

*Dorota Cianciara, Teresa Przewłocka, Maria Miller*

## ZAINTERESOWANIE TELEWIZYJNYMI PROGRAMAMI O TEMATYCE ZDROWOTNEJ

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
Kierownik Zakładu: Maria Miller

*Badano zainteresowanie telewizyjnymi programami poświęconymi tematyce zdrowotnej oraz czynniki warunkujące to zainteresowanie. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 1000 dorosłych osób. Stwierdzono, że telewizja jest przypadkowym źródłem informacji o zdrowiu. Większe zainteresowanie programami przejawiali respondenci: płci żeńskiej, pozostający w związkach małżeńskich, starsi wiekiem, subiektywnie gorszego zdrowia, gorzej sytuowani i mający w swoim otoczeniu osoby, które oglądają takie programy.*

*Słowa kluczowe: oświata zdrowotna, telewizja, programy niepłatne, zainteresowanie widzów*  
*Key words: health education, television, unpaid programmes, viewers' interest*

### WSTĘP

W wyniku ewolucji poglądów na rolę środków masowego przekazu w życiu publicznym, uważa się, że ich rolą jest mówić ludziom „o czym” mają myśleć, a nie „co” myśleć (1, 2). W odniesieniu do problemów zdrowotnych, media mogą być z pożytkiem wykorzystane do dostarczania informacji, zwiększania świadomości i wskazywania, co jest ważne dla zachowania zdrowia. Wykorzystywane strategicznie, z odpowiednio zaplanowanym celem, przekazem itp. elementami metodyki oświatowo-zdrowotnej, mogą pomagać w zmianie postaw i norm społecznych. W pewnym stopniu są też pomocne w zmienianiu i kształtowaniu pożądaných zachowań, zwłaszcza poprzez dostarczanie bodźców do działania oraz legitymizację postępowania. Niemniej jednak, uzyskane zmiany w zachowaniu wydają się być krótkotrwałe (3, 4). Poza tym podkreślana jest kwestia tzw. „hierarchii efektów” (5), która mówi, że stosunkowo łatwo jest zwrócić na coś uwagę i zakomunikować prostą informację, trudniej zmienić postawy, nauczyć złożonych umiejętności, a najtrudniej nakłonić ludzi do adaptacji nowego sposobu zachowania, zwłaszcza, gdy związane to jest z wysiłkiem, powoduje dyskomfort lub rezygnację z przyjemności. Dodatkowym problemem są tutaj różnorodne trudności metodologiczne związane z oceną skuteczności mediów (6, 7). W efekcie, ugruntował się pogląd, że choć media elektroniczne, a zwłaszcza telewizja, mają duży wpływ na odbiorców, to jednak w interwencjach zdrowotnych konieczne jest wykorzystanie wielu wzajemnie uzupełniających się i wzmac-

niających kanałów komunikowania się – multimedialnego, oddziaływań grupowych i interpersonalnych (8).

Fakt, że media mogą wywoływać przypadkowe i nieprzewidywalne efekty znany jest od czasu udokumentowania paniki wywołanej przez radiową audycję pt. „*War of the Worlds*”, którą w latach 30. stworzył Orson Welles na podstawie książki H. G. Wells’a. W odniesieniu do kwestii zdrowotnych, niezamierzone efekty nie były chyba nigdy tak dramatyczne, ale często przywołuje się przykład lęków przed pigułką antykoncepcyjną, wywołanych w latach 80., przetrwałych do dzisiaj i trudnych do zwalczenia (9). Specjaliści od edukacji zdrowotnej zwracają też uwagę, że w środkach masowego komunikowania się, zwłaszcza telewizji, która potrzebuje obrazu ilustrującego informacje, trwa supremacja technologii medycznych i medycyny specjalistycznej nad prewencją. Przyczynia się to błędnego pojmowania spraw ochrony zdrowia i wyrastania szkodliwych społecznie mitów.

W pracy tej podjęto próbę poznania opinii publicznej na temat roli telewizji w edukacji zdrowotnej. Celem jej było oszacowanie zainteresowania programami poświęconymi tematyce zdrowotnej oraz czynników, które warunkują to zainteresowanie. Badanie było komplementarne do telemetrycznego badania oglądalności programów o zdrowiu.

#### MATERIAŁ I METODA

Badanie przeprowadzono na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej o liczebności  $N=1000$  osób w październiku 1999 roku, we współpracy z Centrum Badania Opinii Społecznej. Do cyklicznego badania CBOS, tzw. „omnibusa”, dołączono 13 specjalnie opracowanych, w większości zamkniętych, pytań dotyczących programów poświęconych problematyce zdrowotnej. Do badania wybrano następujące zmienne: korzystanie z telewizji, radia i prasy codziennej; źródła wiedzy o zdrowiu; samoocena wiedzy o zdrowiu; samoocena stanu zdrowia. Badano stosunek do oglądania programów telewizyjnych o zdrowiu, oddziaływania społeczne i rodzinne związane z oglądaniem programów, czynniki sprzyjające i przeszkody w oglądaniu oraz zainteresowanie programami. Ponadto wykorzystano 12 standardowych pytań społeczno-demograficznych stosowanych w badaniach CBOS. Do analizy statystycznej wykorzystano test  $\chi^2$  oraz współczynnik V Cramera, który jest miarą siły związku i osiąga górną granicę =1.

#### WYNIKI

##### Charakterystyka grupy zbadanej

W badanej grupie nieznaczną większość (52,4%) stanowiły kobiety. Średnia wieku respondentów wynosiła 45 lat. Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie podstawowe, zawodowe i średnie (odpowiednio: 33,1%; 28,1% i 27,5%); osoby z wykształceniem wyższym stanowiły około 11% ogółu badanych. Niemal 40% osób mieszkało na wsi, pozostali w miastach, przy czym połowa z nich pochodziła z miast liczących do 100 tysięcy mieszkańców. Przeważająca część respondentów pozostawała w związkach małżeńskich (64,8%); co piąty był stanu wolnego, co dziesiąty – owdowiały, a co dwudziesty – rozwiedziony. Przeciętne gospodarstwo domowe składało się z czterech osób, włączając w to respondenta. Zdecydowana większość ankietowanych, to osoby wierzące, biorące udział w praktykach religijnych. Co dwudziesty respondent był niewierzący, co dziesiąty nie uczestniczył w nabożeństwach i spotkaniach religijnych.

Połowa badanych, to osoby nieczynne zawodowo, przy czym najczęściej byli to emeryci (21,0%) i renciści (10,1%), bezrobotni (7,3%) oraz uczniowie i studenci (6,4%). Respondenci zajmujący się domem oraz niepracujący z innych przyczyn stanowili około 4% ogółu. Osoby pracujące deklarowały swą przynależność do 9 grup zawodowych, najczęściej – do grupy pracowników administracyjno-biurowych, kierowników i specjalistów niższego szczebla, mistrzów i pielęgniarek (10,8%) oraz robotników wykwalifikowanych, brygadzystów zatrudnionych poza rolnictwem i leśnictwem (10,4%). Do kategorii zawodowej mieszczącej pracowników fizyczno-umysłowych przypisało się 8,6% ankietowanych. Najmniej liczne, poniżej jednego procenta ogółu badanych, były grupy robotników najemnych i brygadzystów zatrudnionych w rolnictwie i leśnictwie oraz dyrektorów, prezesów i kadry kierowniczej. Najwięcej osób zatrudnionych było w sektorze prywatnym. Średnia dochodów na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosiła 600,55 zł. Połowa postrzegała warunki materialne swojego gospodarstwa domowego jako średnie, 34,8% – jako złe lub raczej złe, a 17,1% – jako dobre lub raczej dobre. Zdecydowana większość badanych nie miała innych zajęć będących dodatkowym źródłem utrzymania.

#### Korzystanie ze środków masowego przekazu

Wśród respondentów stwierdzono dużą częstość korzystania z telewizji, bowiem 82,7% osób codziennie lub prawie codziennie oglądało Program I TVP, nieco mniej – Program II TVP i Polsat. Tylko co pięćdziesiąty respondent nie oglądał lub nie odbierał I Programu TVP. Regularne, codzienne lub prawie codzienne słuchanie radia charakteryzowało około 20-25% badanych. Zarazem jednak około połowy ankietowanych w ogóle nie słuchało radia. Regularne czytanie gazet codziennych zadeklarowało 22,0% badanych; jedna czwarta w ogóle nie czytała prasy codziennej.

#### Źródła wiedzy o sprawach zdrowia

Podstawowym źródłem informacji o zdrowiu byli pracownicy służby zdrowia (42,5%) oraz telewizja (42,3%). Na kolejnych miejscach znalazły się prasa, broszury i książki o zdrowiu, krewni i znajomi oraz radio; źródła te podawało około 27 – 16% respondentów. W niemal odwrotnej kolejności ułożyła się lista źródeł, z których ankietowani nigdy nie czerpią informacji o zdrowiu. Najrzadziej wskazywano tu telewizję, która nie była źródłem wiedzy dla 14,7% ogółu badanych.

#### Samooceń wiedzy o zdrowiu

Połowa badanych przyznała, że ich wiedza o sprawach zdrowia jest raczej mała, a prawie 7% – że bardzo mała. Jedna trzecia respondentów uznała, że ich wiedza o zdrowiu jest raczej duża lub bardzo duża, przy czym ci ostatni byli w zdecydowanej mniejszości. Stwierdzono, że wyższa samooceń wiedzy charakteryzowała: kobiety (V Cr. = 0,15;  $p < 0,0005$ ), mieszkańców miast (V Cr. = 0,11;  $p < 0,0005$ ), osoby z wykształceniem średnim i wyższym (V Cr. = 0,20;  $p < 0,0001$ ), lepiej sytuowane (V Cr. = 0,09;  $p < 0,05$ ) oraz częściej czytające prasę codzienną (V Cr. = 0,11;  $p < 0,0005$ ). Wiek, samooceń warunków materialnych, stan cywilny, stosunek do wiary i oglądanie Programu I TVP nie miały związku z samooceń wiedzy o zdrowiu.

### Samoocena stanu zdrowia

Osoby o złym lub bardzo złym stanie zdrowia stanowiły około 16% ogółu badanych. Duża grupa oceniła swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre, ani złe (40,3%). Najwięcej badanych uznało stan swojego zdrowia za bardzo dobry lub dobry, przy czym osoby subiektywnie bardzo zdrowe stanowiły około 8% przebadanej populacji. Stwierdzono, że niemal wszystkie badane cechy społeczno-demograficzne wykazywały istotny statystycznie związek z samooceną stanu zdrowia. Lepszą ocenę stanu zdrowia wystawili sobie: mężczyźni (V Cr. = 0,16;  $p < 0,0005$ ), respondenci młodszy (V Cr. = 0,27;  $p < 0,0001$ ), mieszkańcy miast (V Cr. = 0,09;  $p < 0,05$ ), respondenci z wykształceniem większym niż podstawowe (V Cr. = 0,19;  $p < 0,0001$ ), lepiej sytuowani (V Cr. = 0,10;  $p < 0,05$ ), lepiej oceniający swoją sytuację materialną (V Cr. = 0,24;  $p < 0,0001$ ), panny i kawalerowie (V Cr. = 0,23;  $p < 0,0001$ ), osoby całkowicie niewierzące (V Cr. = 0,09;  $p < 0,05$ ) oraz codziennie czytające gazety (V Cr. = 0,11;  $p < 0,0005$ ). Oglądanie Programu I TVP nie wykazywało związku z samooceną stanu zdrowia.

### Stosunek do programów o tematyce zdrowotnej

Dla większości respondentów (82,9%) pozytywną stroną oglądania programów o zdrowiu jest możliwość zdobycia wiedzy teoretycznej – o budowie i funkcjach organizmu oraz praktycznej – jak dbać o zdrowie, przy czym aspekt praktyczny podniosło trzy razy więcej respondentów niż aspekt teoretyczny. Jedna trzecia ankietowanych zwróciła uwagę, że programy tego typu uświadamiają znaczenie zdrowia, a jedna czwarta, że pobudzają zainteresowanie zdrowiem. Do korzyści zaliczono również motywowanie do zachowań prozdrowotnych.

Wśród negatywnych stron oglądania programów o zdrowiu, dostrzeganych przez dwie trzecie respondentów, najczęściej wymieniana była możliwość ulegania mimowolnej sugestii, że jest się ciężko chorym (33,9%). Zwracano też uwagę, że można nie zrozumieć informacji zawartych w programie (24,4%), zacząć coś robić z krzywdą dla własnego zdrowia (22,8%), nabrać przekonania, że wie się wszystko, co potencjalnie prowadzi do samoleczenia i /lub braku współpracy z lekarzem (20,4%). Nieliczni mówili, że skutkiem programów można stracić zainteresowanie zdrowiem lub zacząć je bagatelizować.

### Oddziaływania społeczne i rodzinne

Stwierdzono, że przeważająca większość badanych miała w swoim najbliższym otoczeniu osoby, które oglądają programy o zdrowiu, przy czym 27,5% miało jedną osobę, 20,7% – dwie, a 21,4% – więcej niż dwie. Co siódmy respondent był przekonany, że nikt z jego bliskich, krewnych czy znajomych nie ogląda takich programów. Pomimo, że większość respondentów miała kontakty z widzami programów zdrowotnych, niemal wszyscy stwierdzili, że nie byli namawiani do ich oglądania ani też nie spotkali się z odstręczaniem od nich.

### Czynniki sprzyjające oglądaniu programów o tematyce zdrowotnej i zakłócające oglądanie

Dla większości respondentów podstawowymi czynnikami, które sprzyjają oglądaniu takich programów były wolny czas (57,0%), myśli wolne od innych spraw (14,3%) oraz nadawanie programów o odpowiedniej porze (8,8%). Znaczna część badanych (37,4%) uważa-

ła, że na fakt oglądania wpływa wysoka jakość programów. Dla wielu osób (20–35%), oglądanie programów było wyrazem ich stosunku do spraw zdrowia – zainteresowania tematyką, zainteresowania z powodu choroby swojej lub kogoś bliskiego czy też chęci bycia zdrowym. Niemala grupa (34,8%) stwierdziła, że bodźcem do oglądania był zupełny przypadek – „*właśnie leci taki program*”.

Wśród przeszkód w oglądaniu programów najważniejszy był brak czasu, wymieniany przez połowę respondentów, myśli zajęte innymi sprawami oraz nieodpowiednia pora emisji. Dla 28,1% badanych ważną barierą był fakt, że domownicy chcieli oglądać coś innego w telewizji.

### Zainteresowanie programami o tematyce zdrowotnej

Jako miary zainteresowania przyjęto obecne i deklarowane na przyszłość oglądanie programów poświęconych problematyce zdrowotnej. Przeważająca większość respondentów (84,4%) oglądała telewizyjne programy o zdrowiu, w tym 11,0% ogółu specjalnie ich szukało (tabela I). Pozostali oglądali je wtedy, kiedy trafili na nie przypadkiem. Zupełny brak zainteresowania takimi programami, manifestujący się zmianą kanału albo wyłączeniem telewizora, deklarowało 15,6% badanych. Oglądanie programów było częstsze wśród kobiet, osób powyżej 24 roku życia, gorzej sytuowanych, pozostających w związkach małżeńskich czy też owdowiałych lub rozwiedzionych, wierzących, subiektywnie o gorszym stanie zdrowia. Poza tym programy te oglądali częściej respondenci, którzy w swoim otoczeniu mieli osoby oglądające audycje zdrowotne. Stwierdzono, że widzowie programów charakteryzują się lepszą samooceną wiedzy o zdrowiu ( $V \text{ Cr.} = 0,16; p < 0,0001$ ).

Niemal trzy czwarte respondentów zamierza także w przyszłości oglądać programy o zdrowiu, z czego większość (55,6% ogółu) nie jest o tym bezwzględnie przekonana (tabela II). Zamiar oglądania programów tego rodzaju wyrażali częściej respondenci płci żeńskiej, starsi wiekiem, zamieszkali na wsi i w miastach średniej wielkości, mający wykształcenie powyżej podstawowego, gorzej sytuowani, małżonkowie i owdowiali, subiektywnie bogatsi w wiedzę i gorszego zdrowia. Stwierdzono również, że intencje miały istotny związek z faktem oglądania takich programów przez osoby bliskie respondentowi oraz liczbą tych osób.

### DYSKUSJA

Badanie to polegało na określeniu gotowości społeczeństwa do przyjęcia informacji o zdrowiu za pośrednictwem telewizji oraz określeniu czynników warunkujących tę gotowość. Osoby ankietowane nie wypowiadały się na temat konkretnych programów, ale wyrażały opinie o rozmaitych zdarzeniach i informacjach postrzeganych przez jakiś czas i powiązanych z dotychczasowym osobistym doświadczeniem i wiedzą. Nie było zatem tożsame z badaniem poziomu oglądalności programów o zdrowiu.

Uzyskane wyniki wskazują, że telewizja jest medium, które dociera do bezwzględnej większości osób. Skoro każdy ją ogląda, w naturalny sposób staje się jednym z podstawowych, obok lekarzy i pielęgniarek, nośników wiedzy o zdrowiu. Telewidzowie są jednak zazwyczaj przypadkowymi odbiorcami informacji o zdrowiu, ponieważ tylko 11% mniejszość aktywnie poszukuje takich programów.

Większość respondentów wykazywała przychylny stosunek do telewizyjnych programów poświęconych problematyce zdrowotnej. Wśród dodatnich stron oglądania takich

Tabela I. Oglądanie telewizyjnych programów poświęconych sprawom zdrowia (%)  
Table I. Recall of health programmes viewing

Charakterystyka badanych	Aktywność w oglądaniu				
	Szukam	Oglądam przypadkiem	Nie oglądam	N	Siła związku
<b>Ogółem</b>	<b>11</b>	<b>73,4</b>	<b>15,6</b>	<b>1000</b>	
<b>1. Płeć</b>					
kobiety	15,1	74,8	10,1	523	V Cr.=0,20 p<0,0001
mężczyźni	6,5	71,9	21,6	477	
<b>2. Wiek w latach</b>					
18–24	4,1	70,5	25,4	146	V Cr.=0,13 p<0,0005
25–34	6,9	77,1	16,0	175	
35–44	10,8	76,4	12,8	203	
45–54	10,6	71,3	18,1	188	
55–64	17,1	72,9	10,0	140	
65 lat i więcej	17,7	70,7	11,6	147	
<b>3. Dochody na 1 osobę (w zł)</b>					
do 275	9,2	79,3	11,5	174	V Cr.=0,10 p<0,05
276–399	13,6	74,6	11,8	118	
400–549	10,0	78,5	11,5	209	
550–799	16,0	66,9	17,1	181	
powyżej 799	12,0	67,7	20,4	167	
<b>4. Stan cywilny</b>					
panna/kawaler	3,0	69,0	28,0	203	V Cr.=0,15 p<0,0001
mężatka/zonaty	12,3	75,3	12,4	648	
rozwidziona/y	13,3	71,1	15,6	45	
wdowa/wdowiec	17,3	71,2	11,5	104	
<b>5. Stosunek do wiary</b>					
głęboko wierzący	21,5	69,2	9,3	107	V Cr.=0,11 p<0,001
wierzący	9,9	74,4	15,7	847	
raczej niewierzący	8,0	72,0	20,0	25	
całkowicie niewierzący	4,8	57,1	38,1	21	
<b>6. Samoocena stanu zdrowia</b>					
bardzo dobry	5,1	60,3	34,6	78	V Cr.=0,13 p<0,0005
raczej dobry	10,6	72,3	17,1	357	
taki sobie	11,2	76,4	12,4	402	
raczej zły	12,6	77,2	10,2	127	
bardzo zły	20,6	64,7	14,7	34	
trudno powiedzieć	0,0	100,0	0,0	2	
<b>7. Kto ogląda programy</b>					
1 osoba	8,7	77,5	13,8	275	V Cr.=0,31 p<0,0001
2 osoby	13,0	83,1	3,9	207	
więcej niż 2 osoby	21,5	75,7	2,8	214	
nikt	2,7	50,7	46,6	150	
trudno powiedzieć	5,8	72,1	22,1	154	

Tabela II. Intencja przyszłego oglądania telewizyjnych programów poświęconych sprawom zdrowia (%)

Table II. Intension of future health programmes viewing

Charakterystyka badanych	Intencja						Siła związku
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć	N	
<b>Ogółem</b>	<b>18,7</b>	<b>55,6</b>	<b>10,4</b>	<b>3,5</b>	<b>11,6</b>		
<b>1. Płeć</b>							
kobiety	25,3	57,4	7,6	2,1	9,4	523	V Cr.=0,18 p<0,0001
mężczyźni	13,5	53,7	13,7	5,1	14,1	475	
<b>2. Wiek w latach</b>							
18–24	8,2	56,8	14,4	5,5	15,1	146	V Cr.=0,12 p<0,0001
25–34	17,1	56,0	14,3	1,7	10,9	175	
35–44	13,3	62,1	8,9	2,0	13,8	203	
45–54	18,3	50,5	12,4	5,4	13,4	186	
55–64	29,3	55,0	5,7	3,6	6,4	140	
65 lat i więcej	29,3	51,7	6,8	3,4	8,8	147	
<b>3. Miejsce zamieszkania</b>							
wieś	17,5	59,4	6,5	3,5	13,2	372	V Cr.=0,10 p<0,001
miasto do 20 tys.	15,3	54,2	9,3	4,2	16,9	118	
20–100 tys.	23,7	52,5	12,1	4,5	7,1	198	
101–5000 tys.	21,7	55,6	10,6	3,7	8,5	189	
501 i więcej	13,2	50,4	21,5	0,8	14,0	121	
<b>4. Wykształcenie</b>							
podstawowe	21,9	50,3	8,4	5,9	13,5	356	V Cr.=0,09 p<0,05
zasadnicze zawod.	14,9	59,8	11,0	2,5	11,7	281	
średnie	17,5	58,8	12,7	2,1	8,9	291	
wyższe	22,9	52,9	10,0	1,4	12,9	70	
<b>5. Dochody na 1 osobę (w zł)</b>							
do 275	20,1	58,6	6,9	5,2	9,2	174	V Cr.=0,10 p<0,05
276–399	16,1	67,8	4,2	2,5	9,3	118	
400–549	21,1	54,5	8,6	1,4	14,4	209	
550–799	24,3	48,6	15,5	3,9	7,7	181	
powyżej 799	18,2	51,5	13,9	4,2	12,1	165	
<b>6. Stan cywilny</b>							
panna/kawaler	7,4	55,2	17,2	5,9	14,3	203	V Cr.=0,13 p<0,0001
mężatka/zonaty	20,9	57,5	8,7	2,3	10,7	647	
rozwidziona/y	20,5	36,4	11,4	6,8	25,0	44	
wdowa/wdowiec	26,9	52,9	8,7	4,8	6,7	104	
<b>7. Samoocena wiedzy</b>							
bardzo dużo	46,7	40,0	3,3	6,7	3,3	30	V Cr.=0,16 p<0,0001
raczej dużo	24,6	55,9	9,0	2,4	8,1	333	
raczej mało	14,9	59,2	12,5	2,2	11,2	502	
bardzo mało	11,9	50,7	4,5	16,4	16,4	67	
trudno powiedzieć	12,1	39,4	12,1	4,5	31,8	66	

cd. tabeli II

Charakterystyka badanych	Intencja						Siła związku
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć	N	
<b>8. Samoocena stanu zdrowia</b>							
bardzo dobry	15,4	43,6	14,1	11,5	15,4	78	V Cr.=0,11 p<0,005
raczej dobry	16,0	58,4	12,6	1,4	11,5	356	
taki sobie	20,9	54,4	9,2	2,7	12,7	401	
raczej zły	19,7	59,1	8,7	4,7	7,9	127	
bardzo zły	26,5	52,9	2,9	11,8	5,9	34	
trudno powiedzieć	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	2	
<b>9. Kto ogląda programy</b>							
1 osoba	14,7	63,7	11,4	2,2	8,1	273	V Cr.=0,26 p<0,0001
2 osoby	25,6	62,8	4,3	0,5	6,8	207	
więcej niż 2	33,6	59,8	3,3	0,0	3,3	214	
nikt	6,0	30,7	25,3	15,3	22,7	150	
trudno powiedzieć	8,4	50,0	13,0	3,2	25,3	154	

programów, respondenci najczęściej głosów oddali na korzyści natury praktycznej: poznawcze (można dowiedzieć się jak dbać o zdrowie) i behawioralne (można zacząć coś robić na rzecz swojego zdrowia). Z dużą dozą prawdopodobieństwa można zatem sądzić, że oczekiwania wobec telewizji dotyczą bardziej pomocy w działaniu niż krzewienia suchej wiedzy biomedycznej. Stwierdzono zarazem, że telewidzowie są stosunkowo krytyczni wobec takich programów, bowiem aż dwie trzecie dostrzegały także zle strony ich oglądania. Wśród ujemnych stron wymieniano najczęściej problem skutków jatrogennych – wywoływania lęków związanych ze stanem własnego zdrowia. Zwracano też uwagę, że programy te są trudne i można nie zrozumieć informacji tam zawartych i/lub zacząć coś robić z krzywdą dla własnego zdrowia. Na podstawie zebranych danych trudno jest ocenić, czy badani już doświadczyli takich skutków, czy też jest to antycypacja wydarzeń.

Ustalono, że wzorowanie się na innych, którzy są widzami programów o zdrowiu jest jedynym znaczącym rodzajem oddziaływania społecznego, które skłania do oglądania takich programów. Dla większości badanych najważniejszymi czynnikami, który sprzyjają oglądaniu programów były wolny czas, odpowiednia pora emisji i brak pilniejszych spraw. Przy takiej konfiguracji warunków korzystnych dla widzów, może zastanawiać, że aktualne i potencjalne przyszłe audytorium tworzyły głównie kobiety. Wynika to zapewne z większej niż u mężczyzn gotowości do poszukiwania informacji o zdrowiu. To zaś tłumaczy się inną socjalizacją kobiet, wychowywanych w duchu troski o swoje zdrowie oraz opieki nad członkami rodziny i społeczności. Z tego powodu wśród kobiet notuje się zazwyczaj wyższy poziom wiedzy o zdrowiu (10), a w tym badaniu – lepszą samoocenę wiedzy. Widzami byli też częściej ludzie pozostający w związkach małżeńskich i owdowiali, starsi wiekiem, subiektywnie gorszego zdrowia oraz gorzej sytuowani. Respondenci o tych cechach mieli także częściej niż inni zamiar oglądania programów w przyszłości. Z punktu widzenia oświaty zdrowotnej ważny, aczkolwiek nie nazbyt silny, jest związek zainteresowania programami z niższymi dochodami. Wynika to przypuszczalnie z faktu, że osoby lepiej sytu-



owane mają łatwiejszy dostęp do innych źródeł informacji o zdrowiu. Prowadzi to do konstatacji, że telewizja ma do spełnienia ważną rolę w wyrównywaniu szans różnych tzw. nieuprzywilejowanych grup społecznych. Ustalono też istnienie silnego dodatniego związku samooceny wiedzy z aktualnym i przyszłym oglądaniem programów o zdrowiu. Interpretacja tej zależności wymagałaby oceny rzeczywistej wiedzy respondentów, co w tym badaniu nie było jednak możliwe.

Podsumowując, należy pamiętać, że telewizja jest ważnym narzędziem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, ale nie można przeceniać jej wpływu na odbiorców. W celu zwiększenia jej zasięgu i skuteczności konieczne jest podejście strategiczne i planowe. Zaleca się przy tym, aby w trakcie prac specjaliści od komunikowania się byli podporządkowani specjalistom od edukacji zdrowotnej. Taki charakter współpracy pozwala wyjść naprzeciw podstawowym tendencjom promocji zdrowia – naciskowi na społeczne i ekonomiczne determinanty zdrowia, równości, zachowaniom prozdrowotnym i uczestnictwu społeczności (11). Zaleca się także, aby specjaliści od spraw zdrowia publicznego sami opracowywali odpowiednio skonstruowane notatki dla mediów i rozsyłali je. Zwiększa to częstość prezentowania tematyki zdrowotnej w mediach, ale też zaufanie odbiorców, którzy bardziej wierzą w „newsy” – wiadomości niż informacje zawarte w płatnych programach (12).

#### WNIOSKI

1. Oglądanie telewizyjnych programów poświęconych problematyce zdrowotnej ma zazwyczaj przypadkowy charakter.
2. Istnieje bardzo mocno rozpowszechniony pogląd, że programy o zdrowiu mogą być za trudne i/ lub szkodliwe.
3. Telewizja nie jest dobrym medium do przenoszenia przekazów zdrowotnych adresowanych do mężczyzn.
4. Telewizja może być w pewnym stopniu wykorzystywana do transmisji informacji o zdrowiu do gorzej sytuowanych grup społecznych, co służyłoby wyrównywaniu nierówności w zdrowiu związanych z niższym statusem społeczno-ekonomicznym.

*D Cianciara, T Przewłocka, M Miller*

#### THE INTEREST IN TV HEALTH PROGRAMMES

#### SUMMARY

The questionnaire survey was carried out among 1000 persons to assess the determinants of interest in unpaid TV health programmes: present and future viewing. Television was found as one of the most important sources of information, usually accidental. Free time and air-time were among supporting factors. The viewers had a positive attitude toward health programmes; many perceived disadvantageous effects and barriers for watching. The audience segmentation indicated a non-representative distribution. Women, married or widowed persons, older, those with ill health, lower economic status and role models were more likely to be present and future viewers.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Berridge V. AIDS, the media and health policy. *Health Education Journal* 1991;4:179–85.
2. Commers MJ, Visser G, de Leeuw E. Representations of preconditions for and determinants of health in the Dutch press. *Health Promotion International* 2000;4:321–31.

3. Mindell J. An assesment of the feasibility of health authorities generating unpaid mass media publicity in the long term. *Health Education Journal* 1997;2:125–33.
4. Smith BJ, Ferguson C, McKenzie J, i in. Impact from repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Health Promotion Interational* 2002;1:51–60.
5. Delaney F, Adams L. Preventing skin cancer through mass media: process evaluation of a collaboration of health promotion agencies. *Health Education Journal* 1997;3:274–86.
6. Freimuth V, Cole G, Kirby SD. Issues in evaluating mass-media communication. W: Rootman i, Goodstadt M, Hyndman B. i in. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO; 2001:475–92.
7. Shelley JM, Irwig LM, Simpson JM, Macaskill P. Evaluation of a mass-media led campaign to increase Pap smear screening. *Health Education Research. Theory and Pracice* 1991;3:267–77.
8. Booth M, Bauman A, Oldenburg B. i in. *Effects of a national mass-media campaign on physical activity participation*. *Health Promotion International* 1992;4:241–7.
9. Tones K, Tilford S. *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. London, 1994: Wyd. 2. London: Chapman and Hall; 1994:180–203.
10. Finnegan JR Jr, Viswanath K, Loken B. Predictors of cardiovascular health knowledge among suburban cable TV subscribers and non subscribers. *Health Education Research. Theory and Practice* 1988;2:141–51.
11. Piotrow PT, Kincaid DL, Rimon JG II, Rinehart W. *Health communication: lessons from family planning and reproductive health*. Westport: Johns Hopkins School of Public Health. Center for Communication Programs; 1997:97.
12. Chapman S, Dominello A. A strategy for increasing news media coverage of tobacco and health in Australia. *Health Promotion International* 2001;2:137–143.

**Adres autorek:**

Dorota Cianciara  
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa