

社区动员与老龄人口新冠疫苗接种决策： 传播基础设施理论视角

邱鸿峰，黄柄瑞

(厦门大学新闻传播学院，福建厦门 361005)

摘要：研究基于传播基础设施理论，通过2021年9—11月在F省内两个城乡社区的深度访谈与非参与式观察，揭示社区老龄人口新冠疫苗接种的动因、障碍，以及社区传播扮演的角色。研究发现，宿命论、疾病史、接种后果不确定性是主要障碍。如何克服社会文化语境中的消极因素，对老龄人口进行有效动员，给作为“故事讲述网络”中继站以及“传播行动语境”营造者的社区组织带来挑战。通过聚焦社区传播网络的结构以及嫁接文化中心的健康传播路径，研究发展了传播基础设施理论。

关键词：新冠疫苗接种；老龄人口；传播基础设施；社区传播

中图分类号：G206

文献标识码：A

文章编号：2096-8418 (2023) 02-0041-13

在后疫情时代如何减少公众对疫苗的疑虑、提高接种率，已经成为新冠预防的新挑战。^[1] 尽管我国的新冠疫苗接种人群覆盖率位居全球前列，但怎样“在确保安全的基础上加大工作力度”^[2]，针对作为易感人群的老龄人口开展高效的传播动员、提升其疫苗接种率，对保障整个社会疫情防控具有重要意义。

当前国内针对老年人新冠疫苗接种意向的研究较少。早期研究发现，老年群体接种肺炎与流感疫苗受到社会经济地位、疫苗知识、接种史、人际传播、家庭结构等因素的制约。^[3] 然而上述研究均无理论框架去勾连变量之间的关系，导致无法从社会结构、信息传播与个体能动性的系统视角考察复杂的健康议题。传播学者尽管较早涉足新冠疫苗接种研究，但多聚焦信息框架等传播策略如何影响个体的接种意愿。^[4] 个体生活在复杂的社会情境中，多元信息渠道、本土健康观念，以及其他社会语境都会影响他们的疫苗接种决策^[5]，因此需要将研究视野延伸至现实传播生态。

基于老龄人口的低移动性与低社交媒体使用率，社区传播对其疫苗接种意义重大。在健康传播领域，传播基础设施理论（communication infrastructure theory）被用于解释特定社区的传播网络与传播语境如何影响当地居民的健康后果^[6]，并成为近年来探索解决社区居民健康差异与健康资源不均衡分配的核心理论。^[7] 宏观层面的大众传媒、中观层面的社区媒体与基层组织、微观层面的家庭及邻里关系网络，都是健康信息的传播者。它们之间的整合程度越高，越有利于消除社区内部的健康差异。^[8] 然而该理论的适用性从未在我国的社区语境中被检验。本研究以它为理论框架，聚焦老龄人口的新冠疫苗接种决策，揭示我国城市与农村社区特定的传播网络与传播语境的结构性影响，特别是社区组织在激活传播网络与克服语境障碍中扮演的关键角色，为重大突发公共卫生事件的基层社会治理提供实证参考。

一、理论框架

传播基础设施理论旨在阐明影响健康行为的多重社会情境，以及它们之间的相互作用。作为一个

由城市社区传播研究发展而来的传播生态理论，它认为社区具有独特而丰富的传播资源以影响居民健康。这些传播资源可以概括为多层次的“故事讲述网络”（storytelling network）以及它所根植的“传播行动语境”（communication action context）^[9]，前者是指大众传媒、社区媒体、基层组织与社区居民创造日常对话和邻里故事，后者是指促进居民交流的外部资源。

故事讲述是指社区成员将社区视作归属感的来源，通过共享关切，建构关于社区现实与愿景的过程。^[10] 社区故事讲述网络包括宏观（如全国性媒体、政府组织）、中观（如本土媒体、社区组织），以及微观层面的行动者。这其中，中观与微观层面的故事讲述是研究焦点。一方面，学者们关注个体与故事讲述网络连接的紧密程度所产生的健康后果。更频繁的社区人际交流、媒介使用与组织沟通有着更为积极的健康后果，如更高的预防乳腺癌与糖尿病的知识水平，以及更积极的健康信息搜寻行为与应急响应。^[11] 进一步的研究表明，连接社区故事讲述网络会通过社会支持、公民参与、集体效能等机制影响个体的健康后果。^[12] 另一方面，相关研究试图解决特定社区由于特定社会情境（如人口构成、地理环境）而导致的健康不平等。^[13] 社区成员和朋友、邻居就日常生活进行交流，这些分享的叙事揭示了影响当地居民健康的社会情境因素，以据此展开有效的健康干预。

社区的故事讲述网络受到传播行动语境的促进或限制。后者是指影响社区居民接入或参与各类传播活动的自然或人造环境，既包括物质层面（如社区地理位置、公共交往空间），又包括社会文化层面（如个人主义/集体主义倾向）。^[14] 既有研究多关注物质层面的语境，通过理解影响传播的结构性要素，帮助公共卫生部门确认在何处、何时针对难以触达的人群展开健康干预。^[15] 社区居民能否获取特定的健康资源不仅与他们的健康状况与健康保险有关，而且受到他们与当地传播网络的联系程度的制约^[16]，因为居民对这些资源的接近性感知受到社区传播的影响。当居民们谈论社区医疗中心交通不便时，交通不仅是一个结构性要素，也是他们在谈话过程中建构的寻求医疗服务的障碍。^[17] 如此，社区的故事讲述网络与传播行动语境既独立作用又相互影响，共同影响了当地居民的健康后果。

尽管传播基础设施理论帮助我们识别社区传播生态中影响老龄人口疫苗接种的动因与障碍，该理论本身仍有进一步探索的空间。比如故事讲述网络的结构对健康后果是否关键；物质性与精神性的传播行动语境是否同样值得重视。更为重要的是，社区组织既是社区传播网络的成员，又是传播语境的重要构成^[18]，当适用于西方国家自治社区的传播基础设施理论被用来考察我国的社区健康传播时，作为国家政策落实者与基层管理权力行使者的村委会或居委会，在故事讲述网络以及传播行动语境中会扮演何种独特的角色。基于上述讨论，本研究试图回答以下问题：

RQ1：在故事讲述网络层面，社区老龄人口接种疫苗的动因与障碍是什么？

RQ2：在传播行动语境层面，社区老龄人口接种疫苗的动因与障碍是什么？

RQ3：社区组织如何激活传播网络、营造传播语境，动员老龄人口接种疫苗？

二、研究方法

基于我们的理论关切和研究问题，本研究主要采用访谈这一质性数据搜集方法，以理解影响社区老年人疫苗接种的传播和社会情境因素，以及社区组织在接种动员中扮演的角色。访谈数据包含两类内容：社区老年人关于其接种新冠疫苗的叙事（特别是传播和社会情境要素对其接种决策的影响）和社区组织针对当地老年人的接种动员过程。此外，研究者还采用田野笔记的形式记录非参与式观察获得的数据（包括社区居民间非正式的交谈、社区的地理位置、周边的交通设施、社区内的公共活动场所、社区宣传栏的内容等），这些观察记录有助于研究者将社区居民的访谈资料置于特定的社区语境之中。^[19]

2021 年 8 月，新冠德尔塔变异株引发了我国新一轮的本土疫情，波及 17 个省份。为了检验传播基

基础设施理论在不同性质社区的适用性, 本研究于 2021 年 9—11 月选取 F 省内的城市社区 X 与乡村社区 N 作为田野调查地点。社区 X 常住人口 6326 人, 旅游业发达, 所在的副省级城市经历过两次外来输入病例引发的疫情; 区域内 60 岁以上老人 1477 位, 截至调查时疫苗接种率达 71.6%。社区 N 是一个城中村, 常住人口 1941 人, 所在的县级市从未有输入病例; 区域内 60 岁以上老人 391 位, 截至调查时接种率达 59.3%。本研究的一位成员家住 N 社区, 上学在 X 社区, 因此可以便利地对两个社区进行非参与式观察, 并采用雪球抽样对 N 社区的 11 位老人 (5 男 6 女, 平均年龄 70.6 岁, 小学到初中文化), 以及 X 社区的 12 位老人 (5 男 7 女, 平均年龄 66.5 岁, 小学到高中文化) 展开深度访谈 (见表 1)。

对社区老年人的半结构化访谈主要涉及受访者的基本信息 (如健康状况、职业、社会经济地位、家庭结构等)、疫苗接种的动因与障碍 (如“哪些因素影响了您的疫苗接种决策?”)、社区故事讲述网络 (如“您通过哪些媒体、哪些人了解疫苗接种信息?”), 以及社区的传播行动语境 (如“您是否能便捷地找到附近的医疗咨询机构?”)。此外, 本研究还访谈了 4 位社区管理者与志愿者, 以深入了解社区组织在动员老龄人口接种过程中如何搭建传播网络与营造传播语境。样本量遵循扎根理论的理论饱和原则。研究者及时对收集的数据进行分析, 围绕 3 个研究问题进行开放式和轴心编码, 抽象与完善理论模型。当发现新增样本不能补充、发展既有理论模型时, 即视作达到理论饱和, 不再继续新增受访者。^[20]

对田野笔记和访谈数据的分析是以扎根理论为依据的多阶段归纳分析过程, 编码类别既源于数据呈现的模式, 又取决于研究的理论关切。^[21] 首先, 通过不断比较分析技术 (constant comparative method), 两位研究者独立识别访谈数据中与疫苗接种决策有关的反复出现的主题 (例如社区传播、风险感知、接种意向等), 并探索这些主题之间的关联。其次, 扎根理论分析允许我们运用理论框架去解释数据, 通过比对、讨论这些主题与理论框架之间的联系, 在达成共识后将这些主题进一步分配给研究关注的、与传播基础设施有关的编码类别, 即故事讲述网络与传播行动语境。最后, 田野笔记能够为概念间的联系提供情境或补充说明, 两位研究者再次回到数据中依据代表性、清晰性、简洁性原则共同确定引述内容, 将其呈现在随后的研究发现部分中。^[22]

表 1 受访者人口学特征

所在社区	编号	年龄	健康状况	是否接种疫苗	学历
N 社区	N1F	70	多次手术史、慢性病	否	小学
	N2M	73	高血压、长期服药	否	初中
	N3F	71	自我报告健康	是	初中
	N4M	77	心血管病	是	小学
	N5F	71	自我报告健康	是	小学
	N6M	63	自我报告健康	是	小学
	N7F	61	自我报告健康	是	初中
	N8M	83	手术史	否	小学
	N9F	79	自我报告健康	是	小学
	N10F	61	血糖高	否	小学
	N11M	68	自我报告健康	否	初中

续表

所在社区	编号	年龄	健康状况	是否接种疫苗	学历
X 社区	X1M	65	自我报告健康	是	小学
	X2M	65	自我报告健康	是	初中
	X3M	70	自我报告健康	是	初中
	X4M	67	自我报告健康	否	高中
	X5M	69	有心脏问题	否	小学
	X6F	62	冠心病、高血压	否	高中
	X7F	70	右手神经问题	是	高中
	X8F	63	存在基础疾病	是	初中
	X9F	62	高血压	是	初中
	X10F	65	自我报告健康	是	小学
	X11F	70	自我报告健康	是	初中
	X12F	70	自我报告健康	是	初中

三、研究发现

（一）故事讲述网络与老龄人口疫苗接种

社区组织、人际交流和电视是受访老年人获悉疫情动态、了解疫苗信息最重要的渠道。电视上的新闻资讯与国内外整体的疫情动向、国内疫情防控工作进展有关，由此形成的“高风险感知”构成了老年人疫苗接种的主要促动因素。电视上的疫苗接种倡导也被政府信任度较高的老年人理解作为一种政策红利、社会趋势，甚至是国家规范。在规范面前，个体意志微不足道，须服从于更高的社会利益，没有讨价还价的余地，比如：

有什么可聊的？他叫你去接种就去接种了。这又不是一个个人问题，而是社会的一个政策，电视不是一直在播放嘛！（X2M，65 岁）

人际网络对于老年人疫苗接种的影响稍显复杂，这是因为他们既依赖社区组织获知疫苗信息，又与重要他人（如子女、亲戚）以及弱关系圈（如邻居）谈论疫苗相关的信息。疫苗接种在我国是一项自上而下的防疫政策，许多受访者都谈到了社区基层工作人员的动员工作。基于社区组织的特殊作用，将在后面详细地讨论他们的传播策略。在重要他人影响上，大多数受访老年人的子女直接参与并影响了他们的接种决策。36%的老年样本有心脏病、高血压、高血糖，甚至手术史，他们对接种的安全性心存疑虑。因此通过子女向医生咨询接种安全性是老年人获得社会支持的重要方式。晚辈们采用的劝服策略也很关键，比如强调不打疫苗的消极后果，而不是强调打疫苗的积极后果。这种直觉上强调“减益”而不是“增益”的说服策略无意中达到了说服效果：

孙子和我说，你再也不打，公交车就没法坐了，我说我平时很少乘坐公交……不能去银行、公园，我说我不去。他又说你去领社保，没打〔疫苗〕人家也不让你去。他们骗着骗着我就去打了。（N5F，71 岁）

然而老年人并不仅仅接触来自电视与重要他人的接种劝服, 导致他们接种犹豫的主要影响源还有邻里弱关系网络。在邻里交流过程中, 疫苗接种的不良体验与不确定后果最常被提及, 给那些行动不便或者有疾病史的老人带来了决策难题。一位安装了心脏起搏器的老人通过咨询医生得到了病情稳定后可以接种的答复, 却也接收到了邻里传播的“噪音”:

我说我想去接种时, 人家说那个疫苗就是“以毒攻毒”“又不是什么好针, 还要排得那么久”“那些没病的都不愿意去接种, 你一个有病的还想接种?” 但总体来说我身边大多数人都接种了, 所以我还是倾向于会去接种的。(X5M, 69岁)

对不同层次的传播网络进行分析可以发现, 电视形塑老年人的疫情风险感知, 家庭传播赋予他们信息与精神支持, 而邻里传播提示疫苗接种的风险感知与拒绝接种的规范压力。然而老年人的接种决策还在于他们自身的信息解读。比如电视新闻上建议接种年龄的变化令少数老人感到不安。他们认为公共卫生部门在疫苗年龄政策上一开始较为谨慎, 后期放宽了接种年限, 但没有为老年人的接种安全性做出担保, 这说明存在问题。对习惯了国家政令强制接种的老年人来说, 当国家参考国际惯例警示疫苗风险, 并且将接种决策权下放到居民后, 这种失去国家背书的自主决策权反而令他们无所适从:

我知道有些人打, 但是我不管他们。政府一开始卡到59岁, 我是相信政府的, 他们一开始是比较谨慎的。(N11M, 68岁)

值得一提的是, 尽管智能手机被视作具有健康促进的潜力^[23], 但技术可供性并不等于技术友好性, 移动社交媒体的使用在老年人群中分化明显。仅4位老年样本肯定了手机是他们获知疫情和接种信息的重要渠道。更多的受访者要么仅提及“打电话”“发微信”等基础功能, 要么表示自己平时很少看手机。影响要素既包括生理层面的障碍, 如“看不清”“拿不稳”“听力差”, 也包括主观层面的因素, 如“不识字”“老了不爱用”, 以及害怕电信诈骗。整体看来, 社交媒体对老龄人口接种的影响有限。在竞争性接种观念并存的情况下, 社区层面的动员将更直接地参与、影响老年人的疫苗接种行为。

(二) 传播行动语境与老龄人口疫苗接种

从传播行动语境的角度看, 影响两地老年人接种的障碍主要在于医疗资源的接近性与宿命论倾向。前者揭示了社区的物理语境, 特别是与疫苗接种相关的医疗资源与交通设施对接种意愿的影响, 而后者指向了以往传播基础设施研究较少关注的文化观念层面的传播行动语境。许多受访者会谈到疫苗接种点的远近。例如在N社区, 疫苗接种地点共两处, 一处距离1.9公里, 另一处距离1.4公里。不少受访者患有基础疾病或手术史, 缺乏可靠的医疗资源为他们提供是否能够接种的咨询服务, 自己贸然前往医院不仅出行不便、等候时间过长, 而且可能因身体条件暂时无法接种, 甚至会有感染风险, 因此接种疫苗本身构成了一种风险。医患沟通之间物理性的语境障碍, 降低了老龄人口自主前往医院接种的自我效能, 放大了邻里传播的消极效果, 使疫苗犹豫的天平向保守方向倾斜, 社交隔离、自我防护成为更具优先级的替代方式:

总是听他们说, 排队要很久, 一开始要三个小时, 我们一听, 那老人受不了。我不能久站, 虽然有这个心思, 但是身体受不了。站不住, 就觉得这么大了, 无所谓了, 打也行不打也行, 我血压高一直吃药。(N2M, 73岁)

听说有人打了还去住院了, 我也是听说的, 想起来就不敢去。反正我都在家里, 很安全, 我口罩都买好了, 这就够了。(N10F, 61岁)

理解“无所谓”“没必要”观念的生成需要从老年人自身的立场出发, 思考“老”在疫情与疫苗

接种的语境中意味着什么。“老”意味着因移动性差导致的低疫情风险感知和低医疗资源接近性，以及因身体、疾病问题导致的接种后果不确定性。对他们来说，如果最重要的目标在于保证自身安全，那么就必须评估与比较新冠感染与疫苗接种，哪种才是更大的风险。在医疗资源可及性差的情况下，新冠感染的风险显得更为可控，因而他们更倾向于采取保守的防护策略。然而人类的健康行为决策并非完全基于理性^[24]，相反，集体主义文化中与老龄化如影随行的宿命论观念，成为他们最常见的表达：

我是抱着无所谓的思想，想着这么老了，就算了。我看电视，看到中国的疫情这么少，我就无所谓，有打没打都可以。（N4M，77岁）

然而访谈数据表明，在少数老年受访者中也存在与宿命论相反的文化观念。“积极老龄化”以及“为他人接种”的观念使得他们愿意克服消极的物理与文化语境去接种疫苗。“积极老龄化”指的是老年人积极地参与、维护与创造自身的社会交往活动。以 X7F 为例，她虽然右手神经有问题，但仍然辗转三家医院去咨询医生，最终在得到医生的肯定后去接种疫苗：

尽管我已经 70 岁了，但我还想去旅游，还有很多跟人接触的机会，他们说疫苗接种在减轻重症率上是有效的，所以我很想去打。（X7F，70岁）

这种积极乐观的传播行动语境作用于日常人际传播，传播语境与传播网络相互作用，影响亲戚、朋友的接种决策：

跟朋友聊的时候会说，年纪大了 [有] 基础病到底要不要打……我会说更坚定地去打。因为我喜欢出来活动，那活动要接触人的，没打疫苗的话，什么时候染上也不知道。（X10F，65岁）

如果说“积极老龄化”在个人层面上促使疫苗接种的机制在于“利己”，那么这一观念在社区层面上表现为“利他”，即积极地参加社区活动带来更强的归属感，因而产生更强的社会责任，将疫苗接种视作社区成员的共同义务。这种责任感在家庭情境中表现得更为强烈，使得“为他人接种”成为另一个推动老年人接种疫苗，并通过人际传播劝服他人接种的文化观念。X6F、N5F 等受访者均表达了她们为后代健康而产生的接种意向或行为：

有的人说：这么老了，[又] 不出去，干嘛去打……老人家有的会觉得生死由命。我就觉得这样太自私了。我还要带孙子，我没打真的很害怕，我怕影响他们，这不是开玩笑的，你看那个疫情，一个人影响一家人，太恐怖了。（X6F，62岁）

（三）作为传播中继站与语境营造者的社区组织

村委会或居委会既是防疫信息的中继站，又是传播行动语境中的清障者和桥接者。从图 1 的社区故事讲述网络中可以直观地发现，由于老龄人口较少使用社交媒体，他们与公共卫生以及医疗机构之间缺乏直接沟通的渠道，与大众传媒组织之间仅有自上而下的单向传播渠道，这使得他们要么成为信息的被动接收者，要么无法获取疫苗接种条件、程序、注意事项等方面的信息。尽管他们所处的社区具有多层次的传播资源，但在可及性这一层面上，只有社区组织能够通过社区媒介如广播、海报甚至是入户告知的形式实现信息触达，扮演加工、增强、再传递国家防疫信息的中继站的角色。不仅如此，社区组织也是居民诉求的反馈者以及地方与国家防疫决策的重要信息源。

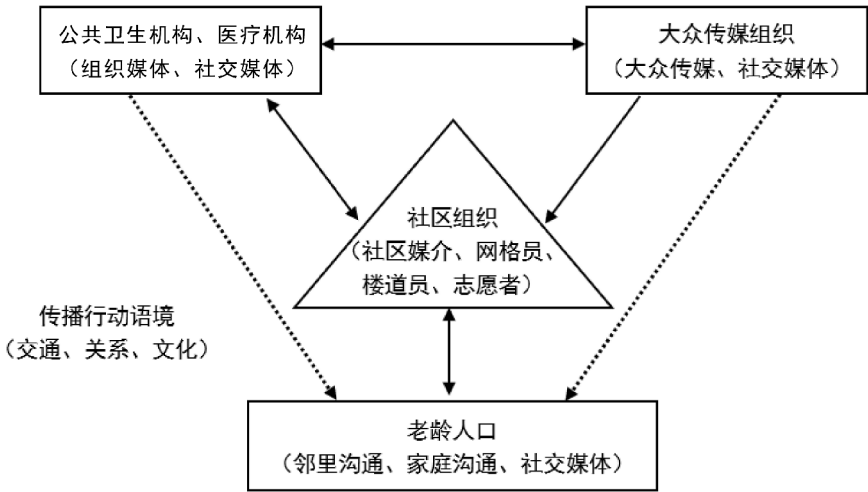


图 1 社区故事讲述网络

N 社区除了执行日常的疫情输入人员排查、疫情风险警示等任务外，从 2021 年 6 月开始利用入户、村广播等形式对社区老龄人口开展疫苗接种的动员工作，解决防疫政令传达的“最后一公里”问题。X 社区的职能与 N 社区相似。两个社区均做到了网格化管理，为每位老年人分配相应的接种动员人员。相比之下，X 社区会使用更多的媒体资源，如与当地电视台合作宣传以及利用微信朋友圈进行“病毒式”传播：

我们早期就是发宣传单，跟他们说要打疫苗这件事情。然后群发短信、转发朋友圈、微信群推广，这些都是我们宣传的基本工作。然后在辖区内的各个楼道张贴疫苗接种的正面信息，然后也会和这边的电视台合作，通过电视、微信、媒体等给他们一个洗脑式的宣传。（X 社区书记）

在微观的传播策略上，强调疫情的持续性、疫苗安全性、全民接种的必然性、接种的个人和社会利好是社区传播的主要诉求。尽管没有受过专业的健康传播培训，但社区传播实践无意中契合了诸多健康行为改变理论，二者都强调风险感知、收益感知与规范感知对改变公众行为的重要性：

我就跟他们强调疫情风险的不确定性，告诫他们不能有侥幸心理，他们的日常接触都可能存在感染风险，还有就是现在国家政策好，等等。（N 社区妇女主任）

前期动员确实是比较困难，有些人会觉得自己是‘小白鼠’，我们就会跟他们说，那么多人人都去打了，轮不到你当试验品。（X 社区书记）

在动员方式上，由于接种初期不少老人基于对接种后果的忧虑或者认为越晚接种疫苗质量就越高，普遍持观望态度，两个社区都采用了“发动少数人动员少数人”的策略，倡导他们“为他人接种”或者告知“社区大多数人都接种了”，以提高他们对疫苗接种的规范感知。更具体地考察老年人疫苗接种的微观传播网络结构（如图 2 所示），可以发现社区组织通过动员社区的关键影响者，推进了老年人的疫苗接种工作。两个社区在资源动员上有所差异，相对落后的 N 社区更多依托既有的血缘关系，而资源丰富的 X 社区有更多的影响者。这些关键影响者除了网格员、老年人的亲属，还包括社区楼道员（积极配合社区工作、联络居民的志愿者）、社工人员（如助老员）等，建立在既有人际信任上的双向沟通降低了老年人对接种的抗拒心理：

我们的网格员对居民来说都是很熟悉的…会通过聊天式地跟他们说“要去打啊，为了自己

也为了他人”。如果只是宣传的话，就只是给他们一个信息。但是你跟他们坐、跟他们聊，他们的心理就会不一样。(X 社区书记)

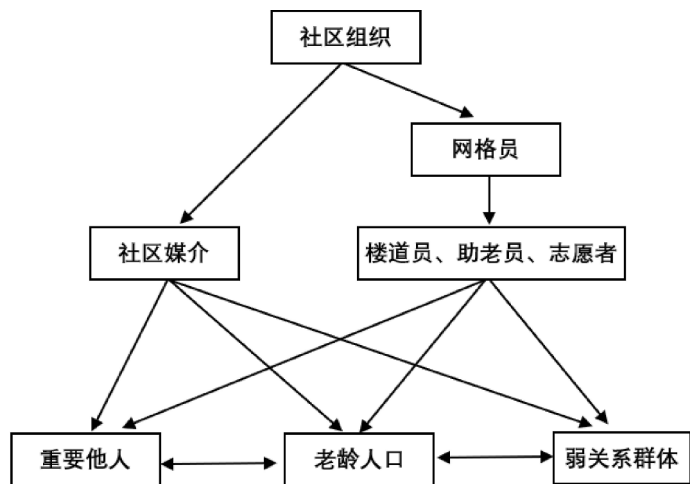


图 2 社区组织的微观动员网络

社区组织还是促进老龄人口与信息资源、医疗资源发生互动的重要语境要素。一方面，社区组织通过传单、海报、条幅等营造了全民防疫的意见气候，通过网格化管理建立了网格员、楼道员、助老员、志愿者与老龄人口日常互动的制度性语境。另一方面，他们试图消除老龄人口与医疗资源之间的物理性障碍。X 社区的疫苗接种工作经历从早期的个人自主预约，到社区工作人员带队，再到后期的接种流动车抵达社区的变化。结果正如社区志愿者描述的那样，“后面疫苗车进来的时候，你会看到很多人都去接种了。”N 社区不仅告知村民哪里有疫苗、哪里接种人少的信息，而且向移动不便的老人提供接送服务。这些行为既是一种象征性的传播，让老年人有“重视感”，将疫苗接种视作社会规范；又是实质性的动员，致力于清除接种障碍，促进老年人从接种收益感知向疫苗接种行为的实质性转变。尽管缺乏专业医疗知识，X 社区还在能力范围内为有疾病史的老年人提供咨询：

一开始肯定是有点怕的，不知道打了会怎么样。之前不是说高血压不能打嘛。后面就想通了。居委会跟我们说高血压在多少 [血压] 以内也能打，而且你看外国死那么多人，我们的疫苗还是免费的，就去打了。(X11F, 70 岁)

尽管社区组织是当地故事讲述网络的重要构成，但自身缺乏专业知识以及与居民之间的信任关系可能制约它的传播效能，因此通过营造传播行动语境，为老龄人口与医生之间的互动搭建桥梁，成为社区组织的另一个重要使命。而传播行动语境的营造又增强了公众对社区组织的信任度。从这个意义上看，社区组织作为故事讲述网络中继站以及传播行动语境营造者的双重角色是相互补充与增强的。然而，即便有社区强大的动员与体贴的清障，老年人的疫苗接种决策也并非是刺激—反应式的。相反，老年人是差异化的、能动的主体。他们的疫苗接种决策除了受到多层次传播网络的影响，还与他们自身的身体状况、风险感知、居住环境、本土文化观念等要素相关，这都为社会动员带来了挑战。比如当国内局部疫情暴发后接种人数显著上升，而当疫情逐步平息后数量又显著回落，社区传播难以控制外部行为动因的影响。判断有疾病史的老人是否有条件接种也超出了社区工作者的知识范畴，因此在劝服时也会留有余地。在应对宿命论等消极文化观念上，社区传播的短期影响同样有限。

四、讨论与结论

本研究旨在理解后疫情时期我国老龄人口新冠疫苗接种的动因和障碍, 以及基层社区动员的作用与边界, 以期提高社区健康干预的效果。个体的疫苗接种行为受到了诸如认知、情感、文化、社会、交通、政治等因素的综合影响。^[25] 基于传播基础设施理论, 本研究将上述零散的影响因素进一步归结为公众心理、传播网络与物质文化语境三者的互动。如图 3 所示, 老龄人口的疫苗接种是一个复杂的决策过程, 如果没有社会动员则拒绝接种的机率较高。相反, 接受接种要经历相对复杂的心理过程, 包括经受疫情风险感知、宿命论倾向、接种风险感知、社会规范感知, 以及医疗资源接近性感知等心理关卡的层层考验。每层疫苗犹豫的关卡都有“个体—传播—环境”的相互作用, 有的更容易受故事讲述网络的影响, 有的更容易受传播行动语境的影响; 有的通过社区介入能够产生积极效果, 有的需要长效的干预机制。识别每层关卡的作用机制能够帮助社区制定有效的干预策略。

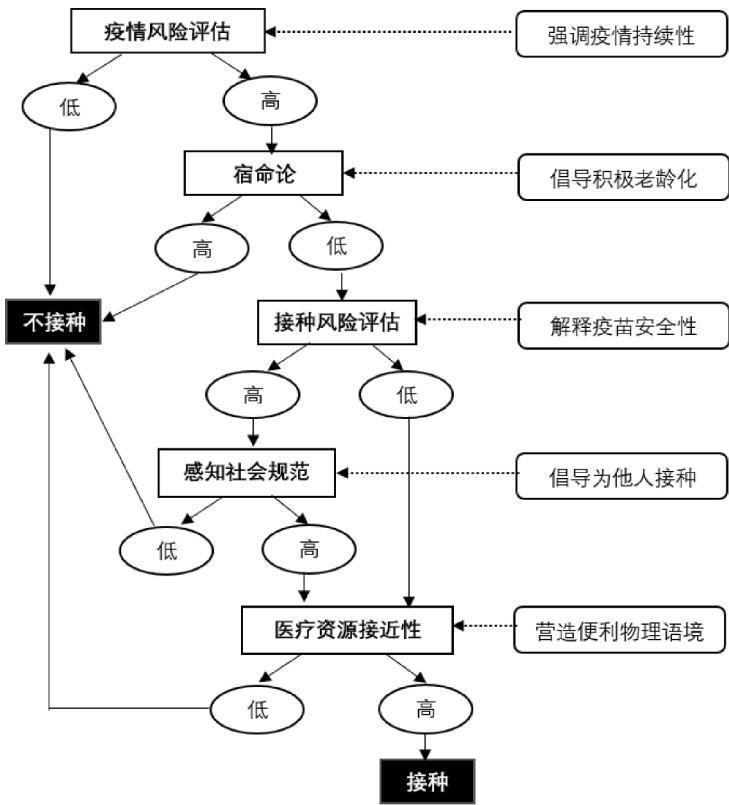


图 3 老年人疫苗接种决策过程与社区干预路径

在疫情风险评估层面, 较高的风险感知是接受接种的有利条件。由于老龄人口本身的弱移动性、与外界的低接触度, 尤其是农村社区人口的低流动性, 容易使他们轻视风险, 获得一种消极的安全感。从故事讲述网络的影响看, 挑战还来自大众传媒对局部疫情的报道, 当局部疫情紧张时老年人接种意愿增强, 缓和时则意愿降低。社区传播干预应强调风险的持续性、外部输入病例的监测难度, 以及老年人在疫情面前的脆弱性与后果严重性。

然而高风险感知并不意味着必然输出积极的接种决策。不少健康传播模式, 特别是“延伸的平行加工模式”强调在高风险感知与低效能感知的情况下会导致受众回避干预信息、怀疑信息操控等恐惧控制行为。^[26] 自我效能是指个体对自身有能力从事某种行为的信仰。^[27] 在不少健康传播情境中, 自我

效能可以预测健康遵从行为。然而亚洲集体主义文化中的“宿命论”是低度自我效能的文化根源。^[28]疾病、孤独、低收入等因素会使老人低估自身对家庭与社会的价值，容易在疫情面前表现出听天由命的态度并传染给同辈群体。这种社会文化上负面的“营养源”（negative nurturer）^[29]成为疫苗接种消极的传播行动语境，阻碍乐观、正向的邻里传播。社区组织应寻找“积极老龄化”的榜样，通过他们的参与式传播提高邻里同辈群体的生命质量预期。

自我效能较高的老年人在感知疫情威胁后会积极评估疫苗接种的可行性。当大众传媒提示疫苗风险并不再为接种安全性担保时，习惯计划经济思维的老人可能会将这一信息解读为疫苗不可靠甚至会起副作用的信号，从而放大疫苗风险。^[30]疫苗接种年限先紧后松的政策，也让一些老人感到越早接种就越可能充当“实验室小白鼠”。由于公众倾向于谈论与相信负面信息，个别老年人接种后产生的副作用以及注射疫苗仍可能感染的新闻在邻里传播中得到扩散，更加“印证”了上述怀疑。自身的疾病史、手术史，以及当下的健康状况加大了老年人的疫苗风险感知。社区干预需要强调疫苗总体上的安全性与有效性，特别在减少重症病死率上的有效性。

即便是老年人高估了疫苗接种风险，社会规范仍然可以促使他们接种疫苗。这是因为传播可以产生包括社会规范在内的社区效应（neighborhood effects）。^[31]首先，大众传媒的疫苗接种倡导可能被解读为一种针对全民的国家规范，对遵从意识较强的老人来说可以不需要经过疫苗风险评估就能独立发挥作用。其次，社区同辈群体接种行为会带来群体压力。需要注意的是当拒绝疫苗成为多数人的决策时会形成一种反向的群体压力。在微观层面上，家人、朋友等重要他人的感受也是关键性的社会规范。社区干预可诉诸为国家接种^[32]、为家人接种的利他主义价值观，使用“您所在的社区绝大多数的老人已经接种新冠疫苗”等描述性规范作为说服策略。

医疗资源接近性与友好性感知可能是老年人接种疫苗的最后心理关卡。交通不便、拥挤、长时间等候等不良体验会在邻里之间迅速扩散，成为削弱社区动员效果的消极传播行动语境。本研究中的两个社区通过接送行动不便的老人或疫苗车进社区活动，改变了传播行动语境。但社区人员无法像专业医疗人员那样向社区老人提供是否符合接种条件的咨询。在没有社区医院的情况下，可以采用政府采购接种咨询服务的做法，也可以通过网格员收集问题、代为咨询。

从以上心理过程分析可以发现，社区老人并非被动的受传者，他们也是健康信息的阐释者、过滤者、加工者与扩散者，是放大或减轻风险的主体。传播基础设施理论强调在个体所处的环境中，多层次的传播网络和传播语境通过影响个人的健康认知、信仰与行为，最终影响当地居民的健康后果。^[33]它强调了传播生态的效用，忽视了个体在感受到外部信息后，能够发挥能动性，结合自身的生理状况、社会阅历与价值期待做出健康决策。即使是老年人也是能动的主体，能够把积极的信息阐释为消极的（如将疫苗接种的自主决策解读为疫苗风险信号），也能够想办法克服接种的条件限制，并将乐观的心态传递给同辈群体。

本研究在两个方面贡献于传播基础设施理论。第一，该理论强调多层次、多主体、多渠道的社区故事讲述网络对消除健康不平等的影响。然而故事讲述网络呈现何种结构（比如是自治的还是受控制的、中心化还是去中心化的、双向对称的还是单向不对称的）是否会影响它的作用方式与效果？本研究呈现了中国特定社会政治语境下社区传播网络的结构特性。新冠疫苗政策的变化意味着国家层面上健康传播的观念转型：过去通过行政强制、国家提供安全性担保的疫苗接种体制转变为警示风险前提下的政府倡导与公民自主决策。然而地方政府依然是疫情防控的责任主体，接种任务层层下达，由社区承

担最繁重的“最后一公里”动员任务。在转型期的公共卫生体制下, 直接面向居民的社区组织必然成为社区故事讲述网络的中心, 作为信息阐释与放大的中继站, 结合社区语境将政令加工为有效的说服信息。它无法采取行政强制, 只能建立一套细致绵密的人际传播系统, 影响居民健康后果的方式仍然是以参与式的人际传播为主。^[34] 这种双向对称的、中心化的、目标导向的高效故事讲述网络, 延伸了公共卫生机构与地方政府的信息触达, 通过发动社区中的关键影响者, 激活人际层面的交流网络, 增加老年人的疫苗接种信任。

第二, 传播基础设施理论的相关研究强调了交通、医院、休闲场所、健身设施等物质资源会直接或间接通过影响传播的方式作用于居民的健康^[35], 却很少聚焦影响社区传播活动的积极或消极的社会文化语境。我国的社区组织营造、激活了高效的社区人际传播网络, 本身应被视为一种制度性的传播行动语境。社区组织在清除交通障碍等物理障碍, 以及在利用我国文化传统中重视家庭、福泽后代的观念倡导“为家人接种”上是有效的, 然而在应对“宿命论”上收效甚微。本研究认为, “文化中心”(culture-centered)的健康传播路径可以弥补传播基础设施理论在阐释社会文化语境上的苍白。一方面, 在文化中心路径中, 物质资源、制度性支持、社会经济状况、服务成本与可及性等被称为健康行为的“使动者”(enabler), 来自文化、社区、宗教、家庭关系的支持或障碍被称为健康行为的“营养源”(nurturer)。^{[29] (11)} 社区健康传播应首先定义社区内积极与消极的使动者与营养源, 随后根据文化认同选择最优干预点(point of intervention entry)。比如家庭关系可被视为一种积极的营养源, 而且位于文化认同的中心, 因此“为家人接种”入选优先干预策略。另一方面, 文化中心路径重视同辈群体的参与式传播在健康干预中的角色。^[36] 在参与式传播情境中, 传播者与受传者均为社区老龄人口, 他们处在双向平等的对话地位。传播者通过倾听自己所属的边缘群体表达他们的现实障碍和健康需求, 寻求改变接受“宿命论”、阻碍积极老龄化的结构性因素。^[37] 总之, 物质和文化层面的语境要素在影响健康后果的重要性与方式上存在差异, 研究者需要根据特定的疾病与群体评估这些语境要素的影响力, 借助文化中心健康传播路径的研究成果, 营造有助于社区正向传播的行动语境。

参考文献:

- [1] Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G. & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: The next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35 (8): 775-779.
- [2] 沐铁城, 彭韵佳. 全国已有 1.5 亿 60 岁以上老年人接种新冠疫苗 [EB/OL]. http://www.xinhuanet.com/2021-07/31/c_1127716729.htm.
- [3] 曾四清等. 城市社区老年人肺炎疫苗接种影响因素分析 [J]. 中国健康教育, 2017 (9): 811-814; 方任飞等. 北京市老年人家庭结构对其免费接种流感疫苗的影响 [J]. 中华预防医学杂志, 2015 (12): 1028-1031; 林声等. 上海市老年人肺炎疫苗接种意愿及影响因素分析 [J]. 中华疾病控制杂志, 2015 (10): 975-978.
- [4] Chen, T., Dai, M., Xia, S. & Zhou, Y. (2022). Do messages matter? Investigating the combined effects of framing, outcome uncertainty, and number format on COVID-19 vaccination attitudes and intention. *Health Communication*, 37 (8): 944-951; Chia, S. C., Lu, F. & Sun, Y. (2023). Tracking the influence of misinformation on elderly people's perceptions and intention to accept COVID-19 vaccines. *Health Communication*, 38 (5): 855-865; Hong, Y. & Hashimoto, M. (2023). I will get myself vaccinated for others: The interplay of message frame, reference point, and perceived risk on intention for COVID-19 vaccine. *Health Communication*, 38 (4): 813-823.
- [5] Huang, G. & Li, K. (2023). Get vaccinated for loved ones: Effects of self-other appeal and message framing in promoting HPV vacci-

- nation among heterosexual young men. *Health Communication*, 38 (2): 381–393.
- [6] Kim, Y. C. & Ball–Rokeach, S. J. (2006). Civic engagement from a communication infrastructure perspective. *Communication Theory*, 16 (2): 173–197.
- [7] Wilkin, H. A. (2013). Exploring the potential of communication infrastructure theory for informing efforts to reduce health disparities. *Journal of Communication*, 63 (1): 181–200.
- [8] Wilkin, H. A. (2013). Exploring the potential of communication infrastructure theory for informing efforts to reduce health disparities. *Journal of Communication*, 63 (1): 181–200.
- [9] Ball–Rokeach, S. J., Kim, Y. C. & Matei, S. (2001). Storytelling neighborhood: Paths to belonging in diverse urban environments. *Communication Research*, 28 (4): 392–427.
- [10] Wilkin, H. A., Ball–Rokeach, S. J., Matsaganis, M. D. & Cheong, P. H. (2007). Comparing the communication ecologies of geo–ethnic communities: How people stay on top of their community. *Electronic Journal of Communication*, 17 (1–2): 387–406.
- [11] Kim, Y. C., Moran, M. B., Wilkin, H. A. & Ball–Rokeach, S. J. (2011). Integrated connection to a neighborhood storytelling network (ICSN), education, and chronic disease knowledge among African Americans and Latinos in Los Angeles. *Journal of Health Communication*, 16 (4): 393–415; Wilkin, H. A., & Ball–Rokeach, S. J. (2011). Hard to reach? Using health access status as a way to more effectively target segments of the Latino audience. *Health Education Research*, 26 (2): 239–253; Kim, Y. C., & Kang, J. (2010). Communication, neighborhood engagement, and household hurricane preparedness. *Disasters*, 34 (2): 470–488.
- [12] Wilkin, H. A. & Ball–Rokeach, S. J. (2011). Hard to reach? Using health access status as a way to more effectively target segments of the Latino audience. *Health Education Research*, 26 (2): 239–253; Kim, Y. C., Moran, M. B., Wilkin, H. A., & Ball–Rokeach, S. J. (2011). Integrated connection to a neighborhood storytelling network (ICSN), education, and chronic disease knowledge among African Americans and Latinos in Los Angeles. *Journal of Health Communication*, 16 (4): 393–415.
- [13] Matsaganis, M. D. & Golden, A. G. (2015). Interventions to address reproductive health disparities among African–American women in a small urban community: The communicative construction of a “field of health action”. *Journal of Applied Communication Research*, 43 (2): 163–184; Savage, M. W., Scott, A. M., Aalboe, J. A., Burch, S., VanArsdall, P. S. S., & Mullins, R. (2018). Oral health beliefs and behavior among young adults in Appalachian Kentucky. *Journal of Applied Communication Research*, 46 (1): 113–134; Schulz, A. J., & Lempert, L. B. (2004). Being part of the world: Detroit women’s perceptions of health and the social environment. *Journal of Contemporary Ethnography*, 33 (4): 437–465.
- [14] Ball–Rokeach, S. J., Kim, Y. C. & Matei, S. (2001). Storytelling neighborhood: Paths to belonging in diverse urban environments. *Communication Research*, 28 (4): 392–427.
- [15] Matsaganis, M. D., Golden, A. G. & Scott, M. (2014). Communication infrastructure theory and reproductive health disparities: Enhancing storytelling network integration by developing interstitial actors. *International Journal of Communication*, 8 (2): 1495–1515.
- [16] Matsaganis, M. D. & Wilkin, H. A. (2015). Communicative social capital and collective efficacy as determinants of access to health–enhancing resources in residential communities. *Journal of Health Communication*, 20 (4): 377–386.
- [17] Matsaganis, M. D. & Golden, A. G. (2015). Interventions to address reproductive health disparities among African–American women in a small urban community: The communicative construction of a “field of health action”. *Journal of Applied Communication Research*, 43 (2): 163–184.
- [18] Matsaganis, M. (2006). Neighborhood effects and the invisible motor of community change. In Burd, G., Drucker, S. & Gumpert, G. (eds.). *The urban communication reader*. Cresskill, NJ: Hampton Press, 73–103.
- [19] Matsaganis, M. D. & Golden, A. G. (2015). Interventions to address reproductive health disparities among African–American women in a small urban community: The communicative construction of a “field of health action”. *Journal of Applied Communication Research*, 43 (2): 163–184.
- [20] Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Los

Angeles: Sage.

[21] Charmaz, K. (2006) . *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.

[22] Sandelowski, M. (1994) . Focus on qualitative methods: The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 17 (6): 479-482.

[23] Moore, R. C. & Hancock, J. T. (2020) . Older adults, social technologies, and the coronavirus pandemic: Challenges, strengths, and strategies for support. *Social Media + Society*, 6 (3): 1-5.

[24] Singhal, A. & Rogers, E. M. (2003) . *Combating AIDS: Communication strategies in action*. London: Sage.

[25] Fadda, M. , Albanese, E. & Suggs, L. S. (2020) . When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*, 65 (6): 711-712.

[26] Witte, K. (1992) . Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59 (4): 329-349.

[27] Bandura, A. (1977) . Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2): 191-215.

[28] Singhal, A. & Rogers, E. M. (2003) . *Combating AIDS: Communication strategies in action*. London: Sage.

[29] Airhihenbuwa, C. O. & Webster, J. D. (2004) . Culture and African contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. *SAHARA-J: Journal of Social Aspect of HIV/AIDS*, 1 (1): 4-13.

[30] Kasperson, R. E. et al. (1988) . The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8 (2): 177-187.

[31] Matsaganis, M. D. (2015) . How do the places we live in impact our health? Challenges for, and insights from, communication research. *Annals of the International Communication Association*, 39 (1): 33-65.

[32] Jia, H. & Luo, X. (2023) . I wear a mask for my country: Conspiracy theories, nationalism, and intention to adopt COVID-19 prevention behaviors at the later stage of pandemic control in China. *Health Communication*, 38 (3): 543-551.

[33] Kim, Y. C. & Ball-Rokeach, S. J. (2006) . Civic engagement from a communication infrastructure perspective. *Communication Theory*, 16 (2): 173-197.

[34] Broad, G. M. , Ball-Rokeach, S. J. , Ognyanova, K. , Stokes, B. , Picasso, T. & Villanueva, G. (2013) . Understanding communication ecologies to bridge communication research and community action. *Journal of Applied Communication Research*, 41 (4): 325-345.

[35] Matsaganis, M. D. & Golden, A. G. (2015) . Interventions to address reproductive health disparities among African-American women in a small urban community: The communicative construction of a “field of health action” . *Journal of Applied Communication Research*, 43 (2): 163-184; Savage, M. W. , Scott, A. M. , Aalboe, J. A. , Burch, S. , VanArsdall, P. S. S. , & Mullins, R. (2018) . Oral health beliefs and behavior among young adults in Appalachian Kentucky. *Journal of Applied Communication Research*, 46 (1): 113-134; Burgess, E. R. , Walter, N. , Ball-Rokeach, S. J. , & Murphy, S. T. (2019) . Communication hotspots: How infrastructure shapes people’ s health. *Health Communication*, 36 (3): 361-371.

[36] Dutta, M. (2007) . Communicating about culture and health: Theorizing culture-centered and cultural-sensitivity approaches. *Communication Theory*, 17 (3): 304-328.

[37] Campbell, C. M. & Jovchelovitch, S. (2000) . Health, community and development: Towards a social psychology of participation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10 (4): 255-270; Dutta-Bergman, M. J. (2003) . Demographic and psychographic antecedents of community participation: Applying a social marketing model. *Social Marketing Quarterly*, 9 (2): 17-31.