

# Instytucjonalne determinanty współpracy instytucji zdrowia publicznego i telewizji publicznej w zakresie edukacji zdrowotnej

Zofia A. Słońska<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia  
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

<sup>2</sup>Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Warszawa  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

*Adres do korespondencji:* Zofia Słońska, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 606 331 338, slonska@post.pl

## Abstract

### *Institutional determinants of cooperation between public health institutions and public television in the field of health education*

The level of effectiveness of mass-media influence on population health is determined by a number of factors, some of which are barriers to effective communication, others support it. The aim of this article is an attempt to present elements of the process of cooperation between representatives of public health institutions and public television, at the stage of creating health information and its dissemination. The analysis of this process, based, inter alia, on the findings and observations made within sociology and public health, will be aimed at identifying barriers to effective media impact in the field of health education, as well as remedies that can minimize potential failures.

**Key words:** barriers, health education, institutional cooperation, television

**Słowa kluczowe:** bariery, edukacja zdrowotna, telewizja, współpraca instytucjonalna

Instytucje zdrowia publicznego, odpowiedzialne za edukację zdrowotną, podobnie jak instytucje medialne, wpływając na populację przez realizację swoich zadań, z założenia budzą zainteresowanie badaczy, w tym socjologów, i jako takie stanowią przedmiot dociekań naukowych [1–3]. Niewątpliwie użyteczne są, prowadzone odrębnie, rozważania na temat instytucji zdrowia publicznego i instytucji medialnych. Z punktu widzenia zagadnienia efektywności oddziaływania na zdrowie przez mass media daleko ciekawsze są jednak relacje między tymi instytucjami, będące wynikiem misji, zadań, wartości i interesów, które nimi kierują. Ramy prawne dla współpracy publicznych instytucji medialnych z in-

stytucjami zdrowia publicznego tworzą w Polsce zapisy paragrafu 21, znajdujące się w rozdziale 4 Ustawy o Radiofonii i Telewizji [4]. Paragraf ten dotyczy misji publicznej radiofonii i telewizji, a wybrane jego fragmenty nawiązują do sfery zdrowia. Punkt drugi wyżej wymienionego paragrafu podkreśla obowiązek dbania o to, by programy i inne usługi publicznej radiofonii i telewizji służyły kształtowaniu postaw prozdrowotnych oraz edukacji zdrowotnej, a także propagowaniu i upowszechnianiu sportu oraz zwalczaniu patologii społecznych.

Celem niniejszego artykułu jest próba przedstawienia elementów współpracy między przedstawicielami instytucji zdrowia publicznego a telewizją publiczną na etapie

tworzenia informacji zdrowotnej oraz jej upowszechniania. Analiza tego procesu, opierająca się między innymi na ustaleniach i spostrzeżeniach dokonywanych w obrębie socjologii i zdrowia publicznego, będzie nastawiona na identyfikację instytucjonalnych barier skutecznego oddziaływania medialnego w zakresie edukacji zdrowotnej oraz środków zaradczych minimalizujących potencjalne niepowodzenia.

## 1. Czym jest zdrowie publiczne i jaką rolę pełni w nim edukacja?

Zgodnie z definicją, rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie publiczne to „zorganizowany wysiłek społeczeństwa, dokonujący się głównie poprzez instytucje publiczne, w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia ludności poprzez działania zbiorowe” [5]. W kategoriach systemowych zdrowie publiczne może być określane mianem zorientowanego populacyjnie subsystemu należącego do systemu ochrony zdrowia, który znacząco uzupełnia działania subsystemu opieki zdrowotnej, zorientowanego na pacjentów. Zdrowie publiczne obejmuje wiele usług związanych z ochroną zdrowia populacji, a w tym profilaktykę i promocję zdrowia.

Promocja zdrowia, będąc składową zdrowia publicznego, podobnie jak całe zdrowie publiczne jest zorientowana na populację i opiera się na współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej. Utożsamiana z procesem ma za zadanie umożliwiać ludziom podejmowanie racjonalnych decyzji w sferze zdrowia, w tym dotyczących zmian zachowań antyzdrowotnych na prozdrowotne. Promocja zdrowia dokonuje się przez edukacyjne oddziaływanie na jednostki i zbiorowości oraz równoległe wprowadzanie prozdrowotnych zmian w szeroko rozumianym środowisku człowieka (naturalnym, materialnym, kulturowym, politycznym i społecznym). W kontekście tak sformułowanych zadań od współczesnej edukacji zdrowotnej oczekuje się daleko więcej niż przed kilkudziesięciu laty, kiedy to edukacja zdrowotna była wykorzystywana przede wszystkim jako narzędzie wspomagania terapii i w istocie sprowadzała się do edukacji medycznej. Kluczową zmianą, do której obecnie dąży się na świecie, jest doprowadzenie do powszechnej internalizacji takiego wizerunku człowieka i jego roli w rozwoju i ochronie zdrowia, w którym akcentowana jest jego aktywność. Człowiek nie może dłużej pozostawać biernym odbiorcą świadczeń systemu ochrony zdrowia, ponieważ rozwiązywanie współczesnych problemów zdrowotnych, u podłoża których leżą szeroko pojęte przyczyny środowiskowe, a wśród nich dominujące przyczyny społeczno-kulturowe, społeczno-ekonomiczne i społeczno-polityczne, wymaga samodzielnych i aktywnych wobec zdrowia jednostek i zbiorowości. Stąd podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest rozwój kompetencji zdrowotnych służących samodzielnemu i racjonalnemu działaniu jednostek i grup na rzecz zdrowia w codziennych sytuacjach oraz na różnych poziomach organizacji życia społecznego:

w rodzinie, w miejscu pracy, w społecznościach lokalnych, instytucjach i organizacjach samorządowych oraz rządowych. Oczywiście, prozdrowotna aktywność jednostek w żadnej mierze nie zwalnia władz publicznych z odpowiedzialności za tworzenie, w szeroko pojętym otoczeniu człowieka, warunków wspierających rozwój zasobów zdrowia oraz eliminowanie czynników, które mu szkodzą. Niewątpliwie zadaniem władz publicznych jest także zapewnienie właściwej organizacji oraz pochodzącego z różnych źródeł finansowania i medycznego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.

Oczywistym rezultatem końcowym edukacji zdrowotnej powinny być upodmiotowione, gotowe do kompetentnego działania na rzecz zdrowia pojedyncze osoby, społeczności oraz grupy profesjonalne [6]. Dlatego też eksperci, w ramach podejmowanych działań interwencyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej, nie mają zastępować jednostek i grup objętych oddziaływaniem, ale podnosić ich kompetencje i zwiększać możliwości ich samodzielnego działania [7]. Potwierdzeniem skuteczności takiego podejścia do edukacji zdrowotnej są między innymi rezultaty The Tenderloin Senior Outreach Project [8]. W wyniku działań podjętych w ramach tego projektu doszło do wykreowania lokalnych liderów wywodzących się z objętych projektem starszych, chorych i ubogich osób zamieszkałych w San Francisco. Wykreowani liderzy z czasem – projekt trwał 10 lat – zastąpili jego realizatorów w działaniach na rzecz swojego środowiska.

## 2. Współczesne mass media: czym są, czemu służą, jakie budzą nadzieje i niepokoje

Realizacja zadań edukacyjnych przypisanych zdrowiu publicznemu wymaga wspomagania medialnego. Mass media to urządzenia i instytucje, za pomocą których przesyłane są treści do bardzo licznej i zróżnicowanej publiczności. Wszystkie one tworzą podstawę systemu komunikowania w kulturze masowej i w wysokim stopniu określają jej charakter. Decydującym wyróżnikiem środków masowego przekazu jest ich wielki zasięg ponadregionalny, ogólnokrajowy, zmierzający do globalnego. Treści przekazywane przez środki masowego przekazu mają charakter publiczny (są kierowane do wszystkich, których mogą interesować) i są masowo odbierane. O masowym charakterze każdego środka decyduje nie jego wprowadzenie, a upowszechnienie [9].

Wiemy, że prawdziwa rewolucja w dziedzinie rozwoju mediów zaczęła się dokonywać wraz z upowszechnieniem się Internetu. Anthony Giddens już blisko dwadzieścia lat temu wysunął tezę mówiącą, że „Internet może doprowadzić do całkowitego zatarcia granic między tradycyjnymi środkami masowego przekazu i stać się dla odbiorców jedynym kanałem informacyjnym, rozrywkowym, reklamowym i komercyjnym” [10]. Nawet jeśli uznać, że mimo upływu lat czas bezwzględnej panowania Internetu nie nadszedł, to nie ulega wątpliwości, że siła jego oddziaływania jest ogromna, i choć w wielu przypadkach pozytywna, jest także połączona z wieloma zagrożeniami. Podstawowe zagrożenia to utrata ano-

niowości osób korzystających z sieci, ze wszystkimi tego faktu konsekwencjami, w tym zdrowotnymi, narażenie na oszustwa, między innymi związane z reklamą i sprzedażą pseudoleków i pseudoterapii, i – co wydaje się najważniejsze – rosnące masowe podporządkowanie jednemu, choć wewnętrznie zróżnicowanemu medium. Mimo niebywałego rozwoju Internetu tradycyjne środki masowego przekazu nadal funkcjonują i odgrywają bardzo znaczącą rolę, także w edukacji zdrowotnej. Dzięki rozwojowi techniki i technologii cyfrowych radio i telewizja, o której głównie tu mowa, mają znacznie większe możliwości atrakcyjnego komunikowania się z odbiorcami niż jeszcze dwadzieścia, trzydzieści lat temu. To prawda, że współcześnie wciąż korzystamy z tradycyjnych rozwiązań, takich jak na przykład programy radiowe nadawane przez radio czy programy telewizyjne emitowane przez stacje telewizyjne. Równoległe jednak spotykamy się z różnymi mieszanymi formami, takimi jak programy radiowe w telewizji (przekaz telewizyjny ze studiów radiowych) czy programy telewizyjne w radiu (radiowe wersje edukacyjnych spotów telewizyjnych). Ponadto niebagatelną rolę odgrywają, wciąż rosnące, atrakcyjność i różnorodność tematyczna oraz jakość techniczna i estetyczna przekazu telewizyjnego. „Przedłużoną ręką” Internetu, a dzięki niemu także telewizji i radia, są smartfony, które w każdym miejscu i o każdym czasie umożliwiają kontakt z informacją nadawaną z różnych źródeł. W roku 2017 więcej niż połowa ponadśmiomiliardowej światowej populacji korzystała ze smartfonów, a prawie ⅓ posiadało telefony komórkowe [11]. W Polsce, według danych GUS z roku 2016, smartfony miało 53,4% populacji, telefony komórkowe nieco poniżej 55% populacji, komputery osobiste z dostępem do Internetu – 74% populacji, a telewizor – 98,2%. Należy oczekiwać, że od tego czasu liczba użytkowników wyżej wymienionych urządzeń, z wyjątkiem użytkowników telewizora, wzrosła. Co niezwykle istotne z perspektywy skutecznego upowszechniania wiedzy i umiejętności zdrowotnych, dotychczasowe tendencje w wysyceniu się rynku posiadaczy środków komunikacji masowej pośrednio świadczą o dynamicznym zacieraniu się społecznych różnic w dostępie do mediów [12]. Wysoka i wciąż rosnąca dostępność tradycyjnych i nowych mediów stwarza bezprecedensową możliwość rozwoju edukacji zdrowotnej. Udział telewizji publicznej w tym procesie jest niezwykle ważny.

### 3. Główne problemy współpracy w zakresie edukacji zdrowotnej instytucji zdrowia publicznego z telewizją publiczną

Współpraca instytucji zdrowia publicznego z telewizją publiczną stwarza możliwość szybkiego przekazu masowemu odbiorcy informacji bieżących, istotnych z punktu widzenia zdrowia populacji, takich jak na przykład informacje o epidemiach, skażeniach środowiska, powodziach czy pożarach. Telewizja publiczna może także umożliwiać komercyjną bądź finansowaną ze środków publicznych edukację zdrowotną populacji.

Edukacja zdrowotna może być prowadzona w telewizji z wykorzystaniem własnych projektów instytucji medialnej lub poprzez emisję programów i kampanii zleczanych przez instytucje zewnętrzne, w tym oczywiście instytucje zdrowia publicznego. Ponadto reklama telewizyjna może wspierać działania terenowe. Z badania Farrelly’ego i współautorów [13] wynika, że telewizja może być skutecznie wykorzystywana do podniesienia częstości korzystania z telefonów zaufania przeznaczonych dla osób chcących rzucić palenie.

Był czas, że poglądy na temat efektywności oddziaływania mass mediów na zachowania zdrowotne obejmowały opinie skrajnie różne. Jedni uważali, że wpływ mediów zasadniczo zmienia zachowania, a inni, że nie ma na nie żadnego wpływu [14]. Współczesne sądy na ten temat są bardziej wyważone. Ogromna liczba badań sprawdzających w różnych kontekstach efektywność oddziaływania mediów daje podstawy, by uważać, że mogą one skutecznie oddziaływać na zachowania, ale przy spełnieniu określonych warunków. Dotyczy to oczywiście także telewizji. Podkreśla się między innymi związek między wzrostem efektywności oddziaływania medialnego a stosowaniem działań wspierających. W przypadku medialnych kampanii antyalkoholowych za czynniki wspierające uznano egzekwowanie prawa przez organy ścigania, działania oddolne oraz pojawianie się w mediach dodatkowych informacji na temat picia alkoholu i prowadzenia samochodu [15]. Za kolejny czynnik wspierający skuteczność edukacyjnego przekazu można uznać jednoczesne korzystanie z więcej niż jednego medium, na przykład telewizji i Internetu. Uzyskuje się wtedy lepszy rezultat dzięki uzupełniającemu działaniu obu mediów. Tezę tę potwierdzają wyniki badań skuteczności reklam [16], w których stwierdzono, że w reklamie telewizyjnej przede wszystkim odbiorcy zwracają uwagę na informacyjną stronę przekazu, a w Internecie na jego funkcję nakłaniającą. Warto zaznaczyć [17], że podstawowym nośnikiem reklam telewizyjnych, podobnie jak treści z zakresu edukacji zdrowotnej, emitowanych w telewizji są trzydziestosekundowe spoty telewizyjne. Nośnik ten, który najpierw zyskał popularność w reklamie, został przejęty przez profesjonalistów zajmujących się edukacją zdrowotną. Jego atrakcyjność wynika z faktu, że jego emisja zajmuje niewiele czasu antenowego, a przy tym trwa ona wystarczająco długo, by uaktywnić kluczowe reakcje odbiorcy objęte formułą AIDA (*Attention, Interest, Desire, Action*/uwaga, zainteresowanie, pożądanie, działanie) [18].

W kontekście rozważań o współpracy instytucji zdrowia publicznego i publicznej telewizji należy brać pod uwagę pewną oczywistą konstatację. Instytucje medialne, podobnie jak instytucje zdrowia publicznego, mają swoje cele, zadania oraz priorytety i przyjęte zasady postępowania, regulowane nie tylko przepisami prawa, lecz także prawem zwyczajowym. Stąd przedstawiciele instytucji zdrowia publicznego, przewidując współpracę z publicznymi instytucjami medialnymi, w tym telewizją, powinni zacząć od zebrania informacji o podstawach prawnych ich funkcjonowania, zasadach wynikających z prawa zwyczajowego oraz celach, zadaniach i struk-

turze przyjmowanych zleceń, a także szczegółach organizacyjnych i finansowych. Chodzi bowiem o to, by wiedzieć, zanim przystąpi się do prac merytorycznych, związanych na przykład z tworzeniem i wdrożeniem poświęconej zdrowiu krajowej kampanii medialnej z udziałem telewizji, który z produktów ma szansę na emisję i na jakich warunkach organizacyjno-finansowych może do niej dojść. Może się okazać, że wybrane przez twórców kampanii kanały i formy upowszechniania z różnych powodów, na przykład finansowych czy organizacyjnych, są niemożliwe do wykorzystania i należy je zmienić, a co za tym idzie także rodzaj przygotowywanych nośników informacji zdrowotnej.

W przygotowywaniu kampanii prozdrowotnej bardzo przydatne są wcześniej podjęte rozmowy wstępne z telewizją, najlepiej zakończone powstaniem listu intencyjnego bądź umowy o partnerstwie i współpracy, co w pewnym stopniu formalizuje poczynione w trakcie rozmów zobowiązania. Podpisanie umowy o partnerstwie i współpracy z kierownictwem telewizji i radia publicznego (TVP, Polskie Radio) bardzo sprawdziło się w trakcie realizacji Programu Polcard-Media „Pamiętaj o Sercu”, realizowanego w latach 2003–2009 [19]. W wyniku tego porozumienia jedenastomiesięczna kampania zapobiegania chorobom serca i naczyń została uznana za kampanię społeczną i wdrożono ją bezpłatnie w trzech kanałach publicznej telewizji oraz w pierwszym programie Polskiego Radia. Uzyskanie takiego wsparcia miało niebagatelne znaczenie finansowe. Z analiz przeprowadzonych na prośbę koordynatorów projektu przez profesjonalny dom mediowy OMD Media Direction [20] wynikało, że komercyjny koszt przeprowadzonej w 2005 roku w ramach emisji spotów telewizyjnych w trzech programach telewizji publicznej, średnio cztery razy dziennie, w tym około 40% emisji w tak zwanym *prime time*, wskaźnik GRP (*Gross Rating Points*) powyżej 75/tydzień, przekroczyłby kilkakrotnie cały budżet projektu przewidziany na lata 2003–2005.

Bardzo ważnym zadaniem twórców medialnej kampanii edukacyjnej jest wytworzenie takich materiałów edukacyjnych, które spełniają kryteria obowiązujące w danej instytucji medialnej. Krokiem pierwszym jest więc poznanie tych kryteriów. Telewizja zazwyczaj bierze pod uwagę jakość techniczną przewidzianego do emisji materiału edukacyjnego, treść i formę przekazu, czas trwania emisji, częstość emisji oraz preferowane miejsce zamawianej emisji w ramach programu telewizyjnego czy radiowego. Istnieje wiele form medialnego przekazu z zakresu edukacji zdrowotnej, z którymi instytucje zdrowia publicznego mogą zgłaszać się do telewizji z prośbą o umożliwienie ich upowszechnienia, na przykład projekty debat telewizyjnych, materiały filmowe, takie jak spoty czy filmy instruktażowe oraz elementy edukacyjne, na przykład dialogi poświęcone zdrowiu, przeznaczone do włączenia do popularnych seriali bądź innych stałych punktów programów telewizyjnych o dużej oglądalności. W każdym przypadku zamawiający emisję zakładają, że telewizja zapewni optymalne warunki do osiągnięcia wysokiego poziomu jakości i efektywności oddziaływania emitowanych materiałów edukacyjnych. Chodzi im prze-

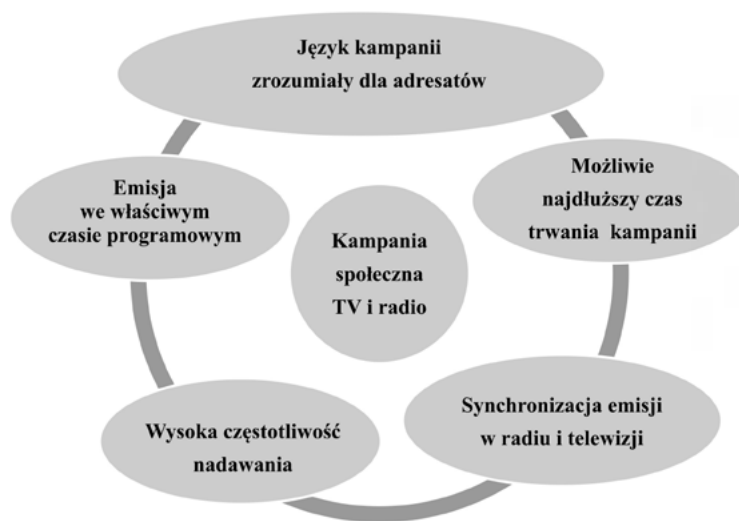
de wszystkim o to, by dany materiał edukacyjny trafił do jak największej grupy adresatów danej informacji zdrowotnej i jej przekaz nie był zaburzony. W tym miejscu warto nawiązać do możliwego konfliktu interesów między zamawiającymi emisję przedstawicielami zdrowia publicznego a instytucjami medialnymi, w tym telewizją. Konflikt interesów może dać o sobie znać, wtedy gdy od ogólnych deklaracji przechodzi się do szczegółów. Świadomym rzeczywistości medialnej zamawiającym emisje programów edukacyjnych zależy między innymi na zapewnieniu przez instytucję medialną odpowiadającego potrzebom edukacyjnym: czasu trwania emisji, pór nadawania w telewizji/radiu, odpowiedniego miejsca w programie telewizyjnym/radiowym, a także niezbędnej częstości emitowania danego materiału edukacyjnego, na przykład spotu. **Rycina 1** obejmuje kluczowe cechy prawidłowego upowszechniania treści z zakresu edukacji zdrowotnej w ramach społecznej kampanii telewizyjnej ze wspomaganie radiowym.

Jak wynika z ryciny, bardzo duże znaczenie ma nie tylko język komunikacji, lecz także spełnienie licznych warunków związanych z emisją, takich jak wysoka częstotliwość nadawania, emisja we właściwym czasie programowym i – co niesłychanie ważne – możliwie najdłuższy czas trwania kampanii w mediach.

Telewizji może natomiast zależeć na tym, szczególnie wtedy gdy musi przy ograniczonych środkach finansowych zaspokoić potrzeby wielu instytucji ubiegających się o możliwość emisji, by czas emisji był jak najkrótszy, a pora nadawania oraz częstość emisji podporządkowane przed wszystkim nie tyle dobru zleconych programów edukacyjnych, ile możliwościom programowym instytucji medialnej, na przykład spoty edukacyjne są na ogół emitowane w blokach reklamowych i tym samym „rywalizują” z reklamami będącymi źródłem dochodu instytucji medialnej. Konkurentem w „zdobywaniu” miejsca w programach telewizyjnych i radiowych mogą być także inne kampanie medialne. Chętnych nie brakuje, a publiczne instytucje medialne, związane ustawowym obowiązkiem działania misyjnego, muszą dokonywać czasami bardzo trudnych wyborów wśród złożonych ofert.

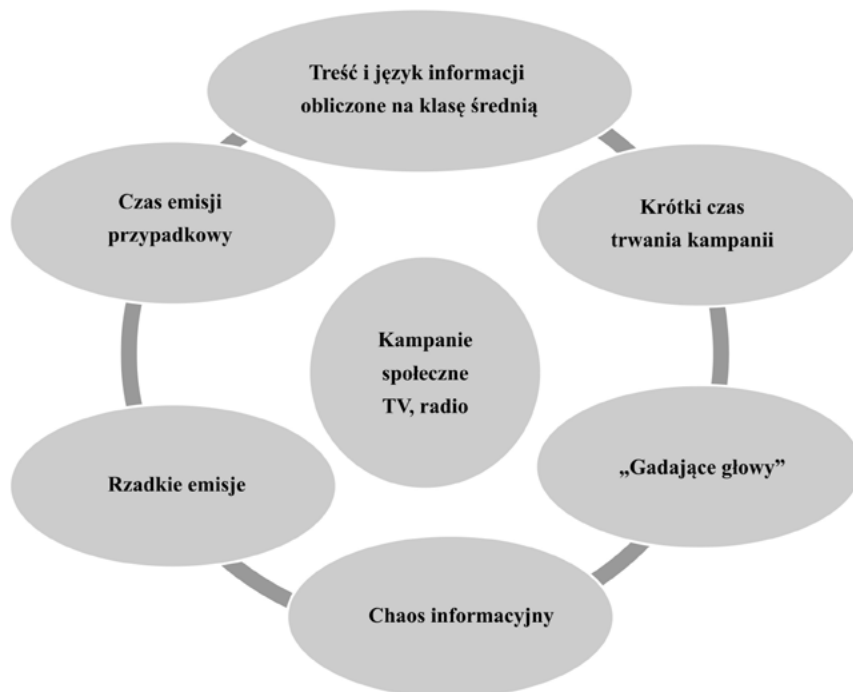
**Rycina 2** przedstawia wybrane czynniki zakłócające prawidłowy przebieg kampanii edukacyjnej w telewizji, spowodowane nie tylko przez instytucje medialne, lecz także przez zewnętrznych twórców kampanii edukacyjnych. Na tych ostatnich spoczywa odpowiedzialność za język kampanii i dobór metod oddziaływania. Przykładem nieprawidłowej decyzji twórców kampanii jest dopuszczenie do sytuacji, w której dominującą formą oddziaływania są wywiady z ekspertami i dyskusje eksperckie. Uczestniczące w nich osoby, tak zwane gadające głowy, mniej lub bardziej świadomie nierzadko ograniczają grono własnych odbiorców przez nadużywanie profesjonalnego języka.

Na uwagę zasługuje także kwestia pojawiającego się w mediach chaosu informacyjnego [21]. Zdarzało się i zdarza, że w zbliżonym czasie pojawiają się płynące z różnych źródeł, na tych samych albo na różnych kanałach telewizyjnych, sprzeczne treści o charakterze



**Rycina 1.** Kluczowe cechy prawidłowego upowszechniania treści z zakresu edukacji zdrowotnej w ramach społecznej kampanii telewizyjno-radiowej.

Źródło: Opracowanie własne, 2018.



**Rycina 2.** Wybrane czynniki zakłócające prawidłowy przebieg upowszechniania treści z zakresu edukacji zdrowotnej w ramach społecznej kampanii telewizyjno-radiowej.

Źródło: Opracowanie własne, 2018.

edukacyjnym, najczęściej dotyczące sposobu odżywiania. Bywa też, że na przykład w bloku reklamowym po spocie edukacyjnym pojawia się reklama koncernu farmaceutycznego podsuwająca „łatwiejsze rozwiązania”.

Ciekawym problemem jest zakres rzeczywistej autonomii wyznaczany przez media swoim zewnętrznym partnerom, także tym zajmującym się edukacją zdrowotną. Zaczniemy od osób występujących w telewizji. Bogactwa konkluzji na ten temat w odniesieniu do telewizji

dostarcza nam Pierre Bourdieu [1]. Uważa on, że osoby występujące w telewizji tracą autonomię. Występowanie tego zjawiska ma jego zdaniem trzy główne powody, takie jak narzucanie tematu wypowiedzi i warunków komunikacji, a także stosowanie restrykcyjnych ograniczeń czasowych. Przyjrzymy się teraz tym trzem ograniczeniom z perspektywy możliwości dokonania poprawnego, zrozumiałego przekazu edukacyjnego w ramach wywiadu udzielanego przez osoby realizujące zadania z zakresu

edukacji zdrowotnej. W trakcie prowadzonych poniżej rozważań zostaną wykorzystane doświadczenia zdobyte, choć nie tylko, w projekcie edukacyjnym Polkard-Media „Pamiętaj o sercu” [20]. Przeciwdziałanie narzucaniu przez dziennikarza tematu wypowiedzi, niekoniecznie zgodnych z intencjami jego rozmówcy, to prawdziwe wyzwanie. Zazwyczaj zakres tematyczny planowanego wywiadu jest ogólnie nakreślony, ale dziennikarz prowadzący rozmowę przez fakt zadawania pytań narzuca tematy szczegółowych wypowiedzi. Problem w tym, że osoba udzielająca wywiadu do końca nie wie, o co konkretnie zostanie zapytana. Ostateczne wypowiedzi są więc wypadkową tego, co chciała ona pierwotnie powiedzieć oraz poglądów i zachowań dziennikarza przeprowadzającego wywiad. Zdarzyć się też może, co występuje na szczęście bardzo rzadko, że dziennikarz nie jest wystarczająco przygotowany do tematu i przez niefortunny zadane pytanie stawia osobę, z którą przeprowadza wywiad, w kłopotliwej sytuacji, uniemożliwiając tym samym bądź znacznie ograniczając jej swobodę wypowiedzi i prezentację tematu zgodnie z przyjętym celem edukacyjnym.

Oczywiście osoba, która udziela wywiadu, też może mieć niekorzystny wpływ na przebieg i wynik rozmowy mającej służyć edukacji zdrowotnej. Występy telewizyjne niektórych osób wpisują się w narrację Pierre’a Bourdieu, który uznał w połowie lat 90. XX wieku, że „ekran telewizora stał się (...) swego rodzaju lustrem Narcyza, miejscem prezentacji czyjegoś narcyzmu” [1, s. 38]. Choć pogląd ten można uznać za zbyt ostry, jest w nim nuta prawdy. Między innymi za przejaw narcyzmu można uznać, będący wynikiem koncentracji na budowaniu własnego wizerunku telewizyjnego, brak potrzeby mówienia językiem zrozumiałym dla większości widzów bądź określonej ich kategorii. Niezależnie od tego, jak się mówi, bardzo ważne jest także to, co się mówi. Osoba udzielająca wywiadu, który ma służyć edukacji zdrowotnej, musi dokładnie określić cel własnego wystąpienia, być przygotowana na udzielanie krótkich i dotyczących istoty problemu wypowiedzi, a w trakcie wywiadu kontrolować, czy cel wywiadu jest realizowany. Chodzi o to, aby mówić wyłącznie to, co w danej sytuacji jest potrzebne, a nie wszystko to, co się wie na dany temat. Trzeba pamiętać, że zbyt długie wypowiedzi będą przerywane. Pytania, które zdaniem Pierre’a Bourdieu każdy profesjonalista powinien sobie zadać, przygotowując się do prezentacji telewizyjnej, zasługują na uwagę. Oto one: „Czy to, co mam do powiedzenia, jest przeznaczone dla wszystkich? Czy jestem skłonny tak przygotować swoje wystąpienie (dobierając jego formę), by mogło być dla wszystkich zrozumiałe? Czy zasługuje ono na to, by wszyscy go słuchali?” [1, s. 39].

Nie bez znaczenia dla naruszania autonomii osoby udzielającej wywiadu pozostają także narzucone zewnętrzne warunki komunikacji. Z racji faktu, że oceniane są nie tylko osoby z zewnątrz występujące w telewizji, lecz także dziennikarze kierujący rozmową, należy liczyć się z tym, że zachowania dziennikarza mogą być podporządkowane w większym stopniu prezentacji własnej osoby niż wspieraniu zaproszonego rozmówcy. Stąd też nierzadkie zajmowanie przez dziennikarzy tak zwanych lepszych miejsc, dzięki którym są usytuowani przodem

do kamery, a tym samym panują jednocześnie nad kontaktem z widzami, rozmówcą w studiu oraz własnym wizerunkiem. Zarówno dla dziennikarza, jak i dla osoby występującej w studiu telewizyjnym bardzo ważne jest jej usytuowanie względem kamer. Po pierwsze, kamera widzi wszystko. O ile wywiady radiowe nie wymuszają na występujących na antenie kontroli mowy ciała, o tyle jest to bardzo ważne w telewizji. Stąd miejsce i sposób ulokowania w przestrzeni studia może mieć kolosalne znaczenie dla występujących, może na przykład wspomagać koncentrowanie się na temacie rozmowy bądź znacząco rozpraszać, gdy odpowiadający ma wątpliwości co do pożądanego odbioru własnego zachowania i wyglądu. Powyższa sytuacja z pewnością nie sprzyja przyciąganiu uwagi widzów oraz wysokiej jakości edukacyjnego przekazu. Zagrożeniem dla autonomii osób występujących w telewizji czy radiu w roli reprezentantów edukacyjnej kampanii medialnej może być również fakt, że na czas wystąpienia są one „oddane w niewolę dziennikarzowi”. Jeśli dziennikarz szanuje swojego rozmówcę, nie ma problemu, ale zdarza się, że dziennikarz jest obcesowy, co przejawia się nagłym przerywaniem wypowiedzi rozmówcy, pomijaniem jednych osób i preferowaniem innych, w sytuacji gdy osób wypowiadających się jest więcej niż jedna, lub narzucaniem własnych poglądów rozmówcom. Kolejnym czynnikiem mogącym potencjalnie ograniczać autonomię osób występujących w telewizji jest konieczność restrykcyjnego przestrzegania czasu antenowego. Restrykcje czasowe narzucone są nie tylko osobie zaproszonej, lecz także dziennikarzowi prowadzącemu wywiad. Stąd wolno powiedzieć tylko tyle, ile mieści się w przyznanym czasie.

#### 4. Bariery obniżające efektywność edukacji zdrowotnej prowadzonej w telewizji

Niewątpliwą wadą tradycyjnych mediów, takich jak telewizja czy radio, jest jednostronna komunikacja. Z punktu widzenia skuteczności oddziaływania edukacyjnego z zakresu zdrowia i stylów życia istotną wadą telewizji i w znacznym stopniu radia jest przewaga jednostronnej komunikacji. Socjolog John B. Thompson [22] nazwał ten typ komunikacji zapośredniczoną quasi-interakcją. Jest to interakcja rzekoma, która nie przebiega między konkretnymi osobami, nie daje więc możliwości zadawania pytań. Jej przeciwieństwem jest komunikacja bezpośrednia, występująca w przypadku poradnictwa zdrowotnego, zakładająca bezpośredni kontakt między osobami i dająca możliwość nie tylko słuchania tego, co mówi druga osoba, lecz także umożliwiająca osobie słuchającej zadawanie pytań, wtedy kiedy chce ona wiedzieć więcej lub nie rozumie tego, co druga osoba do niej mówi. Na podstawie między innymi modeli edukacji zdrowotnej opracowanych przez Ingrasso [23] można przyjąć, „że w im większym stopniu proces edukacyjny nastawiony jest na wymianę informacji, im relacja między aktorami procesu jest bardziej symetryczna, a klimat sprzyjający współpracy, tym większa jest szansa na odniesienie sukcesu”. Obok jednostronnej ko-

munikacji za czynnik zagrażający skuteczności medialnej edukacji zdrowotnej należy uznać nieuwzględnianie przez twórców zdrowotnych kampanii medialnych faktu, że odbiorca przekazów medialnych, mimo iż jest odbiorcą masowym, nie jest odbiorcą jednorodnym. Istnieje konieczność zróżnicowanego podejścia do odbiorców, na przykład na palaczy o niskim statusie społeczno-ekonomicznym najskuteczniej oddziałują te telewizyjne kampanie antytytoniowe, które zawierają silny przekaz emocjonalny oraz prawdziwe historie ludzi [24].

## Podsumowanie

Jednostronna komunikacja integralnie związana z emisjami telewizyjnymi każe zakładać konieczność uzupełniania zdrowotnej edukacji telewizyjnej o zdrowotną edukację bezpośrednią. Stąd ogromne znaczenie uruchamiania w ramach kampanii różnych form bezpośredniego poradnictwa, na przykład telefonów zaufania. Na poziomie oddziaływania medialnego, o czym już wcześniej wspomniano, istnieje możliwość kompensacji ograniczeń komunikacyjnych jednego medium przez możliwości innego medium. Istotnie różne możliwości od telewizji daje Internet, gdzie pojawia się możliwość dialogu osób objętych edukacją przez bezpośredni kontakt ze specjalistami. Uważa się, że mimo niebezpieczeństw, jakie niesie z sobą komunikacja internetowa, może być ona uznana za efektywne i skuteczne medium przekazu wiedzy o zdrowiu młodym ludziom [25–27].

Dotychczasowe rozważania prowadzą nieuchronnie do pytania o to, czego ostatecznie instytucje zdrowia publicznego mogą oczekiwać od telewizji. Mimo istnienia dowodów na ograniczenia oddziaływania edukacyjnego przez telewizję tym, czego spodziewa się wielu organizatorów kampanii medialnych, a także decydentów finansujących medialne kampanie edukacyjne, jest produkt w postaci powszechnej zmiany zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne. Problem nadmiernych oczekiwań wobec mass mediów podnoszony był także przez innych autorów, między innymi przez Keith Tones i Jackie Green [6]. Jak wynika z teorii promocji zdrowia i jej zadań, o czym wcześniej wspomniano, powszechna zmiana zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne wymaga nie tylko oddziaływania edukacyjnego na jednostki i zbiorowości na wszystkich etapach życia człowieka, lecz także dokonywania prozdrowotnych zmian w jego szeroko pojętym środowisku społecznym, kulturowym, materialnym i ekonomicznym. Z powyższych rozważań jednoznacznie wynika, że edukacja zdrowotna, w tym telewizyjna, z założenia powinna być traktowana jedynie jako jeden z elementów oddziaływania na ludzkie zachowania, bardzo ważny, ale zdecydowanie niewystarczający. Z pewnością nie wymaga uzasadnienia teza, iż w przypadku każdego elementu oddziaływania prozdrowotnego należy dążyć do osiągania optymalnych rezultatów, także jeśli chodzi o telewizyjną edukację zdrowotną. Warunkiem bezkolizyjnej współpracy między instytucjami zdrowia publicznego i instytucjami medialnymi jest wzajemne dostosowywanie się do potrzeb instytucjonalnych partnerów, a także ich oczekiwań.

## Piśmiennictwo

1. Bourdieu P., *O telewizji. Panowanie dziennikarstwa*, tłum. K. Sztandar-Sztanderska, A. Ziółkowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
2. Słońska Z., *Promocja zdrowia w Polsce. Ograniczenia systemowe*, w: Piątkowski W., Titkow A. (red.), *W stronę socjologii zdrowia*. Wydawnictwa UMCS, Lublin 2002: 259–277.
3. Słońska Z.A., *Promocja zdrowia i jej rola w zmniejszeniu społecznych nierówności w zdrowiu*, „Post. N. Med.” 2016; XXIX (5): 350–355.
4. Ustawa o radiofonii i telewizji z dnia 29 grudnia 1992 r. Stan prawny na dzień 11.05.2018 r. (Dz.U. 1933, Nr 7, poz. 34).
5. Hasło: public health, w: *WHO Health Systems Strengthening Glossary*; [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index8.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html) (dostęp: 8.03.2018).
6. Tones K., Green J., *Health Promotion. Planning and Strategies*, Sage Publication Ltd. London, Thousand Oaks, California, New Delhi 2004.
7. McLeroy K., *Book review of health promotion at the community level*, „Health Education Quarterly” 1993; 20 (1): 133–136.
8. Minkler M., *Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Senior Outreach Project*, „Health Education Quarterly” 1995; 12 (4): 303–314.
9. Hasło: środki masowego przekazu (Słońska Z. opracowanie własne na podstawie hasła PWN; <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/srodki-masowego-przekazu;3984263.html> (dostęp: 8.03.2018)).
10. Giddens A., *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 475.
11. *Raport Digital in 2017. Global overview. We are social*, Hootsuite 2017, s. 5; <https://wearesocial.com/special-reports/digital-in-2017-global-overview> (dostęp: 8.03.2018).
12. Batorski D., *Technologie i media w domach i w życiu Polaków*, w: Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2015*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015: 355–378.
13. Farrelly M., Mann N., Watson K., Pechancek T., *The influence of the television advertisements on promoting calls to telephone quitlines*, „Health Education Research” 2013; 28 (1): 15–22.
14. Gatherer A., Parfit J., Porter E. et al., *Is Health Education Effective?*, Health Education Council, London 1979.
15. Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Nicholas J.L. Thompson R.S. et al., *Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. A systematic review*, „Am. J. Prev. Med.” 2004; 27 (1): 57–65.
16. *Raport: TV & Online: Better Together; Internet Advertising Bureau 2010*, [www.iabuk.net](http://www.iabuk.net) (dostęp: 14.11.2012), cyt. za: Jaska E., *Determinanty skutecznej reklamy medialnej*, „Polityki Europejskie, Finanse i Marketing” 2013; 10 (59): 312–319.
17. Jaska E., *Determinanty skutecznej reklamy medialnej*, „Polityki Europejskie, Finanse i Marketing” 2013; 10 (59): 312–319.

18. AIDA; [https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=AIDA\\_\(marketing\)&oldid=51595426](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=AIDA_(marketing)&oldid=51595426) (dostęp: 11.05.2018).
19. Zdrojewski T., Naruszewicz M., Kozłowska-Wojciechowska M., Słońska Z., Drygas W., *Główne programy interwencyjne w dziedzinie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w ramach Narodowego Programu POLKARD w latach 2003–2009*, w: *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*, t. 1, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010: 57–61.
20. Drygas W., Słońska Z., Torbicki A., Opolski G., Zdrojewski T., *Kampanie medialne w promocji zdrowia i profilaktyce chorób serca i naczyń – doświadczenia międzynarodowe*, w: *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*, t. 1. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 131–134.
21. Buckton Ch.H., Lean M.E.J., Combet E., 'Language is the source of misunderstandings' – impact of terminology on public perception of health promotion messages, „BMC Public Health” 2015; 15: 579–592.
22. Thompson J.B., *The Media and Modernity. A Social Theory of the Media*, Polity, Cambridge 1995.
23. Ingrosso M., *Becoming sensitive to health*. Referat wygłoszony na II European Conference on Effectiveness of Health Promotion and Health Education, Ateny, 13–15 maja 1992.
24. Durkin S., Wakefield M., Spittal M., *Which types of televised anti-tobacco ads prompt more quitline calls from disadvantage groups?*, „Health Education Research” 2011; 26: 998–1009.
25. Kowalska M.E., Kalinowski P., Bojakowska U., *Komunikacja internetowa jako aktywne medium przekazu wiedzy o zdrowiu – szanse, zagrożenia i ograniczenia*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013; 4 (50): 300–304.
26. Dutta-Bergman M.J., *Health attitudes, health cognitions and health behaviours among Internet health information seekers: Population-based survey*, „Journal of Medical Internet Research” 2004; (6) 2: 15–22.
27. Orr D., Baram-Tsabari A., Landsman K., *Social media as a platform for health-related public debates and discussions: The Polio vaccine on Facebook*, „Israel Journal of Health Policy Research” 2016; 5: 34–45.