد عليهما كمصدر للمعلومات حول الفيروس.<sup>(51)</sup>

### الإطار النظري للدراسة:

#### نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model:

اعتمدت الدراسة الحالية على نموذج المعتقدات الصحية HBM، وتم استخدام مكونات النموذج للتعرف على اتجاهات الجمهور نحو الطعم، والعوامل المعززة والمثبطة له، حيث يساعد النموذج في الوقوف على النقاط التي تحتاج الحملات الصحية إلى التركيز عليها للوصول إلى الجمهور المستهدف على أكمل وجه، من خلال استراتيجية اتصالية متكاملة تراعي احتياجات الجمهور، وتجب عن تساؤلاته التي من شأنها أن تعزز من فرص اتباع السلوك الصحي المناسب. كما يمكن الاستفادة من معرفة أسباب رفض اتباع السلوك الصحي الإيجابي فيما ستستهدفه الحملات الصحية من محتوى في المراحل المستقبلية، واختيار الأوتار أو الاستمالات التي من شأنها أن تغير من معتقدات الجمهور. لقد نتج عن نموذج المعتقدات الصحية الآلاف من دراسات التثقيف الصحي، وأبحاث السلوك الصحي، حيث يحتوي النموذج على العديد من المفاهيم الأساسية التي تتنبأ بمدى تبني الأفراد للإجراءات الوقائية، وتشمل هذه المفاهيم إدراك قابلية الإصابة، إدراك الخطورة، والفوائد والحوجز التي تعترض السلوك، وجود محفزات لتغيير السلوك، وأخيراً الكفاءة الذاتية.<sup>(52)</sup>

ويعد نموذج المعتقدات الصحية (HBM) من أوائل المداخل النظرية لدراسة السلوك الصحي، ولا يزال أحد أكثر النماذج شهرة في هذا المجال. تم تطويره في الخمسينيات من القرن الماضي من قبل مجموعة من علماء النفس بالولايات المتحدة الأمريكية الذين أرادوا شرح أسباب مشاركة عدد قليل من الناس في برامج الوقاية من المرض واكتشافه، فعلى الرغم من تقديم هذه الخدمات بشكل مجاني إلا أنها حققت نجاحاً محدوداً، وللعثور على إجابة، قام علماء النفس بدراسة العوامل التي تشجع أو تثبط الجمهور من المشاركة في البرامج، ووضعوا فرضيه مفادها وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين معتقدات الناس حول

ما إذا كانوا عرضة للمرض أم لا، وتصوراتهم عن فوائد محاولة تجنبها، واستعدادهم للإقدام على المشاركة في البرامج الوقائية المقدمة من الدولة.<sup>(53)</sup> لقد اهتم العلماء بالقوى التي من شأنها أن تدفع الفرد للعمل على تجنب المرض، واقتروا أن يقوم الأفراد بتقييم مجموعة متنوعة من العوامل التي من الممكن أن تساهم في تغيير سلوكهم الصحي من عدمه، وجاءت هذه العوامل التي تم تحديدها من تصورات الناس كالتالي؛ القابلية للإصابة وخطورة المرض وكذلك فوائده والحواجز التي تحول دون تجنب هذا المرض. اقترحت النظرية أيضًا متغير الكفاءة الذاتية والقدرة المتصورة على الانخراط في الإجراء الموصى به، والتي أضيفت لاحقًا كعامل إضافي في النظرية. يعد نموذج المعتقدات الصحية أكثر النماذج انتشارًا وتركيزًا على التغيير السلوكي عند الفرد، ويتم تطبيق HBM بشكل متكرر في التسويق الاجتماعي، خاصة في مجال الصحة، ويظل النموذج مهم في فهم كيفية تشجيع الناس على ذلك تعديل سلوكهم وكذلك كيف ومتى قد يحدث ذلك.<sup>(54)</sup>

#### عناصر التركيب البنائي لنموذج المعتقدات الصحية:<sup>(55)</sup>

يتضمن نموذج المعتقدات الصحية عددًا من المتغيرات التي تطورت نتيجة لتطبيق النموذج في إطار برامج وقائية لأمراض عدة بدول مختلفة، حيث تم دمج وإضافة المتغيرات والمكونات حتى أصبحت كالآتي؛

#### 1 . الاعتقاد بالقابلية للإصابة أو العدوى: Perceived Susceptibility

يشير هذا المكون إلى اعتقاد الشخص بمدى احتمالية تعرضه للإصابة بالمرض او العدوى.

#### 2 . الاعتقاد بخطورة المرض: Perceived Severity

ويعني مدى تقييم الشخص واعتقاده في شدة خطورة المرض والإصابة به، وما يمكن أن تسببه الإصابة من عواقب طبية خطيرة، أو اجتماعية على حياة الفرد.

#### 3 . الفوائد المتصورة: Perceived Benefits

تم إضافة هذا المتغير في إطار الافتراض بأن الشخص بعد إدراكه للقابلية الشخصية للإصابة، وتقييمه لخطورة الوضع الصحي أو المرض، سوف تتأثر معتقداته الشخصية بالفوائد المتصورة من الإجراءات المتاحة للحد من خطر المرض، والتي بدورها قد تؤثر أيضًا على قرارته السلوكية.

#### 4 . الحواجز المتصورة: Perceived Barriers

قد تكون الجوانب السلبية المحتملة لعمل صحي معين - الحواجز المتصورة - بمثابة

عوائق أمام اتخاذ السلوكيات الموصى بها، حيث يزن الأفراد الفوائد المتوقعة من الإجراء مع العوائق أو الحواجز المتصورة "التكلفة المادية، آثار جانبية سلبية، عدم الارتياح...».

#### 5 . دوافع التغيير : Cues to Action

تضمنت الصيغ المبكرة المختلفة لنموذج HBM مفهوم المحفزات التي يمكن أن تؤدي إلى تبني الإجراءات. فقد وجد Hochbaum أن الاستعداد لتبني الإجراءات الصحية يمكن تعزيزه من خلال عوامل أخرى مثل الأحداث المواقية للإعلان عن الإجراءات، الدعاية الإعلامية.

#### 6 . الكفاءة الذاتية: Self-Efficacy

تُعرّف الكفاءة الذاتية على أنها «الاعتقاد بأنه يمكن للمرء تنفيذ السلوك المطلوب بنجاح لتحقيق النتائج»، لم يتم دمج الكفاءة الذاتية بشكل صريح في الصيغ المبكرة لـ HBM، ولكن الأدبيات تدعم أهمية الكفاءة الذاتية في بدء التغيير السلوكي والحفاظ عليه، فاعتقاد الأشخاص بقابلية الإصابة وخطورة المرض والفوائد المتصورة يجب أن يلازمه قدر من الشعور بأنهم مؤهلين (يتمتعون بالكفاءة الذاتية) للتغلب على الحواجز المتصورة. يتضح مما سبق أن المؤسسات الصحية عليها مراعاة الظروف والمتغيرات المختلفة الدافعة لتبني السلوكيات الصحية الإيجابية عند تصميمها للحملات الصحية الوقائية؛ لمساعدة الأفراد على تصور المخاطر المحتملة للإصابة، والعواقب، وتقديم الحوافز، وتعزيز الوعي المعرفي، والإرشادات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية الإيجابية.

#### الإجراءات المنهجية للدراسة:

دراسة مسحية على عينة عمدية من الجمهور من سن 18 لأكثر من 60 عامًا بلغ قوامها 200 مفردة، بواقع 142 مفردة من الإناث و58 مفردة من الذكور. وتضمنت العينة أربعة مستويات تعليمية «تعليم أساسي، متوسط، جامعي، فوق الجامعي». وتم استخدام On line Questionnaire، تم إرساله ورفعته عبر منصات التواصل الاجتماعي والتطبيقات المختلفة. وقد تم التطبيق خلال شهر أغسطس 2021.

وتضمنت الاستمارة عدد من الأسئلة لقياس حجم التعرض لفقرات برامج التوك شو المتعلقة بطعوم كورونا، ومصادر المعرفة عن الطعم، وبرامج التوك شو التي تحرص مفردات العينة على متابعتها، واتجاهات الجمهور نحو تلقي الطعم عبر مجموعة جمل لقياس مكونات الاتجاه «المعرفي، الوجداني، السلوكي»، إضافة إلى العبارات الخاصة بقياس مكونات نموذج المعتقدات الصحية.

### تساؤلات الدراسة:

1. ما هو حجم تعرض مفردات العينة لفقرات برامج التوك شو التي تناولت موضوع طعم كورونا؟
2. ما هي برامج التوك شو التي تحرص مفردات العينة على متابعتها؟
3. ما هي مصادر المعلومات التي تعتمد عليها مفردات العينة في الحصول على معلومات حول طعم كورونا؟
4. كيف تدرك عينة الدراسة مكونات نموذج المعتقدات الصحية؟
5. ما هو اتجاه مفردات العينة نحو تلقي طعم كورونا؟

### فروض الدراسة:

1. الفرض الرئيس: توجد علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو الخاصة بطعم كورونا والاتجاه نحو الحصول على الطعم.

### الفروض الفرعية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو والمكون المعرفي للاتجاه.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو والمكون الوجداني للاتجاه.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو والمكون السلوكي للاتجاه.
2. يختلف الاتجاه نحو الحصول على طعم كورونا باختلاف العوامل الديموجرافية.
  3. يتأثر الاتجاه نحو الحصول على الطعم بمكونات نموذج المعتقدات الصحية.

### نتائج الدراسة:

تعرض مفردات العينة ل فقرات برامج التوك شو التي تناولت موضوع طعم كورونا: حرص الاستبيان في البداية على معرفة حجم تعرض مفردات العينة للفقرات التي تناولت موضوع طعم كورونا في برامج التوك شو، ثم تم تقسيم التعرض لدرجات (منخفض، متوسط، مرتفع) للوقوف على تعرض مفردات العينة بشكل دقيق.

### جدول رقم (1)

تعرض مفردات العينة ل فقرات تناولت موضوع الطعم

التعرض لفقرات حول الطعم	ك	%
لا أشاهد	63	31.5
نادراً	39	19.5
أحياناً	76	38.0
دائماً	22	11.0
المجموع	200	100

يتضح من النتائج أن 31.5% لم يتعرضوا لفقرات تناولت مناقشات دارت حول طعم كورونا، و38% تعرضوا أحياناً لها، و نادراً ما تعرض 19.5% منهم، وبلغت نسبة من يشاهدوا هذه الفقرات بشكل دائم 11% بواقع 22 مفردة، إجمالاً تبلغ نسبة المتعرضين 68.5% في مقابل 31.5% لا يتعرضوا لتلك الفقرات.

وعند تقسيم التعرض لتلك الفقرات إلى درجات، وجدت النتائج أن 62.5% من مفردات العينة كانوا ذوي درجة تعرض منخفضة لفقرات التوك شو التي تناولت موضوع طعم كورونا، يليها درجات التعرض المتوسطة بنسبة 33.5%، وأخيراً جاءت درجة التعرض المرتفعة بنسبة 4% و بواقع 8 مفردات.

## جدول رقم (2)

### درجات التعرض لفقرات التوك شو الخاصة بالطعم بداخل العينة

درجة التعرض	ك	%
منخفض (0-7)	125	62.5
متوسط (8-16)	67	33.5
مرتفع (17-24)	8	4.0
المجموع	200	100

### العلاقة بين درجة التعرض والعوامل الديموجرافية:

واتضح من النتائج عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من حيث درجة التعرض للفقرات الخاصة بطعوم كورونا في برامج التوك شو.

في حين وجدت فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية الأربعة في العينة عند مستوى معنوية 0.020، وبلغت قيمة (ف) 3.338، واتضح من النتائج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي زادت درجة التعرض للفقرات الخاصة بالطعوم ببرامج التوك شو، فتقدم المتوسط الحسابي لذوي التعليم ما بعد الجامعي حيث بلغ 8.09، تلى ذلك أصحاب التعليم المتوسط بمتوسط حسابي 6.29، ثم المتوسط الحسابي للتعليم الجامعي بمقدار 5.90، وأخيراً ذوي التعليم الأساسي بمتوسط حسابي 3.00، وبعد إجراء الاختبارات البعدية، لم يكن الفارق بين المتوسطات الحسابية دال إحصائياً بين متوسطات ذوي التعليم الأساسي من ناحية والتعليم المتوسط والجامعي من ناحية أخرى، وبين متوسطات الشهادة المتوسطة من ناحية، والتعليم الجامعي وما بعد الجامعي من ناحية أخرى. في حين وجدت فروق إحصائية دالة بين ذوي التعليم الأساسي والتعليم ما بعد الجامعي، عند مستوى معنوية 0.031، كما توجد فروق إحصائية دالة بين التعليم الجامعي وما بعد الجامعي عند مستوى معنوية 0.007.

أما عن الفئات العمرية والتعرض لتلك الفقرات، فقد تبين من النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة في العينة عند مستوى معنوية 0.01، وبلغت قيمة (ف) 5.043، حيث ترتفع درجات التعرض بين الفئات العمرية الأكبر سناً، فتقدم المتوسط الحسابي لمن هم أكبر من 60 سنة وبلغ 8.94، ثم الفئة العمرية من 30 لأقل من 40 سنة بمتوسط حسابي 7.14، تلاها من 40 لأقل من 50 سنة بمتوسط حسابي 7.08، ومن

18 لأقل من 30 سنة بمتوسط حسابي 5.33، وأخيراً من 50 لأقل من 60 سنة بمتوسط حسابي 3.15. وإجراء الاختبارات البعدية تبين أن الفارق بين المتوسطات الحسابية كان دالاً عند مستوى معنوي 0.014 بين الفئة العمرية من 18 لأقل من 30 سنة ومن هم أكبر من 60 عاماً، كما وجدت دلالة في الفروق بين الفئة العمرية من 30 لأقل من 40 سنة والفئة من 50 لأقل من 60 سنة عند مستوى معنوي 0.001، ثم بين الفئتين العمريتين من 40 لأقل من 50 سنة ومن 50 لأقل من 60 سنة عند مستوى معنوي 0.000، وأخيراً بين الفئة العمرية من 50 لأقل من 60 سنة وأكبر من 60 سنة عند مستوى معنوي 0.000.

### برامج التوك شو التي تحرص مفردات العينة على متابعتها:

حاولت الدراسة التعرف على برامج التوك شو التي تحرص مفردات العينة على متابعتها بوجه عام، وجاءت النتائج كالآتي؛

### جدول رقم (3)

#### تفضيلات مفردات العينة لبرامج التوك شو

البرامج	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
الحكاية	1.24	1.090	31.00
يحدث في مصر	0.91	0.952	22.75
مساء DMC	0.78	0.909	19.50
كلمة أخيرة	0.69	0.882	17.25
آخر النهار	0.58	0.829	14.50
برنامج التاسعة	0.56	0.889	14.00
على مسئوليتي	0.45	0.728	11.13
المجموع	200		

\*يمكن اختيار أكثر من بديل

جاء برنامج «الحكاية» للإعلامي عمرو أديب والمذاع على قناة MBC مصر في مقدمة البرامج التي تحرص مفردات العينة على متابعتها بمتوسط حسابي 1.24، وفي المرتبة

الثانية كان برنامج «يحدث في مصر» والذي يقدمه شريف عامر بالتبادل مع برنامج الحكاية على نفس القناة وقد بلغ متوسطه الحسابي 0.91، تلى ذلك برنامج مساء DMC والذي يتناوب عليه عددًا من الإعلاميين من بينهم رامي رضوان وجاسمين طه، وكان متوسطه الحسابي 0.78، ثم برنامج «كلمة أخيرة» للميس الحديدي بمتوسط حسابي 0.69 والمذاع على قناة On Tv، وبرنامج «آخر النهار» بمتوسط حسابي 0.58، وأخيرًا برنامجي «التاسعة» و«على مسئوليتي» بمتوسطات حسابية 0.56 و 0.45 على التوالي.

مصادر الحصول على معلومات عن طعم كورونا:

جدول رقم (4)

مصادر المعرفة عن طعم كورونا بين مفردات العينة

مصادر المعرفة	ك	%
الانترنت	117	58.5
الأهل والأصدقاء	67	33.5
حملات التوعية بالتطعيم بالراديو والتلفزيون	48	24.0
برامج التوك شو في التلفزيون	40	20.0
الطبيب المعالج لي	27	13.5
الصحافة	13	6.5
برامج الراديو	4	2.0
المجموع	200	

\*يمكن اختيار أكثر من بديل

يتضح من نتائج الجدول السابق اعتماد ما يقرب من نصف مفردات العينة على الإنترنت كمصدر للمعرفة والحصول على المعلومات عن طعم كورونا وذلك بنسبة 58.5%، ثم الأهل والأصدقاء بنسبة 33.5%، واعتمد 24% على حملات التوعية عن الطعم المقدمة بالراديو والتلفزيون كمصدر لمعلوماتهم عن الطعم، في حين أشار 20% إلى أنهم يعتمدون على برامج التوك شو، وانخفضت نسبة الاعتماد على أخذ الاستشارات الطبية أو سؤال الطبيب المعالج للشخص حيث كانت نسبة من أجابوا بأنهم يلجأون للطبيب المعالج لمعرفة

معلومات عن الطعم 13.5% بواقع 27 مفردة، ولم يعتمد على الصحافة والراديو سوى 6.5% و2% من مفردات العينة على التوالي. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Syed Alwi, S.A.R.et al.<sup>(56)</sup> التي اعتمدت فيها النسبة الأكبر من العينة 94% على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات عن طعم فيروس كورونا، ودراسة Chua, C. E.et al.<sup>(57)</sup> التي توصلت نتائجها إلى أن المواقع الإخبارية على الإنترنت، ووسائل التواصل الاجتماعي من أهم مصادر الحصول على معلومات حول COVID-19.

#### مكونات نموذج المعتقدات الصحية:

#### الاعتقاد بقابلية الإصابة أو العدوى:

تم قياس هذا المتغير من خلال ثلاث جمل مع وجود مقياس ثلاثي للاستجابة (مؤيد/ محايد/ معارض)؛ بغرض الوقوف على تقييم مفردات العينة لفكرة قابلية الإصابة بالفيروس، وجاءت نتائج الجمل المعبرة عن متغير «قابلية الإصابة» كالتالي؛

#### جدول رقم (5)

#### الاعتقاد بقابلية الإصابة بالمرض بين مفردات العينة

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	قابلية الإصابة بكورونا
96.33	0.386	2.89	زيادة أعداد المصابين بالفيروس تقلل من فرص وجود أجهزة تنفس وأدوية وفريق طبي للعلاج
84.00	0.680	2.52	عدم الحصول على التطعيم يعرض حياة الأفراد لخطر جسيم
81.00	0.684	2.43	اعتقد انني من بين المعرضين للإصابة -لا قدر الله- نتيجة لظروفي الصحية/ظروف عملي
		200	المجموع

يتضح من استجابات مفردات العينة ارتفاع نسبة الخوف من فكرة «عدم وجود أجهزة التنفس الصناعي، الأدوية، والفرق الطبية حال زيادة أعداد المصابين»، وهو ما يدل على أن غالبية الأفراد يضعون احتمالية كبرى لتعرضهم للعدوى، ويدركون تبعات الإصابة، وكان

المتوسط الحسابي لهذه الجملة هو الأعلى حيث بلغ 2.89، تلاها جملة « عدم الحصول على التطعيم يعرض حياة الأفراد لخطر جسيم» بمتوسط حسابي 2.52، وأخيرًا جملة «اعتقد انني من بين المعرضين للإصابة -لا قدر الله- نتيجة لظروفي الصحية/ظروف عملي» بمتوسط حسابي 2.43. وهو ما يشير إلى إدراك كافة جوانب الموضوع وعواقبه بدءً من احتمالية التعرض للإصابة في أسوأ صورها، أو في مرحلة متدهورة نزولاً للأفضل، فقد ارتفعت المتوسطات الحسابية للسيناريوهات الأسوأ عند الإصابة إلى مجرد الإصابة نتيجة ظروف صحية أو نظرًا لطبيعة عمل الشخص. ويتضح ذلك في درجات المتغير ذاته بين مفردات العينة حيث يوضح الجدول التالي أن غالبية مفردات العينة بنسبة 66.5% ترتفع درجة اعتقادها بقابلية الإصابة بالفيروس، و 32.5% لديهم درجة متوسطة من الاعتقاد باحتمالية الإصابة، وأخيرًا بلغت نسبة الاعتقاد المنخفض لقابلية الإصابة 1% من إجمالي العينة بواقع مفردتين.

#### جدول رقم (6)

##### درجات متغير القابلية للإصابة وفقًا لاستجابات مفردات العينة

قابلية الإصابة	ك	%
منخفض (3-4)	2	1.0
متوسط (5-7)	65	32.5
مرتفع (8-9)	133	66.5
المجموع	200	100

#### الاعتقاد بخطورة الوضع وآثاره المحتملة:

يقيس هذا المتغير مدى اعتقاد وتقييم مفردات العينة لخطورة الوضع في ظل انتشار فيروس كورونا، وعواقب الإصابة على صحة الفرد خاصة والمجتمع بصورة عامة، من خلال ثلاث جمل مع وجود مقياس ثلاثي للاستجابة (مؤيد/محايد/معارض)، وجاءت نتائج الجمل المعبرة عن متغير «تقييم خطورة الوضع» كالتالي:

## جدول (7)

### تقييم خطورة الوضع بين مفردات العينة

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	تقييم خطورة الوضع
90.83	539.٠	2.73	أعداد المصابين بكورونا في تزايد
89.00	577.٠	2.67	الإصابة بفيروس كورونا لها تأثيرات طويلة المدى على أجهزة جسم الإنسان حتى بعد الشفاء
53.83	812.٠	1.62	الإصابة بفيروس كورونا لا تختلف كثيرا عن أدوار البرد العادي
		200	المجموع

يظهر من الجدول السابق ارتفاع متوسط جملة «أعداد المصابين في تزايد» بمتوسط حسابي 2.73، يليها جملة «الإصابة بفيروس كورونا لها تأثيرات طويلة المدى على أجهزة جسم الإنسان حتى بعد الشفاء» بمتوسط حسابي 2.67، وأخيراً جاء الاستجابة على جملة «الإصابة بفيروس كورونا لا تختلف كثيرا عن أدوار البرد العادي» بمتوسط حسابي 1.62، يتضح من هذه النتائج وجود تقييم وتقدير للموقف الصحي نتيجة انتشار فيروس كورونا في المجتمع، وإدراك مفردات العينة لوجود جائحة تتزايد فيها الأعداد بشكل سريع، وإصابة قد يكون لها آثار سلبية مستقبلية على صحة الإنسان، في حين انخفضت نسبة من اعتبروا الأمر شبيه بالتعرض لفيروس الأنفلونزا الموسمي.

ويتضح من الجدول التالي أن 70% من مفردات العينة كان درجة اعتقادهم بخطورة الوضع الصحي متوسطة، تلى ذلك وبنسبة 28% من العينة من ادركوا خطورة الوضع بدرجة مرتفعة، وأخيراً 2% فقط بواقع 4 مفردات كانت درجة تقييمهم للوضع أن نسبة الخطورة الصحية على الفرد والمجتمع منخفضة.

### جدول رقم (8)

درجات متغير خطورة الوضع الصحي وفقاً لاستجابات مفردات العينة

تقييم خطورة الوضع	ك	%
منخفض (3-4)	4	2.0
متوسط (5-7)	140	70.0
مرتفع (8-9)	56	28.0
المجموع	200	100

#### متغير الفوائد المتصورة:

يأتي بعد ذلك متغير الفوائد المتصورة من الحصول على طعم فيروس كورونا، ومدى تقييم مفردات العينة لفعالية اتخاذ الإجراءات للتقليل من أخطار الإصابة بفيروس كورونا، والنتائج الإيجابية المتصورة لديهم نتيجة تبني فكرة الحصول على الطعم. وتم قياس المتغير من خلال ثلاث جمل إيجابية عن الطعم مع مقياس ثلاثي للاستجابة (مؤيد/ محايد/ معارض).

### جدول (9)

تقييم الفوائد المتصورة من الطعم بين مفردات العينة

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفوائد المتصورة
87.33	0.572	2.62	التطعيم يقلل من أعراض المرض عند الإصابة بالفيروس
82.50	0.687	2.48	تطعيم كورونا يساعد على الحد من انتشار المرض في المجتمع
77.67	0.737	2.33	التطعيم يقلل من فرص الإصابة بفيروس كورونا
		200	المجموع

كانت أبرز الفوائد المتصورة للحصول على الطعم لدى مفردات العينة «أن التطعيم يقلل من أعراض المرض عند الإصابة بالفيروس» حيث جاء المتوسط الحسابي لهذه الجملة في المقدمة بقيمة 2.62، تلاها الفائدة العائدة على المجتمع جراء الحصول على الطعم والتي

عبرت عنها جملة «تطعيم كورونا يساعد على الحد من انتشار المرض في المجتمع» وبلغ متوسطها الحسابي 2.48، وأخيرًا ذكرت مفردات العينة أنها ترى أن «التطعيم يقلل من فرص الإصابة بفيروس كورونا» بمتوسط حسابي 2.33، ويدلل ما سبق عن وعي مرتفع بين مفردات الدراسة، وتقييم للأثار الإيجابية للطعم مبني على معرفة متعمقة بالموضوع. فوفقًا لمنظمة الصحة العالمية، تعتبر أهم الفوائد التي تعود على الفرد من الحصول على الطعم هي؛ حفز المناعة أو الحد من أخطار الإصابة بالمرض والآثار المترتبة عليه، فتشير المنظمة إلى أن الطعم يساعد المناعة على محاربة الفيروس في حال التعرض له، ويحمي من العدوى مما يقلل بالتبعية من احتمالات نقلها إلى الآخرين. (58)

ويمكن تقسيم عينة الدراسة من حيث درجات تقييمها للفوائد المتصورة من الحصول على طعم كورونا وآثاره الإيجابية إلى ثلاث درجات كالآتي؛ 52.5% أي نصف العينة تقريبًا تعتقد بدرجة مرتفعة في حجم الفوائد المتصورة من الحصول على طعم الكورونا، و39.5% يعتقدون في وجود فوائد متصورة من الطعم بدرجة متوسطة، و8% بدرجة منخفضة.

### جدول (10)

درجات الاعتقاد في الفوائد المتصورة من الطعم وفقًا لاستجابات مفردات العينة

الفوائد المتصورة	ك	%
منخفض (3-4)	16	8.0
متوسط (5-7)	79	39.5
مرتفع (8-9)	105	52.5
المجموع	200	100

#### متغير الحواجز المتصورة:

وتعني مدى الاعتقاد في أن تكاليف اتخاذ الإجراءات (الحواجز المتصورة) تفوق الفوائد، ولذلك تم وضع أربع جمل لقياس أهم الحواجز المتصورة التي تعوق الحصول على التطعيم، مع مقياس ثلاثي للاستجابة (مؤيد/محايد/معارض).

### جدول (11)

#### الحواجز المتصورة بين مفردات العينة للحصول على الطعم

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحواجز المتصورة
95.50	0.409	2.87	توفر التطعيم بشكل مجاني يعمل على زيادة أعداد الحاصلين على التطعيم
77.33	0.807	2.32	يقف التسجيل الإلكتروني حاجزاً أمام الكثيرين للحصول على التطعيم
73.50	0.791	2.21	نجحت وزارة الصحة في تنظيم إجراءات الحصول على التطعيم
55.33	0.653	1.66	التطعيم له آثار جانبية أكثر خطورة من الإصابة بالفيروس نفسه
		200	المجموع

يتضح مما سبق، أن أهم الحواجز التي تعتقد عينة الدراسة في وجودها هو الحاجز المادي حيث تقدم المتوسط الحسابي لجملة « توفر التطعيم بشكل مجاني يعمل على زيادة أعداد الحاصلين على التطعيم » بقيمة 2.87، فقد أيد تلك العبارة 89% من مفردات العينة، تلاها الحاجز التقني والذي عبرت عنه جملة « يقف التسجيل الإلكتروني حاجزاً أمام الكثيرين للحصول على التطعيم » بمتوسط حسابي 2.32، ثم الحاجز المؤسسي والذي جاء في جملة « نجحت وزارة الصحة في تنظيم إجراءات الحصول على التطعيم » بمتوسط حسابي 2.21، وأخيراً الحاجز الطبي المتعلق بمدى أمان الطعم وتمثل في جملة « التطعيم له آثار جانبية أكثر خطورة من الإصابة بالفيروس نفسه » بمتوسط حسابي 1.66، فقد تساوت تقريباً نسبة المحايدين والمعارضين لتلك العبارة، حيث بلغت نسبة المحايدين 46%، والمعارضين 44%، ولم يؤيد هذه العبارة سوى 10% من مفردات العينة.

تؤكد النتائج السابقة على أهمية تأثير استراتيجية التسعير التي ترتبط بتوفير الخدمة الصحية بشكل مجاني على مكون الالتزام بالسلوك المرغوب<sup>(59)</sup>، وعلى العكس تختلف مع غالبية نتائج الدراسات السابقة التي كان سلامة وأمن الطعم هو العامل الأكثر تأثيراً في تردد الأفراد وإحجامهم عن تلقي الطعم.<sup>(60)</sup>

تنقسم درجات تقييم مفردات العينة للحواجز المتصورة إلى اعتقاد 57% بوجود حواجز أو معوقات للحصول على الطعم بشكل متوسط، و38.5% يقيمون وجود هذه الحواجز

للحصول على الطعم بدرجة، و4.5% يعتقدون في وجودها بدرجة منخفضة، إذاً إجمالاً يمكن القول إن الحواجز أو المعوقات التي تحول دون الحصول على طعم الكورونا بالنسبة لمفردات العينة في الغالب توجد بدرجة متوسطة.

### جدول (12)

درجات الاعتقاد في الحواجز المتصورة وفقاً لاستجابات مفردات العينة

الحوجز المتصورة	ك	%
منخفض (4-6)	9	4.5
متوسط (7-9)	114	57
مرتفع (10-12)	77	38.5
المجموع	200	100

#### دوافع أو محفزات التغيير:

يهتم النموذج بالتعرف على دوافع تبني السلوك الصحي الإيجابي، والذي يمثلته في هذه الدراسة الحصول على طعم كورونا، فتعتبر هذه الدوافع بمثابة العوامل التي تنشيط الاستعداد للتغيير، وتدفع الفرد إلى اتخاذ إجراءات للوصول إلى السلوك الصحي المرغوب فيه، وقد تم قياسها من خلال السؤال عن دور الإعلام التوعوي في تحفيز الفرد للحصول على الطعم، دور المتخصصين من الفرق الطبية، ودائرة الاتصال الشخصي المقربة من الشخص كالأهل والمعارف والأصدقاء.

فجاءت نتائج استجابات السؤال الخاص بأسباب اتخاذ الفرد لقرار الحصول على الطعم «المحفزات» كالآتي:

### جدول (13)

دوافع التغيير بين مفردات العينة

دوافع التغيير	ك	%
غالبية الناس في دائرة الشخص حصلوا على الطعم	133	66.5
أحد الأطباء نصح بذلك	52	26
حملات التوعية بأهمية الطعم التي تقوم بها وزارة الإعلام	45	22.5

17	34	المناقشات في برامج التوك شو حول الطعم
	200	المجموع

\*يمكن اختيار أكثر من بديل

يتضح من الجدول السابق أن الدافع الأكبر - من وجهة نظر مفردات العينة - للحصول على الطعم هو حصول دائرة المحيطين به عليه حيث بلغت نسبة هذا السبب 66.5% بما يمثل أكثر من نصف مفردات العينة، ورأى 26% أن نصيحة الأطباء قد تحفز الشخص للحصول على الطعم، أما فيما يتعلق بدور وسائل الإعلام، فقد أشار 22.5% من مفردات العينة إلى الحملات التوعوية بوزارة الإعلام، و17% ذكروا مناقشات برامج التوك شو كأحد محفزات الأفراد للحصول على الطعم؛ مما يكشف عن أهمية الدائرة الاجتماعية المحيطة بالأفراد كأحد أهم المحفزات للحصول على الطعم، جنباً إلى جنب مع آراء المتخصصين من الفرق الطبية، وتوقع الحملات التوعوية على مناقشات برامج التوك شو في إطار استجابات مفردات العينة عن الإعلام كأحد دوافع تلقي الطعم.

وبعد تقسيم استجابات مفردات العينة إلى درجات وفقاً لمتغير دوافع التغيير، وجدت النتائج أن 57% من العينة يعتقدون بوجود دوافع للتغيير "تلقي الطعم" بدرجة متوسطة، في حين كانت درجة الاعتقاد بوجود هذه الدوافع بالنسبة لـ 38.5% مرتفعة، وبالنسبة لـ 4.5% من العينة ذات درجة منخفضة.

#### جدول (14)

درجات متغير دوافع التغيير وفقاً لاستجابات مفردات العينة

دوافع التغيير	ك	%
منخفض (4-6)	9	4.5
متوسط (7-9)	114	57.0
مرتفع (10-12)	77	38.5
المجموع	200	100

متغير الكفاءة الذاتية أو الثقة في اتخاذ القرار:

يشير هذا المتغير إلى مدى ثقة الفرد في قدرته على اتخاذ قرار تبني السلوك الصحي

الإيجابي، والقيام بإجراءات تنفيذ هذا السلوك بشكل فاعل، فعمل السؤال على قياس ثقة الشخص في قدرته على اتخاذ قرار الحصول على الطعام والإجراءات المصاحبة لذلك في ثلاث جمل وكانت الاستجابات كالآتي:

### جدول (15)

#### متغير الكفاءة الذاتية بين مفردات العينة

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الكفاءة الذاتية
89.50	0.563	2.69	قدرتي على التسجيل الإلكتروني لأخذ التطعيم
88.17	0.575	2.65	اتخاذ القرار المناسب حول الحصول على التطعيم أو عدمه
75.67	0.735	2.27	قدرتي على التعامل مع الأعراض الجانبية التالية للتطعيم
		200	المجموع

وفقاً للنتائج وكما هو موضح في الجدول السابق، كانت الكفاءة في المرتبة الأولى «للقدرة على التسجيل الإلكتروني لأخذ الطعام» حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الجملة 2.69، تلاها الكفاءة في «القدرة على اتخاذ القرار المناسب حول الحصول على الطعام ذاته أو لا» بمتوسط حسابي 2.65، وكانت الجملة الخاصة بالقدرة على التعامل مع الأعراض الجانبية التالية للطعام «هي الأقل بمتوسط حسابي 2.27؛ مما يوضح أن أغلب مفردات العينة لديها ثقة في تمتعها بالقدرة التقنية للتعامل مع تطبيق الطعام والتسجيل من خلاله، إلا أنها - وفقاً لنتائج متغير الحواجز المتصورة- ترى أنه يمثل عائقاً أمام بعض الفئات للحصول على الطعام، وتتفوق الثقة في اتخاذ قرار الحصول على الطعام على قدرة مفردات العينة على التعامل مع الأعراض الجانبية التالية للحصول على الطعام، وهو ما يحتاج إلى مزيد من الاهتمام في الخطط التوعوية لوزارة الصحة بالتركيز على الجانب المعلوماتي الخاص بكيفية التعامل مع الأعراض الجانبية لمختلف الطعوم.

ويمكن تقسيم مفردات العينة حسب متغير الكفاءة الذاتية إلى ثلاث درجات كالتالي؛ تصل نسبة من لديهم درجة اعتقاد مرتفعة في كفاءتهم الذاتية بين مفردات العينة 58.5%، ومن لديهم درجة اعتقاد متوسطة 39.5%، وأخيراً من لديهم درجة اعتقاد منخفضة في كفاءتهم

الذاتية 2% بواقع 4 مفردات فقط؛ فالغالبية العظمى من مفردات العينة صنفت نفسها بأنها لديها درجة مرتفعة من القدرة على اتخاذ القرار واتباع الإجراءات المطلوبة لتبني الحصول على الطعم كسلوك صحي إيجابي.

### جدول (16)

درجات متغير الكفاءة الذاتية وفقاً لاستجابات مفردات العينة

الكفاءة الذاتية	ك	%
منخفض (3-4)	4	2.0
متوسط (5-7)	79	39.5
مرتفع (8-9)	117	58.5
المجموع	200	100

المتغير التابع «الاتجاه نحو الحصول على الطعم»:

تم وضع مجموعة من العبارات لقياس اتجاه مفردات العينة نحو الحصول على الطعم من خلال مكونات الاتجاه الثلاثة؛ المكون المعرفي، المكون الوجداني، المكون السلوكي.

نتائج المكون المعرفي:

تضمن مقياس المكون المعرفي 11 جملة لقياس مدى معرفة مفردات العينة بأغلب الجوانب والمعلومات المتعلقة بطعم كورونا من خلال ثلاث استجابات «خاطئة/لا أعرف/ صحيحة»، وجاءت النتائج كالتالي؛

### جدول (17)

المكون المعرفي للاتجاه بين مفردات العينة

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المكون المعرفي
96.67	0.347	2.90	يجب علي من أخذ التطعيم الالتزام بالإجراءات الاحترازية
94.33	0.390	2.83	تختلف الأعراض الجانبية للتطعيم باختلاف مناعة الشخص

93.50	0.498	2.81	الأولوية في التطعيم تكون للأكبر سنًا
93.50	0.498	2.81	الأولوية في التطعيم تكون لأصحاب الأمراض المزمنة
92.33	0.488	2.77	الآثار الجانبية الشائعة للتطعيم عبارة عن ارتفاع في الحرارة وتكسير في الجسم
90.50	0.515	2.72	تتيح الدولة التطعيم بدءًا من سن ١٨ عامًا
83.67	0.665	2.51	التطعيم سيكسر دائرة المرض في المجتمع ويحد من انتشاره
71.00	0.732	2.13	التطعيم هام للوقاية من متحور دلتا
68.33	0.728	2.05	لا تختلف نسب الوقاية من الفيروس باختلاف نوع التطعيم
55.50	0.644	1.67	يوجد تطعيمات للأطفال تحت ١٢ سنة
49.33	0.626	1.48	التطعيم بقي تمامًا من الإصابة بفيروس كورونا
		<b>200</b>	<b>المجموع</b>

كشفت النتائج عن وعي مفردات العينة بضرورة اتباع الإجراءات الاحترازية حتى بعد الحصول على الطعم، فبلغ المتوسط الحسابي لهذه الجملة 2.90، يليها المعرفة بأن الأعراض الجانبية للطعم تختلف باختلاف مناعة الشخص بمتوسط حسابي 2.83، ثم استيعاب معلومة أن الأولوية في الطعم للأكبر سنًا ولأصحاب الأمراض المزمنة بمتوسط حسابي 2.81، تلى ذلك الوعي بالآثار الجانبية الشائعة بعد الحصول على الطعم كارتفاع الحرارة والشعور بالتعب، في حين قلت معرفة مفردات العينة بمعلومات حول توفر الطعم للفئات العمرية بدءًا من 18 سنة، وأن حصول نسبة كبيرة من الأفراد على الطعم يكسر من حدة انتشار الفيروس في المجتمع، فقد أجاب 60% من مفردات العينة بأنها إجابة صحيحة و30% ذكروا أنهم لا يعرفون مدى صحة هذه العبارة، وبشكل عام تم تقسيم المكون المعرفي حول طعم كورونا إلى مستويات وفقًا لاستجابات مفردات العينة كالاتي؛ نسبة 69% لديها وعي وخلفية معلوماتية مرتفعة عن الطعم، و30.5% لديهم جانب معلوماتي متوسط، ومفردة واحدة فقط منخفضة الجانب المعرفي حول الطعم.

**جدول رقم (18)**  
مستويات المكون المعرفي وفقاً لاستجابات مفردات العينة

مستويات المكون المعرفي	ك	%
منخفض (11-18)	1	0.5
متوسط (19-25)	61	30.5
مرتفع (26-33)	138	69.0
المجموع	200	100

**نتائج المكون الوجداني:**

تم قياس المكون الوجداني من خلال أربع جمل للتعرف على المشاعر الإيجابية والسلبية لمفردات العينة نحو الحصول على طعم كورونا، وانعكست تلك المشاعر عبر استجابات المبحوثين المقسمة إلى «معارض، محايد، مؤيد» كالتالي؛

**جدول (19)**  
المكون الوجداني للاتجاه بين مفردات العينة

المكون الوجداني	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
أشعر بالطمأنينة لفكرة الحصول على التطعيم	2.34	0.746	78.00
التطعيم سيقدم حماية لي من الإصابة بكورونا	2.22	0.758	74.00
أشعر بالخوف من آلام ما بعد التطعيم	2.01	0.818	66.83
التطعيم له آثار جانبية في المستقبل خطيرة	1.89	0.619	62.83
المجموع	200		

محايدين، و16.5% عبروا عن رفضهم للجملة، تلاها الشعور بأن «الطعم سيقدم حماية لي من الإصابة بكورونا» بمتوسط حسابي 2.22، فقد أيد العبارة 42%، و38% كانوا محايدين، وفي المقابل كانت الجمل ذات المشاعر السلبية ذات متوسطات حسابية أقل من الجمل الإيجابية، فبلغ المتوسط الحسابي لجملة «أشعر بالخوف من آلام ما بعد التطعيم» 2.01، وقد تساوت نسب الإجابة على هذه الجملة لتبلغ 33% تقريبًا ما بين مؤيد ومحايد ومعارض، وأخيرًا كانت جملة «التطعيم له آثار جانبية في المستقبل خطيرة» بمتوسط حسابي 1.89، وارتفعت نسبة الاستجابات المحايدة لهذه الجملة فبلغت 60.5% في مقابل معارضة 25.5% لها، وتأييد 14%، ويمكن إجمال ما سبق بأن المشاعر الإيجابية نحو الحصول على الطعم لم تتعد نسبة قبولها بين مفردات العينة 50%، والجمل السلبية كانت الاستجابات المحايدة هي الغالبة عليها.

ويتضح من المقياس التجميعي للمكون الوجداني أن النسبة الأكبر من مفردات العينة لديها مشاعر محايدة نحو الحصول على الطعم حيث بلغت نسبتهم 49%، و35.5% لديهم مشاعر إيجابية نحو الحصول على الطعم، وأخيرًا 15.5% لديهم مشاعر سلبية.

### جدول رقم (20)

مستويات المكون الوجداني وفقًا لاستجابات مفردات العينة

المكون الوجداني	ك	%
سلبية (4-6)	31	15.5
محايد (7-9)	98	49.0
إيجابي (10-12)	71	35.5
المجموع	200	100

### نتائج المكون السلوكي:

تم التعرف على المكون السلوكي للاتجاه نحو الحصول على الطعم من خلال السؤال عن تلقي المبحوث الطعم من عدمه، أو مجرد التسجيل، أو الحصول على جرعة واحدة، وما إذا كانت هناك نية للحصول عليه لدى من لم يتلقاه بعد، إضافة إلى السؤال عن أسباب الحصول عليه حال تلقي الطعم.

### الحاصلين على الطعم بين مفردات العينة:

#### جدول (21)

##### توزيع مفردات العينة وفقاً للحصول على الطعم

الوصول على الطعم	ك	%
أخذت جرعة واحدة	20	10
أخذت جرعتين	84	42
لم اخذه	96	48
المجموع	200	100

يتضح من النتائج أن نصف العينة تقريباً قد تلقت الطعم منقسمين إلى؛ من حصلوا على جرعتين وبلغت نسبتهم %42، ومن تلقوا جرعة واحدة %10، وفي المقابل لم يتلق الطعم %48 من إجمالي مفردات العينة.

### النوايا السلوكية لغير الحاصلين على طعم كورونا:

#### جدول (22)

##### توزيع مفردات العينة وفقاً لموقفهم المستقبلي من تلقي الطعم

موقف غير الحاصلين على الطعم	ك	%
تم التسجيل للطعم	39	40
سأتلقي الطعم ولكني لم أسجل بعد	31	32.3
لا أنوي تلقي الطعم	26	27.1
المجموع	96	100

تبين من النتائج أن %72.3 لديهم النية في الحصول على طعم كورونا، إلا أن النوايا السلوكية تم التعبير عنها بالفعل من جانب %40 فقط، هم من قاموا بتسجيل بياناتهم على موقع وزارة الصحة رغبة في تلقي الطعم، في حين عبر %32.2 عن نيتهم فقط في تلقي الطعم إلا أنهم لم يقوموا بالتسجيل بعد، وأوضح %27.1 من مفردات العينة أنه لا نية

لديهم لتلقي الطعام.

أسباب تلقي طعم كورونا بين مفردات العينة الحاصلين عليه:

**جدول (23)**

توزيع مفردات العينة وفقاً لأسباب تلقي الطعام

الأسباب	ك	%
مجبِر	12	11.5
باختياري وقناعتي الشخصية	92	88.5
المجموع	104	100

عبر 88.5% ممن تلقوا الطعام داخل العينة عن أن اتخاذ القرار كان بناءً على اختيار وقناعات شخصية، في حين أجاب 11.5% بأنهم كانوا مجبرين على تلقي الطعام. وعند القيام بعمل مقياس تجميحي للمكون السلوكي، وجدت النتائج موقفين فقط نحو الحصول على الطعام، موقف محايد من تبنى المكون السلوكي للاتجاه بنسبة 67%، وموقف سلبي من هذا المكون بنسبة 33% من مفردات العينة، ولم تدل النتائج في المقياس التجميحي للمكون السلوكي على وجود موقف إيجابي من تبنى قرار الحصول على الطعام، وهو ما يوضح تردد مفردات العينة في اتخاذ القرار على الرغم من وجود مستوى معرفي مرتفع بين مفردات العينة.

**جدول رقم (24)**

مستويات المكون السلوكي وفقاً لاستجابات مفردات العينة

المكون السلوكي	ك	%
منخفض (1-0)	66	33.0
متوسط (4-2)	134	67.0
المجموع	200	100

متغير الاتجاه وفقاً للمقياس التجميعي لمكوناته الثلاثة «المعرفي، الوجداني، السلوكي»:

مما سبق يتبين لنا، أن 69% من مفردات العينة كان لديهم مستوى معرفي مرتفع حول طعم كورونا، في مقابل ارتفاع نسبة الاتجاه المحايد لمفردات العينة في المكون الوجداني والسلوكي، حيث بلغت نسبتهم 49% و67% على التوالي. ثم تم قياس متغير الاتجاه بعد الاعتماد على نتائج المقياس التجميعي لمكونات الاتجاه «المعرفي، الوجداني، السلوكي»، وجاءت النتائج كالآتي:

### جدول (25)

المقياس التجميعي للاتجاه نحو الحصول على طعم كورونا

الاتجاه	ك	%
سلبي	5	2.5
محايد	110	55.0
إيجابي	85	42.5
المجموع	200	100

يتبين من الجدول السابق ارتفاع نسبة متبني الاتجاه المحايد نحو الحصول على الطعم بين مفردات العينة حيث بلغت نسبتهم 55%، تلى ذلك ذوي الاتجاه الإيجابي بنسبة 42.5%، وأخيراً من يتبنوا الموقف السلبي ويرفضون الحصول على الطعم بنسبة 2.5% وبواقع 5 مفردات فقط من إجمالي مفردات العينة.

نتائج اختبار الفروض:

الفرض الرئيس: توجد علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو الخاصة بطعم كورونا والاتجاه نحو الحصول على الطعم. Murphy, Jamie, et al. 2021<sup>(61)</sup>, El-Far Cardo, A. et al., 2021<sup>(62)</sup>

الفروض الفرعية:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو والمكون المعرفي

للاتجاه.

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو والمكون الوجداني للاتجاه.

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو والمكون السلوكي للاتجاه.

### جدول (26)

#### العلاقة بين التعرض للتوك شو والاتجاه نحو الحصول على الطعم

الأبعاد	قيمة معامل بيرسون	مستوى المعنوية
التعرض x مكون سلوكي	0.006	0.931
التعرض x مكون معرفي	0.049	0.491
التعرض x مكون وجداني	-0.046	0.519
التعرض x الاتجاه	0.011	0.878
ن	200	

تكشف بيانات الجدول السابق عن عدم ثبوت صحة الفرض الرئيس الأول للدراسة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو الخاصة بطعم كورونا والاتجاه نحو الحصول على الطعم، كما ثبتت عدم صحة الفروض الفرعية وعدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو ومكونات الاتجاه الثلاثة «المعرفي والوجداني والسلوكي».

تختلف نتيجة الدراسة الحالية مع غالبية نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التعرض لوسائل الإعلام التقليدية خاصة التابعة للدولة، ونية تلقي طعم فيروس كورونا<sup>(63)</sup>، ومع دراسة Viswanath, K., et al. التي وجدت علاقة سلبية بين التعرض لوسائل الإعلام التقليدية ونية تلقي الطعم<sup>(64)</sup>، كما ذهب آخرون للقول بأن الاعتماد على وسائل التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات عن طعم كورونا يؤدي إلى ارتفاع نسب رفض تلقي الطعم نظرًا لوجود الكثير من المعلومات المضللة حول الطعم على منصات التواصل.<sup>(65)</sup>

الفرض الثاني: يختلف الاتجاه نحو الحصول على طعم كورونا باختلاف العوامل الديموجرافية كما يلي:

الفرض الفرعى الأول:

توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم لصالح الذكور. Ogilvie, .(66) Kaadan, M.I., et al.2021  
(67)G. S 2021

### جدول (27)

ختبار T- test لمعنوية الفروق بين الذكور والإناث في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم

الاتجاه	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
مكون معرفي	ذكر	58	26.81	3.615	0.461	198	0.646
	أنثى	142	26.60	2.634			
مكون وجداني	ذكر	58	8.97	1.835	1.288	198	0.199
	أنثى	142	8.55	2.162			
مكون السلوكي	ذكر	58	2.48	1.592	0.412	198	0.681
	أنثى	142	2.39	1.443			
الاتجاه	ذكر	58	38.26	5.922	0.873	198	0.384
	أنثى	142	37.54	5.051			
	ن	200					

يظهر من نتائج الجدول السابق عدم ثبوت صحة الفرض الخاص بالنوع، فلا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على طعم كورونا بوجه عام، أو في متوسطات مكونات الاتجاه «السلوكي، المعرفي، الوجداني».

وقد ترجع تلك النتيجة إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في العينة من حيث المستوى المعرفي عن الطعم والاعتماد على مصادر المعلومات، حيث ربطت الدراسات بين ارتفاع المستوى المعرفي ووجود نية لتلقي الطعم<sup>(68)</sup>، وبين الاعتماد على الإنترنت بين الإناث كمصدر للمعلومات عن الطعم ورفضهم الحصول عليه.<sup>(69)</sup>

الفرض الفرعي الثاني:

توجد فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية في متوسطات درجات اتجاهاتها نحو الحصول على الطعم لصالح الفئة العمرية الأكبر من 60 سنة. Szilagy. (70)PG,2021(71), Paul, E.et al.2021

جدول (28)

اختبار One way Anova لمعنوية الفروق بين فئات السن في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم

مستوى المعنوية	درجة الحرية	قيمة (ف)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	
0.510	4 195	0.826	3.277	26.77	30	من 18 لأقل من 30	مكون معرفي
			3.585	26.05	43	من 30 لأقل من 40	
			2.429	27.02	83	من 40 لأقل من 50	
			2.970	26.46	26	من 50 لأقل من 60	
			2.874	26.56	18	من 60 فأكثر	
0.463	4 195	0.904	2.218	8.33	30	من 18 لأقل من 30	مكون وجداني
			2.174	8.42	43	من 30 لأقل من 40	
			1.956	8.69	83	من 40 لأقل من 50	
			2.349	9.00	26	من 50 لأقل من 60	
			1.708	9.28	18	من 60 فأكثر	
0.030	4 195	2.749	1.305	1.77	30	من 18 لأقل من 30	مكون سلوكي
			1.512	2.63	43	من 30 لأقل من 40	
			1.423	2.41	83	من 40 لأقل من 50	
			1.623	2.35	26	من 50 لأقل من 60	
			1.491	3.11	18	من 60 فأكثر	
0.595	4 195	0.696	5.036	36.87	30	من 18 لأقل من 30	الاتجاه
			6.090	37.09	43	من 30 لأقل من 40	
			4.820	38.12	83	من 40 لأقل من 50	
			6.007	37.81	26	من 50 لأقل من 60	
			5.081	38.94	18	من 60 فأكثر	
			<b>200</b>			ن	

يظهر من نتائج الجدول السابق عدم ثبوت صحة الفرض الخاص بالفئات العمرية إلا فيما

يتعلق بالمكون السلوكي، فلا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على طعم كورونا بوجه عام، أو في متوسطات المكون المعرفي، والمكون الوجداني للاتجاه. في حين وجدت فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية في مدى تبني المكون السلوكي للاتجاه عند مستوى معنوية 0.030، لصالح الفئة العمرية الأكبر من 60 عامًا بمتوسط حسابي 3.11، تلاها الفئة العمرية من 30 لأقل من 40 عامًا بمتوسط حسابي 2.63، ثم من 40 إلى 50 سنة بمتوسط حسابي 2.41، ومن 50 لأقل من 60 سنة بمتوسط حسابي 2.35، وأخيرًا الفئة الأصغر عمرًا بين مفردات العينة من 18 لأقل من 30 سنة وبلغ متوسطها الحسابي 1.77.

يتضح مما سبق، أن الفئة الأكبر سنًا بين مفردات العينة هي الأكثر قدرة على الدخول في حالة التأهب والاستعداد السلوكي، ويرجع ذلك إلى أن كبار السن هم الأكثر عرضة للإصابة بفيروس كورونا فهم الذين قد يحتاجوا لتلقي العلاج بالمستشفى في حالة إصابتهم بالفيروس، وعادة ما ترتبط الشيخوخة بالإصابة بأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم وداء السكري مما يجعل كبار السن أكثر عرضة للحجز بالمستشفيات والوفاة<sup>(72)</sup>، كما تم تفسير ذلك عبر متغير الثقة في اتخاذ القرار «الثقة السلوكية»، واعتبر البعض أن انخفاض الثقة محرك أساسي وراء التردد في تلقي الطعم بالفئات العمرية الأصغر.<sup>(73)</sup>

### الفرض الفرعي الثالث:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات التعليمية لمفردات العينة ومتوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم لصالح المستوى التعليمي المرتفع Szilagy (74), Coe, A. B. et al. 2021 PG et al. 2020<sup>(75)</sup>

### جدول (29)

اختبار One way Anova لمعنوية الفروق بين المستويات التعليمية في متوسطات

درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم

مستوى المعنوية	درجة الحرية	قيمة (ف)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	
0.923	3 196	0.160	4.183	27.00	5	تعليم أساسي	مكون معرفي
			3.505	26.86	14	شهادة متوسطة	
			2.993	26.72	123	تعليم جامعي	
			2.644	26.45	58	تعليم ما بعد جامعي	

0.656	3 196	0.540	2.302	7.60	5	تعليم أساسي	مكون وجداني
			2.277	8.43	14	شهادة متوسطة	
			2.108	8.73	123	تعليم جامعي	
			1.966	8.69	58	تعليم ما بعد جامعي	
0.363	3 196	1.069	0.894	1.40	5	تعليم أساسي	مكون سلوكي
			1.604	2.43	14	شهادة متوسطة	
			1.517	2.37	123	تعليم جامعي	
			1.415	2.59	58	تعليم ما بعد جامعي	
0.904	3 196	0.188	5.874	36.00	5	تعليم أساسي	الاتجاه
			6.832	37.71	14	شهادة متوسطة	
			5.456	37.83	123	تعليم جامعي	
			4.637	37.72	58	تعليم ما بعد جامعي	
			200			ن	

يتبين من نتائج اختبار الفرض، عدم ثبوت صحة الفرض، حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة بداخل العينة في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على طعم كورونا بوجه عام، أو في متوسطات مكونات الاتجاه «السلوكي، المعرفي، الوجداني».

**الفرض الثالث: يتأثر الاتجاه نحو الحصول على الطعم بمكونات نموذج المعتقدات الصحية.**

### جدول (30)

العلاقة بين الاتجاه نحو تلقي طعم كورونا ومكونات نموذج المعتقدات الصحية

الأبعاد	قيمة معامل بيرسون	مستوى المعنوية
الاتجاه x قابلية الإصابة	-0.036	0.612
الاتجاه x إدراك خطورة	-0.016	0.819
الاتجاه x الفوائد متصورة	-0.030	0.673
الاتجاه x دوافع التغيير	-0.087	0.223

0.021	0.163-	الاتجاه x الحواجز المتصورة
0.000	0.477	الاتجاه x الكفاءة الذاتية
	200	ن

يتضح من اختبار الفرض السابق، ثبوت صحة الفرض فيما يتعلق بمتغيرين فقط من النموذج هما؛ متغير الحواجز المتصورة عند مستوى معنوية 0.021، وبلغت قيمة معامل بيرسون -0.163، ومتغير الكفاءة الذاتية عند مستوى معنوية 0.000 وبلغت قيمة معامل بيرسون 0.477، وفي المقابل لم تثبت صحة الفرض فيما يتعلق ببقية متغيرات النموذج. ويتبين من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين اتجاه مفردات العينة نحو تلقي الطعم، والاعتقاد بوجود حواجز تعوق تلقي الطعم، فكلما ارتفع وجود تلك الحواجز انخفض الاتجاه الإيجابي نحو تلقي الطعم.

أما فيما يتعلق بالاعتقاد في الكفاءة الذاتية، فتوجد علاقة ارتباطية إيجابية بين مكون الكفاءة الذاتية والاتجاه الإيجابي نحو تلقي الطعم، فكلما ارتفعت ثقة الفرد في كفاءته الذاتية زادت النية في تلقي الطعم.

#### أهم نتائج الدراسة:

- بلغت نسبة المتعرضين لفقرات برامج التوك شو التي تناولت طعم كورونا 68.5% موزعين بين بين ثلاث فئات «دائماً، نادراً، أحياناً» في مقابل 31.5% لم يتعرضوا لتلك الفقرات.
- تتصدر برامج التوك شو بقناة MBC مصر (الحكاية، يحدث في مصر) نسب المتابعة من جانب مفردات العينة، يليها برنامج مساء DMC، ثم برنامج كلمة أخيرة، وآخر النهار، ويتابع مفردات العينة برنامجي التاسعة وعلى مسؤوليتي بنسب أقل.
- يعتمد نصف مفردات العينة على الإنترنت كمصدر للمعرفة والحصول على المعلومات عن طعم كورونا، ويأتي الأهل والأصدقاء بعد ذلك بنسبة 33.5%، واعتمد 24% على حملات التوعية عن الطعم المقدمة بالراديو والتلفزيون كمصدر لمعلوماتهم عن الطعم، في حين أشار 20% إلى أنهم يعتمدون على برامج التوك شو، وانخفضت نسبة الاعتماد على أخذ الاستشارات الطبية أو سؤال الطبيب المعالج.
- ترتفع نسبة الاعتقاد باحتمالية القابلية للإصابة بين مفردات العينة، في حين تبين من النتائج أن 70% من مفردات العينة كان درجة اعتقادهم بخطورة الوضع الصحي متوسطة.

- رأى %66.5 من مفردات العينة أنه من أهم الفوائد المتصورة لتلقي طعم كورونا قدرته على التقليل من أعراض المرض عند الإصابة.
- أما عن الحواجز المتصورة، لم تُظهر مفردات العينة قلقًا نحو أمن الطعم، وآثاره الجانبية المستقبلية، حيث عارض تلك الفكرة %44 من مفردات العينة، وكان %46 محايدين نحو سلامة الطعم، في حين أجاب %89 بأن مجانية الطعم عملت على زيادة أعداد المتلقين للطعم.
- اتضح من النتائج أن الدافع الأكبر - من وجهة نظر مفردات العينة - للحصول على الطعم هو حصول دائرة المحيطين به عليه حيث بلغت نسبة هذا السبب %66.5، ورأى %26 أن نصيحة الأطباء قد تحفز الشخص للحصول على الطعم، أما فيما يتعلق بدور وسائل الإعلام، فقد أشار %22.5 من مفردات العينة إلى الحملات التوعوية بوزارة الإعلام، و%17 ذكروا مناقشات برامج التوك شو كأحد محفزات الأفراد للحصول على الطعم.
- تصل نسبة من لديهم درجة اعتقاد مرتفعة في كفاءتهم الذاتية بين مفردات العينة %58.5، ومن لديهم درجة اعتقاد متوسطة %39.5، وأخيرًا من لديهم درجة اعتقاد منخفضة في كفاءتهم الذاتية %2 بواقع 4 مفردات فقط.
- %69 من مفردات العينة كان لديهم مستوى معرفي مرتفع حول طعم كورونا، في مقابل ارتفاع نسبة الاتجاه المحايد لمفردات العينة في المكون الوجداني والسلوكي، حيث بلغت نسبتهم %49 و%67 على التوالي.
- تبين من النتائج ارتفاع نسبة الاتجاه المحايد نحو الحصول على الطعم بين مفردات العينة حيث بلغت نسبتهم %55، تلى ذلك ذوي الاتجاه الإيجابي بنسبة %42.5، وأخيرًا بلغت نسبة من يرفضون الحصول على الطعم بداخل العينة %2.5 بواقع 5 مفردات.
- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التعرض لفقرات التوك شو الخاصة بطعم كورونا والاتجاه نحو الحصول على الطعم.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم.
- وجدت فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة في تبني المكون السلوكي للاتجاه فقط لصالح الفئة العمرية الأكبر من 60 عامًا عند مستوى معنوية 0.030، بمتوسط حسابي 3.11.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات التعليمية لمفردات العينة ومتوسطات درجات اتجاهاتهم نحو الحصول على الطعم.
- توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائية بين اتجاه مفردات العينة نحو تلقي الطعم،

والاعتقاد بوجود حواجز تعوق تلقي الطعام، فكلما ارتفع وجود تلك الحواجز انخفض الاتجاه الإيجابي نحو تلقي الطعام.  
- توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين مكون الكفاءة الذاتية والاتجاه الإيجابي نحو تلقي الطعام.

#### الخاتمة والتطبيقات العملية لنموذج المعتقدات الصحية من واقع نتائج الدراسة:

يرى علماء الاتصال الصحي أن برامج الاتصال تكون أكثر نجاحًا إذا استندت إلى مبادئ نظرية سليمة، وأن التوعية التي تقدمها وسائل الإعلام فعالة بشرط أن تكون متداخلة مع أطر أخرى مثل وجود بيئة سياسات داعمة، وإمداد كافٍ من الخدمات والمنتجات، والمبادرات المجتمعية لتعزيز السلوك والتغيير الاجتماعي. تعتمد غالبية الحملات الصحية بالدول النامية على أكثر من نهج للتواصل في حملاتها، بمعنى دمج وسائل الإعلام مع تعبئة مجتمعية، وتعزيز الاتصال الشخصي المقدم على أرض الواقع من جانب الأطقم الطبية، وقادة الرأي، والمتطوعين، جنبًا إلى جنب مع استخدام التطبيقات التكنولوجية الحديثة ونشر الوعي الصحي من خلالها، إيمانًا بفكرة أنه «كلما زاد التواصل، كان التأثير أفضل». ويعد استخدام حملات الاتصال الصحي في البلدان النامية بمثابة نهجًا لتحفيز السلوك الصحي الإيجابي على المستوى الفردي وتحقيق التغيير الاجتماعي.<sup>(76)</sup>

ومن ثم علينا أن نعمل على التسويق الاجتماعي لتعزيز فكرة تلقي طعام كورونا، وأن يكون الأمر محور اهتمام الحملات الصحية، البرامج التليفزيونية، والمحتوى الرقمي المنشور على مواقع الإنترنت ومنصات التواصل الاجتماعي، فالأمر يستدعي مزيد من المسؤولية الاجتماعية والتعامل المسئول والمهني مع المحتوى الإعلامي المقدم، ففكرة التسويق الاجتماعي الصحي في ظل هذه الجائحة عليها ألا تقتصر على الحملات التوعوية فقط، ولكن عليها أن تمتد للمواد الإعلامية المقدمة كافة بجميع القنوات الاتصالية، على أن يتم الاهتمام بالاتصال الشخصي في المناطق النائية، واستهداف الفئات منخفضة المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وذوي المستويات التعليمية المنخفضة.

يجب وضع سياسات للتحكم في جودة المعلومات لمنع انتشار المعلومات المضللة، حيث تساهم المعرفة غير الدقيقة في ارتفاع معدلات الوفيات<sup>(77)</sup>، كما يحتاج الإعلام للاهتمام بمتلقي الطعام وتبسيط الضوء عليهم حتى يتخلى الآخرون عن ترددهم في التطعيم. وذلك بدلًا من أن تركز وسائل الإعلام الانتباه على أولئك الذين يرفضون الطعام؛ مما يولد سلسلة من المقاومين للتطعيم.<sup>(78)</sup>

ومن واقع نتائج الدراسة الحالية يمكن صياغة عدد من النقاط التي تحتاج التغطية

الإعلامية الارتكاز عليها مستقبلاً في عمليات الاتصال الصحي المتعلقة بطعوم كورونا؛  
 - تؤكد النتائج الخاصة بمتغير الاعتقاد بقابلية الإصابة بالمرض على نجاح وتر التهيب في الوصول لدرجة مرتفعة من هذا الاعتقاد، حيث اتضح من النتائج أن أعلى الجمل في المتوسطات الحسابية كانت «زيادة أعداد المصابين تقلل من فرص وجود أجهزة تنفس صناعي، أدوية، نقص في الأطقم الطبية».

- تحتاج التغطية الإعلامية إلى مزيد من التركيز على فكرة الآثار السلبية المستقبلية للإصابة بالفيروس، حيث انخفضت متوسطات هذه الجملة عند قياس الاعتقاد بخطورة الموقف الصحي.

- يفقد الاعتقاد للفوائد المتصورة من تلقي الطعم الثقة في فعالية الطعم، حيث تقدمت فكرة «التقليل من أعراض المرض عند الإصابة» فوائد الطعم بالنسبة لمفردات العينة، مقارنة بفاعلية الطعم في «الحد من فرص الإصابة»، وهو ما يتطلب من التغطية الإعلامية التركيز على مفهوم فعالية الطعوم بمختلف أنواعها، وتوضيح نسب الحماية التي توفرها.

- فيما يتعلق بالحواجز التي تحد من اتخاذ إجراءات تلقي الطعم، تحتاج الجهود الاتصالية إلى التأكيد المستمر على مجانية الطعم، حيث سجلت جملة «توفر التطعيم بشكل مجاني يعمل على زيادة أعداد الحاصلين على الطعم» أعلى المتوسطات الحسابية بين عبارات قياس الحواجز المتصورة، بجانب التوعية بالجانب التقني وإضافة محتوى لمحو الأمية الرقمية إلى الحملات الصحية.

- دعم الجانب المعلوماتي الخاص بكيفية التعامل مع الآثار الجانبية المباشرة لتلقي الطعوم، وفتح المناقشات حول الطعوم المقدمة للفئات العمرية أقل من 18 سنة، حيث اتضح من النتائج انخفاض المستوى المعرفي حولها.

- باختلاف المناطق الجغرافية والبلدان التي تم تطبيق المسوح الخاصة بنية تلقي الطعم بها، كان متغير الثقة هو المحرك الأساسي للتردد في أخذ الطعم سواء الثقة في سلامة وأمان الطعم، أو الثقة في فعاليته للحماية من العدوى، أو الثقة في المؤسسات الصحية والحكومية وهو ما ظهر في مختلف التوجهات السياسية للحكومات في مسوح الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية والمسوح الخاصة بدول شرق آسيا.

وأخيراً، ليس بالضرورة أن ينطوي شكل حملات التسويق الاجتماعي على الإعلان، ولكن الهدف هو التكامل في أشكال العمليات الاتصالية، والتنوع فيما بين القوالب، والمنصات الإعلامية المختلفة التي تقدم المحتوى التوعوي. مع الاهتمام بدراسات قياس رد فعل المتلقين بشكل دوري للوقوف على نجاح المحتوى في الوصول للجمهور المستهدف، والتعديل في آليات العمل في حال عدم التوفيق في تحقيق التغيير السلوكي المرغوب فيه.

### المراجع:

1. WHO. <https://www.who.int/ar/campaigns/vaccine-equity>
2. Mandal S, Arinaminpathy N, Bhargava B, et al.(2021).India's pragmatic vaccination strategy against COVID-19: a mathematical modelling-based analysis, **BMJ Open** ;11:e048874. Doi: 10.1136/bmjopen-2021-048874
3. Rella, S.A., Kulikova, Y.A., Dermitzakis, E.T. et al. (2021). Rates of SARS-CoV-2 transmission and vaccination impact the fate of vaccine-resistant strains. **Sci Rep** 11, 15729 <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95025-3>
4. Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. **Lancet** (London, England), 376(9748), 1261-1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
5. Schiavo, R. (2013). **Health communication: From theory to practice**, 217. John Wiley & Sons, p.6.
6. OECD (2021), "Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments", OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), **OECD Publishing**, Paris, <https://doi.org/10.1787/eae0ec5a-en>.
7. [http://www.crci.sci.eg/wp-content/uploads/2015/06/Egypt\\_2030.pdf](http://www.crci.sci.eg/wp-content/uploads/2015/06/Egypt_2030.pdf)
8. Costantini, H. (2021). COVID-19 Vaccine Literacy of Family Carers for Their Older Parents in Japan. **Healthcare**, 9(8), 1038. doi:10.3390/healthcare9081038.
9. Wismans A, Thurik R, Baptista R, Dejardin M, Janssen F, Franken I.(2021). Psychological characteristics and the mediating role of the 5C Model in explaining students' COVID-19 vaccination intention. **PLoS ONE**, 16(8): e0255382. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255382>

10. Murphy, Jamie & Vallières, Frédérique & Bentall, Richard & Shevlin, Mark & McBride, Orla & Hartman, Todd & McKay, Ryan & Bennett, Kate & Mason, Liam & Gibson-Miller, Jilly & Levita, Liat & Martinez, Anton & Stocks, Thomas & Karatzias, Thanos & Hyland, Philip. (2021). Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. **Nature Communications**. 12(1), p.3-15, DOI: 10.1038/s41467-020-20226-9

11. Reiter, P. L., Pennell, M. L., & Katz, M. L. (2020). Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated?. **Vaccine**, 38(42),6500-6507. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.08.043>

12. World Health organization. (2017). Available at: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/329647/Vaccines-and-trust.PDF](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/329647/Vaccines-and-trust.PDF)

13. Sakr, S., Ghaddar, A., Sheet, I., Eid, A. H., & Hamam, B. (2021). Knowledge, attitude and practices related to COVID-19 among young Lebanese population. **BMC Public Health**, 21(1), NA. <https://link.gale.com/apps/doc/A661396185/AONE?u=anon~16d39817&sid=googleScholar&xid=5b13d592>

14. Guidry, J., Laestadius, L. I., Vraga, E. K., Miller, C. A., Perrin, P. B., Burton, C. W., Ryan, M., Fuemmeler, B. F., & Carlyle, K. E. (2021). Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. **American journal of infection control**, 49(2), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.018>.

15. Jin, Q., Raza, S. H., Yousaf, M., Zaman, U., & Siang, J. M. L. D. (2021). Can Communication Strategies Combat COVID-19 Vaccine Hesitancy with Trade-Off between Public Service Messages and Public Skepticism? Experimental Evidence from Pakistan. **Vaccines**, 9(7), 757. doi:10.3390/vaccines9070757

16. Chu, H., & Liu, S. (2021). Integrating health behavior theories to predict American's intention to receive a COVID-19 vaccine. **Patient education and counseling**, 104(8), 1878-1886. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.031>

17. Mercadante, A. R., & Law, A. V. (2021). Will they, or Won't they? Examining patients' vaccine intention for flu and COVID-19 using the Health Belief Model. *Research in social & administrative pharmacy*: **RSAP**, 17(9), 1596-1605. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.12.012>

18. Coe, A. B., Elliott, M. H., Gatewood, S., Goode, J. R., & Moczygemba, L. R. (2021). Perceptions and predictors of intention to receive the COVID-19 vaccine. *Research in social & administrative pharmacy* : **RSAP**, S1551-7411(21)00164-9. **Advance online publication**. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.04.023>

19. Reiter, P. L., Pennell, M. L., & Katz, M. L. (2020). Op.cit.

20. Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. (2021). Attitudes towards COVID-19 vaccination, vaccine hesitancy and intention to take the vaccine. **Pharmacy practice**, 19(1), 2317. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2021.1.2317>

21. Liu, S., & Liu, J. (2021). Understanding Behavioral Intentions Toward COVID-19 Vaccines: Theory-Based Content Analysis of Tweets. **Journal of Medical Internet Research**, 23(5), e28118.

22. Lo, S. Y., Li, S. C. S., & Wu, T. Y. (2021). Exploring Psychological Factors for COVID-19 Vaccination Intention in Taiwan. **Vaccines**, 9(7), 764.

23. Murphy, Jamie & Vallières, Frédérique & Bentall, Richard & Shevlin, Mark & McBride, Orla & Hartman, Todd & McKay, Ryan & Bennett, Kate & Mason, Liam & Gibson-Miller, Jilly & Levita, Liat & Martinez, Anton & Stocks, Thomas & Karatzias, Thanos & Hyland, Philip. (2021). Op.cit.

24. Sharma, M., Davis, R. E., & Wilkerson, A. H. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptance among College Students: A Theory-Based Analysis. **International journal of environmental research and public health**, 18(9), 4617. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094617>
25. Syed Alwi, S.A.R., Rafidah, E., Zurraini, A. et al. (2021). A survey on COVID-19 vaccine acceptance and concern among Malaysians. **BMC Public Health**, 21, 1129 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11071-6>
26. Mercadante, A. R., & Law, A. V. (2021). Op.cit.
27. Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. (2021). Op.cit.
28. Seale, H., Heywood, A. E., Leask, J., Sheel, M., Durrheim, D. N., Bolsewicz, K., & Kaur, R. (2021). Examining Australian public perceptions and behaviors towards a future COVID-19 vaccine. **BMC Infectious Diseases**, 21(1), 1-9.
29. Coe, A. B., Elliott, M. H., Gatewood, S., Goode, J. R., & Moczygemba, L. R. (2021). Op.cit.
30. Guidry, J., Laestadius, L. I., Vraga, E. K., Miller, C. A., Perrin, P. B., Burton, C. W., Ryan, M., Fuemmeler, B. F., & Carlyle, K. E. (2021). Op.cit.
31. Ali SH, Foreman J, Tozan Y, Capasso A, Jones AM, DiClemente RJ.(2020). Trends and Predictors of COVID-19 Information Sources and Their Relationship With Knowledge and Beliefs Related to the Pandemic: Nationwide Cross-Sectional Study **JMIR Public Health Surveill**;6(4):e21071  
doi: 10.2196/21071PMID: 32936775PMCID: 7546863
32. Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. (2021). Op.cit.
33. Murphy, Jamie & Vallières, Frédérique & Bentall, Richard & Shevlin, Mark & McBride, Orla & Hartman, Todd & McKay, Ryan & Bennett, Kate & Mason, Liam & Gibson-Miller, Jilly & Levita, Liat &

Martinez, Anton & Stocks, Thomas & Karatzias, Thanos & Hyland, Philip. (2021). Op.cit.

34. Sakr, S., Ghaddar, A., Sheet, I., Eid, A. H., & Hamam, B. (2021). Op.cit.

35. Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. (2021).Op.cit.

36. Kaadan, M. I., Abdulkarim, J., Chaar, M., Zayegh, O., & Keblawi, M. A. (2021). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the Arab world: a cross-sectional study. **Global health research and policy**, 6(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00202-6>.

37. Kim, J., & Jung, M. (2017). Associations between media use and health information-seeking behavior on vaccinations in South Korea. **BMC public health**, 17(1), 700. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4721-x>

38. Seale, H., Heywood, A. E., Leask, J., Sheel, M., Durrheim, D. N., Bolsewicz, K., & Kaur, R. (2021). Op.cit.

39. Hansen N, Mølbak K, Cox I, Lioma C. (2019). Relationship Between Media Coverage and Measles-Mumps-Rubella (MMR) Vaccination Uptake in Denmark: Retrospective Study, **JMIR Public Health Surveill**, 5(1):e9544 URL: <https://publichealth.jmir.org/2019/1/e9544>, DOI: 10.2196/publichealth.9544

40. Heidi J Larson, Kenneth Hartigan-Go & Alexandre de Figueiredo. (2019). Vaccine confidence plummets in the Philippines following dengue vaccine scare: why it matters to pandemic preparedness, **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, 15:3, 625-627, DOI: 10.1080/21645515.2018.1522468/

41. Lo, S. Y., Li, S. C. S., & Wu, T. Y. (2021). Op.cit.

42. Murphy, Jamie & Vallières, Frédérique & Bentall, Richard & Shevlin, Mark & McBride, Orla & Hartman, Todd & McKay, Ryan & Bennett, Kate & Mason, Liam & Gibson-Miller, Jilly & Levita, Liat & Martinez, Anton & Stocks, Thomas & Karatzias, Thanos & Hyland,

Philip. (2021). Op.cit.

43. Kim, J., & Jung, M. (2017). Op.cit.

44. Ali SH, Foreman J, Tozan Y, Capasso A, Jones AM, DiClemente RJ.(2020).

Op.cit.

45. El-Far Cardo, A., Kraus, T., & Kaifie, A. (2021). Factors That Shape People's Attitudes towards the COVID-19 Pandemic in Germany—The Influence of MEDIA, Politics and Personal Characteristics. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(15), 7772.

46. Viswanath, K., Bekalu, M., Dhawan, D., Pinnamaneni, R., Lang, J., & McCloud, R. (2021). Individual and social determinants of COVID-19 vaccine uptake. **BMC public health**, 21(1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10862-1>

47. Chua, C. E., Kew, G. S., Demutska, A., Quek, S., Loo, E. X. L., Gui, H., ... & Siah, K. T. H. (2021). Factors associated with high compliance behaviour against COVID-19 in the early phase of pandemic: a cross-sectional study in 12 Asian countries. **BMJ open**, 11(8), e046310.

48. Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. (2021). Op.cit

49. Jin, Q., Raza, S. H., Yousaf, M., Zaman, U., & Siang, J. M. L. D. (2021). Op.cit.

50. Chu, H., & Liu, S. (2021). Op.cit.

51. Fridman I, Lucas N, Henke D, Zigler C.(2020).Association Between Public Knowledge About COVID-19, Trust in Information Sources, and Adherence to Social Distancing: Cross-Sectional Survey. **JMIR Public Health Surveill**,6(3):e22060 URL: <https://publichealth.jmir.org/2020/3/e22060>, DOI: 10.2196/22060

52. Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. Rime, & K. Viswanath (Eds.), **Health behavior**

**and health education: Theory, research, and practice.** Jossey-Bass, 4th ed, p.42,46.

53. Rimer, B. K., & Glanz, K. (2005). Theory at a glance: A guide for health promotion practice. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, **National Institutes of Health**, National Cancer Institute, p.13.

54. Basil, M. D. (2019). **Theory in social marketing.** In **Social marketing in action** (pp. 5978-). Springer, Cham, p.66.

55. Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). Op.cit, p.47,48,52.

56. Syed Alwi, S.A.R., Rafidah, E., Zurraini, A. et al. (2021). Op.cit

57. Chua, C. E., Kew, G. S., Demutska, A., Quek, S., Loo, E. X. L., Gui, H., & Siah, K. T. H. (2021). Op.cit

58. WHO Organization. (2020). Available at:[https://www.who.int/ar/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/ar/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines).

59. إيمان أسامة أحمد عبد الفتاح.(2013). العوامل المؤثرة على فعالية حملات التسويق الاجتماعي في مصر «دراسة تطبيقية على عينة من الحملات الصحية في مصر»، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإعلام، جامعة القاهرة، ص254.

60. Lin Y, Hu Z, Zhao Q, Alias H, Danaee M, Wong LP .(2020) .Understanding COVID-19 vaccine demand and hesitancy: A nation-wide online survey in China. **PLoS Negl Trop Dis** 14(12): e0008961. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008961>

61. Murphy, Jamie & Vallières, Frédérique & Bentall, Richard & Shevlin, Mark & McBride, Orla & Hartman, Todd & McKay, Ryan & Bennett, Kate & Mason, Liam & Gibson-Miller, Jilly & Levita, Liat & Martinez, Anton & Stocks, Thomas & Karatzias, Thanos & Hyland, Philip. (2021). Op.cit.

62. El-Far Cardo, A., Kraus, T., & Kaifie, A. (2021). Op.cit.

63. Murphy, Jamie et al. (2021).Op.cit, El-Far Cardo, A.(2021).Ibid.

64. Viswanath, K., et al. (2021).Op.cit.

65. Kouzy, R., Abi Jaoude, J., Kraitem, A., El Alam, M. B., Karam,

B., Adib, E., Zarka, J., Traboulsi, C., Akl, E. W., & Baddour, K. (2020). Coronavirus Goes Viral: Quantifying the COVID-19 Misinformation Epidemic on Twitter. **Cureus**, 12(3), e7255. <https://doi.org/10.7759/cureus.7255>

66. Kaadan, M.I., Abdulkarim, J., Chaar, M. et al. (2021). Op.cit.

67. Ogilvie, G. S., Gordon, S., Smith, L. W., Albert, A., Racey, C. S., Booth, A., ... & Sadarangani, M. (2021). Intention to receive a COVID-19 vaccine: Results from a population-based survey in Canada. **BMC public health**, 21(1), 1-14.

68. Sakr, S., Ghaddar, A., Sheet, I., Eid, A. H., & Hamam, B. (2021). Op.cit.

69. Kaadan, M. I., Abdulkarim, J., Chaar, M., Zayegh, O., & Keblawi, M. A. (2021). Op.cit.

70. Szilagyi PG, Thomas K, Shah MD, et al. )2021(. National Trends in the US Public's Likelihood of Getting a COVID-19 Vaccine—April 1 to December 8, 2020. **JAMA**,325(4),396-398. doi:10.1001/jama.2020.26419

71. Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. **The Lancet regional health. Europe**, 1, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100012>

72. UNFPA. (2020). Ageing and COVID-19 in the Arab region: Leaving no one behind  
<https://bit.ly/3qgRyAj>.

73. Sharma, M., Davis, R. E., & Wilkerson, A. H. (2021). Op.cit.

74. Szilagyi PG, Thomas K, Shah MD, et al. )2021(.Op.cit.

75. Coe, A. B., Elliott, M. H., Gatewood, S., Goode, J. R., & Moczygemba, L. R. (2021). Op.cit.

76. Sood, S., Shefner-Rogers, C., & Skinner, J.P. (2014). Health Communication Campaigns in Developing Countries. **Journal of**

**Creative Communications**, 9, 67 – 84.

77. Fridman I, Lucas N, Henke D, Zigler C.(2020).Op.cit.

78. Schmelz, K., & Bowles, S. (2021). Overcoming COVID-19 vaccination resistance when alternative policies affect the dynamics of conformism, social norms, and crowding out. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 118(25).