

Elżbieta Korzeniowska  
Krzysztof Puchalski

## JAK POLSCY PRACOWNICY REAGUJĄ NA INFORMACJE DOTYCZĄCE PROZDROWOTNEGO STYLU ŻYCIA?

HOW DO POLISH WORKERS RESPOND TO THE INFORMATION  
CONCERNING HEALTH-ORIENTED LIFESTYLE?

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy / National Centre of Workplace Health Promotion

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Obfitość informacji, również komercyjnych, na temat dbania o zdrowie stanowi wyzwanie dla odbioru edukacji zdrowotnej. **Materiał i metody:** Dane empiryczne to wypowiedzi 100 pracowników, uzyskane w 2010 r. w ramach wywiadu swobodnego ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji. Analizowano odczuwanie presji na prowadzenie zdrowego stylu życia, w tym reakcje na przekazy medialne. **Wyniki:** Badani odczuwają wewnętrzną presję związaną ze zdrowym stylem życia, a także presję ze strony lekarzy, państwa, mediów oraz bliskich i znajomych. Akceptują presję wywieraną przez lekarzy. Doceniają też naciski bliskich i znajomych, ale uważają, że stymulują oni także do szkodliwych zachowań. Jako negatywną presję odbierają ofertę mediów, przerzucanie przez rząd odpowiedzialności za zdrowie na obywateli, nadmiar informacji, ich sprzeczność z własną wiedzą, zakres zaleceń, którym trudno sprostać, i ich zmienność. Na taką presję reagują przekonaniem o własnej odporności lub odrzuceniem przekazów. Media utożsamiają z reklamą, krytykują za propagowanie niezdrowych zachowań, dbanie o interesy reklamodawców (producentów farmaceutyków i żywności), ukrywanie informacji o szkodliwych substancjach w otoczeniu. Doceniają, że dzięki nim łatwo się czegoś dowiedzieć o zdrowiu i badaniach profilaktycznych. Przekazy edukacji zdrowotnej tylko sporadycznie identyfikują lepiej wykształceni. **Wnioski:** Zagęszczone środowisko informacyjne stanowi nieprzyjazne tło dla edukacji zdrowotnej. Nadmiar krytycznie ocenianych informacji powoduje presję i brak zaufania do informacji o zdrowym stylu życia. Edukacja zdrowotna powinna m.in. ułatwiać identyfikowanie swoich przekazów, unikać metod normatywnych, ograniczać skalę zaleceń i lepiej wyjaśniać zmiany, jakim one podlegają, przeciwdziałać kojarzeniu dbałości o zdrowie głównie z zachowaniami konsumenckimi, uczyć zdolności utrzymania orientacji w warunkach nadmiaru informacji i budować świadomość swojej marki. Med. Pr. 2017;68(4):525–543

**Słowa kluczowe:** edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, media a zdrowie, zdrowy styl życia, kompetencje informacyjne, przeciążenie informacjami o zdrowym stylu życia

### ABSTRACT

**Background:** Information overload, including commercial ones, about healthy lifestyle, is a challenge for perception of health education. **Material and Methods:** The empirical data gathered from 100 employees in 2010 by means of free interviews with a standardized list of required information, aimed at analyzing a feeling of pressure to lead a healthy lifestyle, including reactions to messages provided by the media. **Results:** Respondents feel pressure associated with a healthy lifestyle from doctors, the state, relatives, friends and themselves. They accept pressure exerted by doctors and appreciate it from relatives and friends, however, the latter may stimulate adverse behavior. As a negative pressure they perceive that imposed by the media, government's shifting the responsibility for citizens' health, information overload contradictory to their own knowledge, unattainable recommendations and their volatility. Such pressure evokes conviction for their own resistance or rejection of the messages. They criticize the media for promoting unhealthy behavior, attending interests of advertisers, hiding information about harmful environmental influence. They appreciate the media for facilitating learning about health and preventive examinations. Health education messages are only occasionally identified by better educated people. **Conclusions:** "Dense" information environment is a hostile background for health education. An excess of critically evaluated information evokes pressure and lack of trust in information. Therefore, health education should facilitate the identification of its contents, avoid normative methods, limit the number of guidelines and better explain the faced changes, counteract tendencies to associate healthy lifestyle mainly with consumer behaviors, teach how to maintain self orientation in information overload conditions, and build up awareness of one's own brand. Med Pr 2017;68(4):525–543

**Key words:** health education, health promotion, mass media and health, healthy lifestyle, health information literacy, health information overload

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Elżbieta Korzeniowska, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: whpp@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 1 czerwca 2016, zatwierdzono: 22 listopada 2016

## WSTĘP

Współczesny człowiek, żyjący w rozwiniętych społeczeństwach, jest celem wielu najróżniejszych oddziaływań informacyjnych odwołujących się do zdrowia i konieczności dbania o nie. Docierają one do niego w ramach bezpośrednich interakcji (np. nieformalnych rozmów czy zorganizowanych szkoleń) i za pośrednictwem m.in. mass mediów, poradników, billboardów, plakatów i ulotek. Jest na nie eksponowany prawie w każdym miejscu – tam, gdzie mieszka, pracuje i odpoczywa. Tylko część tych komunikatów dotyczy wyłącznie lub przede wszystkim zdrowia adresatów. Można je zaliczyć do edukacji zdrowotnej (formalnej i nieformalnej). W innych wykorzystuje się tę cenioną wartość, żeby maksymalizować zyski czy manipulować odbiorcą dla osiągnięcia partykularnych interesów. Tak się dzieje w marketingu i reklamie komercyjnej produktów czy w przekazach propagandowych nastawionych na pozyskiwanie zwolenników określonej (np. politycznej, społecznej lub prawnej) wizji rzeczywistości.

Funkcjonowanie ludzi w takim zagęszczonym środowisku informacyjnym poświęconym zagadnieniom zdrowego stylu życia nie może pozostawać bez wpływu na odbiór przez nich treści formalnej edukacji zdrowotnej. Termin ten jest używany na określenie realizowanych planowo, dla osiągnięcia celów zdrowia publicznego, oddziaływań uczących i motywujących ludzi do podejmowania zachowań uznanych na gruncie wiedzy medycznej za sprzyjające zdrowiu. Scharakteryzowanie ich w taki sposób nawiązuje do wielu definicji edukacji zdrowotnej [1,2]. Umożliwia ponadto włączenie w jej zakres przedsięwzięć marketingu społecznego, rozumianego jako wykorzystywanie metod marketingu komercyjnego do zmiany postaw i zachowań społecznie pożądanych [3,4].

Dlatego dla doskonalenia skuteczności tak rozumianej formalnej edukacji zdrowotnej istotne jest rozpoznanie, jak na adresatów jej przekazów oddziałuje całe środowisko informacyjne odwołujące się do kwestii prowadzenia zdrowego stylu. W niniejszym artykule zastosowano takie innowacyjne ujęcie tego problemu. Jest ono komplementarne wobec zazwyczaj prowadzonych analiz, które traktują formalną edukację zdrowotną jako autonomiczny byt, wyizolowany z kontekstu przekazów informacyjnych. Poszukując determinant jej jakości i skuteczności, syntetyzują one doświadczenia realizatorów takich projektów [5], rozpatrują potrzeby i oczekiwania adresatów przekazów [6], oceniają efekty konkretnych programów w kontekście zastosowanych

w nich metodyk [7] albo, przy świadomości wielu ograniczeń, wnioskuje o efektach na podstawie zmian wzorów zachowań względem zdrowia, realizowanych w społeczeństwie, w którym jest prowadzona.

Przedmiotem zainteresowania prowadzonych analiz będą 2 kwestie szczegółowe, związane z wpływem całego środowiska informacyjnego – subiektywne odczuwanie informacyjnej presji na prowadzenie zdrowego stylu życia i odbiór oferty mass mediów (tj. TV, radia i prasy) dotyczącej problematyki dbania o zdrowie.

Presja społeczna to mechanizm narzucania celów, wzorców, norm i sposobów postępowania (np. poprzez komunikaty perswazyjne), a zarazem narzędzie kontroli społecznej [8]. Reakcją na presję jest konformizm o różnym nasileniu i charakterze, czyli podporządkowanie się wartościom, poglądom, zasadom i normom postępowania obowiązującym w danej grupie społecznej, albo opór wobec presji wywołany poczuciem zagrożenia swobody i wolności. Może on przejawiać się m.in. złudzeniem niewrażliwości na naciski i manipulację lub niepoddawaniem się im, sprzeciwem, a nawet zaangażowaniem w zakazane działania [9]. Skoncentrowanie uwagi na problemie presji zostało podyktowane chęcią oglądu percepcji oddziaływań formalnej edukacji zdrowotnej także na tle jej laickich, nieprofesjonalnych przejawów. Przede wszystkim natomiast potrzebą identyfikacji ewentualnych form oporu jako barier dla efektywności edukacji zdrowotnej (szczególnie formalnej), w tym determinant niskiej skłonności do korzystania z jej przedsięwzięć, którą zdiagnozowano w populacji polskich pracowników [6].

Z kolei za wyborem opinii i odczuć dotyczących mediów przemawiało to, że są one głównym nadawcą komunikatów odnoszących się do zdrowego stylu życia. Można więc stosunek do zawartych w nich oraz w Internecie informacji z zakresu tej problematyki [10–12] traktować, obok poczucia presji i reakcji na nią, jako znaczący wskaźnik ogólnego nastawienia do zaleceń związanych ze zdrowym stylem życia.

Wskazane powyżej problemy będą analizowane jako perspektywa istotna dla doskonalenia tego fragmentu formalnej edukacji zdrowotnej, który jest kierowany do dorosłych pracujących Polaków. Zbiorowość ta dominuje w strukturze ludności (ok. 16 mln pracujących) i ma zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju naszego kraju. Równocześnie realizuje ona dalekie od ideału wzory zachowań dotyczących zdrowia. W grupie Polaków w wieku 16 lat i starszych 24% pali papierosy, 6% nadużywa alkoholu, 60% nie uprawia żadnej aktywności fizycznej, a u ponad 50% występuje

nadwaga lub otyłość [13]. Wśród pracujących tylko co trzeci dba o sprawność fizyczną czy systematycznie wykonuje badania profilaktyczne, a co drugi ogranicza spożycie tłuszczu [6]. Przekłada się to na wolniejsze w ostatniej dekadzie tempo doganiania przez nasz kraj dobrze rozwiniętych społeczeństw pod względem umieralności czy przeciętnego dalszego trwania życia.

Ponadto w polskiej refleksji naukowej dotyczącej formalnej edukacji zdrowotnej dominuje problematyka dzieci i młodzieży zarówno w przypadku kwestii teoretycznych, jak i zasad, metodyki i propozycji programowych dla takiego adresata [2]. Nawet biorąc pod uwagę koncepcje akcentujące wpływ na zachowania zdrowotne pierwszych 10 lat nauki szkolnej [14], wydaje się, że polska andragogika za mało zajmuje się edukacją zdrowotną. Podejmuje ten problem tylko incydentalnie i nawet wówczas bardziej interesuje się seniorami niż osobami w wieku aktywności zawodowej [15].

Formalna edukacja zdrowotna dorosłych pozostaje także nieco na uboczu rozważań socjologów zdrowia i medycyny. W gronie zainteresowanych tą problematyką należy wymienić przede wszystkim Ostrowską, która w 1999 r. analizowała zachowania zdrowotne dorosłych Polaków oraz sugerowała zasady i metody ich kształtowania [16], a obecnie podjęła problem pokrewny – barier uczestnictwa Polek w programach profilaktyki chorób [17]. Problemy teoretyczne, przemiany pojęcia edukacji zdrowotnej, rolę edukacji zdrowotnej w promocji zdrowia i ich medykalizację omawia także Słońska (1999) [1]. Ostatnio skoncentrowała się na kwestii kompetencji zdrowotnych mieszkańców naszego kraju, w tym związanych z korzystaniem z informacji na tematy zdrowia [18]. Kwestię szczegółową, taką jak odbiór promocji zdrowego stylu życia realizowanej przez media, podjęli Borowiec i wsp. [19].

Bardziej systematycznie problemami edukacji zdrowotnej zajmuje się Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi [6,20].

Zaplecze teoretyczne do rozważań na temat proponowanego sposobu optymalizacji tak rozumianej formalnej edukacji zdrowotnej stanowi perspektywa, zgodnie z którą jest ona skuteczną (dzięki akceptacji tezy o relatywnie łatwej możliwości kształtowania zachowań poprzez rozwijanie wiedzy i motywacji człowieka) reakcją na zmianę struktury chorób, która dokonała się w XX w., i dowartościowanie wśród czynników ryzyka ich pojawiania się sposobów postępowania w sferze odżywiania, aktywności fizycznej i wypoczynku, korzystania z używek, radzenia sobie ze stresem itp. [21].

Tym samym edukacja zdrowotna traktowana jest jako istotny element zdrowia publicznego (samodzielnie lub jako składowa programów profilaktyki czy promocji zdrowia) i determinanta „kapitału zdrowotnego” populacji, a jej doskonalenie i rozwój postrzegane są w kategoriach pozytywnych i funkcjonalnych w kontekście rozwoju społeczeństwa.

Tylko w tle, w mniejszym zakresie perspektywą do prowadzonych analiz formalnej edukacji zdrowotnej będą teorie krytyczne, które ją traktują jako jeden z elementów biowładzy, kontroli życia przez sektor medyczny, czyli przejaw medykalizacji społeczeństw późnej nowoczesności, a tym samym narzędzie ideologii healthismu, odpowiadające za tzw. depolityzację problemów społecznych i medykalizację tożsamości jednostki [22,23]. Chodzi tu szczególnie o inspiracje pochodzące z tego nurtu refleksji, który rozważa, na ile mogłaby być (podobnie jak promocja zdrowia) narzędziem demedykalizacji, gdyby realizować je modelowo, tj. zgodnie z paradygmatem socjoekologicznym [24].

Ostatecznym celem praktycznym prowadzonych analiz jest przede wszystkim doskonalenie jakości oddziaływań edukacyjnych, adresowanych populacyjnie lub do mniejszych grup docelowych polskich pracowników (np. uczestników szkoleń). Jest nim także wsparcie lekarzy służby medycyny pracy (SMP) w realizacji przez nich funkcji profilaktycznych, w ramach indywidualnych porad dotyczących zdrowego stylu życia i zakładowych programów prozdrowotnych. Pierwsza ze wskazanych grup odbiorców może, uwzględniając prezentowane dane, lepiej planować programy i kampanie edukacyjne dla populacji pracujących. W drugiej zapoznanie się z perspektywą pacjentów, uświadomienie sobie wariantów ich reakcji na zachęcanie do dbałości o zdrowie – w tym wiedza na temat tego, co traktują jako presję i jak się do tego odnoszą oraz jak ich myślenie i emocje o zdrowym stylu życia kształtują mass media – mogą sprzyjać minimalizowaniu ewentualnych błędów i lepszemu motywowaniu pracowników do realizacji prozdrowotnych wzorów postępowania.

## MATERIAŁ I METODY

Bazą do charakterystyki wskazanej powyżej problematyki są dane empiryczne zgromadzone przez zespół Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi w ramach badania z 2010 r. Przeprowadzono je (za pośrednictwem firmy Biuro Badań Społecznych Obserwator) techniką wywiadu swobodnego ze standaryzo-

waną listą poszukiwanych informacji w grupie 100 polskich pracowników, z których połowa miała wykształcenie najwyższe zasadnicze zawodowe i połowa co najmniej średnie. Dalej w tekście 1. grupa określana jest jako gorzej wykształceni, a 2. grupa – jako lepiej. Wywiady nagrywano, a następnie ich transpozycje poddano jakościowej analizie treści. W celu zachowania intersubiektywności interpretację wypowiedzi badanych prowadziło 3 badaczy doświadczonych w analizach jakościowych. Ponadto dla zapewnienia intersubiektywności w tekście artykułu zawarto liczne cytaty umożliwiające czytelnikowi dostęp do materiału źródłowego.

Jest to wyjątkowe badanie tego rodzaju w skali ostatnich lat w naszym kraju, przeprowadzone w dużej – jak na badanie jakościowe – grupie, dobranej zgodnie z zasadami maksymalnego zróżnicowania respondentów dla jak najlepszego uchwycenia zmienności i różnorodności badanych zjawisk [25]. Przy ich doborze uwzględniono takie kryteria jak: płeć (respondentami byli po połowie kobiety i mężczyźni), wiek (uwzględniono przedstawicieli grup: 26–35 lat, 36–45 lat, 46–55 lat, 56–65 lat), miejsce zamieszkania (badani pochodzili z dużych i małych miast oraz wsi) i zatrudnienie w firmach o różnej wielkości (50–500 pracowników), ponieważ wcześniej prowadzone badania wskazywały, że zmienne te mogą wpływać na treści myślenia o zdrowiu pracowników w Polsce.

Po wypowiedziach respondentów cytowanych w niniejszym artykule podano zakodowane informacje (przykładowy zapis – 17, M, n, 49), w których pojawia się kolejno: nr respondenta, płeć (K – kobieta, M – mężczyzna), poziom wykształcenia (w – co najmniej średnie, n – co najwyższe zasadnicze zawodowe) i wiek.

Analizując wypowiedzi badanych, poszukiwano odpowiedzi na następujące szczegółowe pytania badawcze:

1. Jak polscy pracownicy reagują na docierające do nich informacje dotyczące tego, jak dbać o zdrowie, czy czują się nakłaniani do zdrowego trybu życia, doświadczają presji tego rodzaju, a jeśli tak, to w jakich sytuacjach, przez kogo i jak na to reagują?
2. Jak postrzegają i oceniają mass media jako źródło przekazu, w którym dużo mówi się o zdrowiu i reklamuje zdrowe produkty?

Bazę empiryczną do diagnozy ww. problemów stanowiły bezpośrednio swobodne wypowiedzi badanych będące odpowiedziami na 4 pytania wywiadu swobodnego.

Ponadto za pośrednictwem analizy wtórnej ustalono, czy odpowiedzi na te pytania różnicuje poziom wykształcenia i czy dają one podstawy, żeby uznać, że badani identyfikują przekazy informacyjne formalnej

edukacji zdrowotnej na tle innych, które do nich docierają, i że mają do nich jakiś określony stosunek.

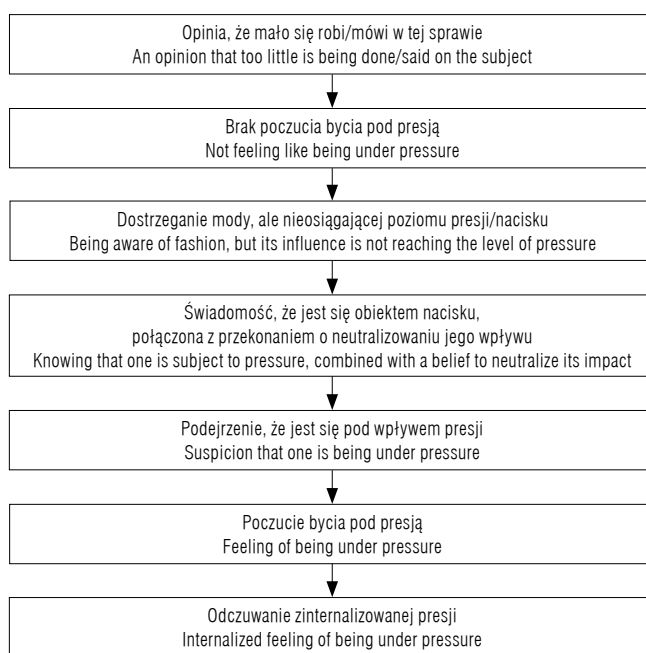
## WYNIKI

### Odczuwanie przez pracowników informacyjnej presji dotyczącej dbania o zdrowie, w tym ze strony przekazów edukacji zdrowotnej

Analiza reakcji na przekazy informacyjno-edukacyjne, które zachęcają lub obligują do dbania o zdrowie, wykazała logicznie wyczerpującą gradację poczucia podlegania naciskom w tej dziedzinie (od nieodczuwania zewnętrznej presji do jej zinternalizowania) (ryc. 1).

Z jednej strony zidentyfikowano więc wśród badanych sposób myślenia, zgodnie z którym nie występuje żadna presja, a wręcz odwrotnie – jest potrzeba większego eksponowania tego tematu w życiu społecznym (przykładowa wypowiedź: „Generalnie mało mówi się o zdrowym stylu życia, raczej państwo nie propaguje tego, robi za mało” (17, M, n, 49)). Z drugiej strony odnotowano zwykle konstatacje braku presji w analizowanym obszarze (np. „Nie ma żadnej presji społecznej” (70, M, n, 46); „Nie ma nikogo takiego, kto by mnie namawiał, że należy coś robić w danym kierunku” (72, K, w, bd. – brak danych)).

Inne wypowiedzi wskazywały na świadomość popularności tej problematyki, mody na nią, ale nieosią-



Ryc. 1. Poczucie u badanych pracowników społecznej i medialnej presji związanej z zaleceniami na temat zdrowego stylu życia  
Fig. 1. Respondents' feelings about social and media pressure concerning recommendations on healthy lifestyle

gającej poziomu presji (np. „Nie czuję takiej presji, nikt mnie nie nakłania, natomiast zdaję sobie sprawę z ogólnego trendu na taki zdrowy i sportowy tryb życia, na to, żeby wszyscy byli szczupli, piękni i wysportowani, witalni, gibcy i w ogóle, łał, super” (89, M, w, 30); „Wiele jest programów poświęconych stylowi zdrowego życia. Jest to po prostu modne, żeby być szczupłym, wysportowanym, być na topie; [...] od kilku lat zaczęło się coraz więcej mówić na temat zdrowego odżywiania [...]. No telewizja, czasopisma... ludzie znani... reklamy pokazują, co warto jeść, z czego korzystać” (81, K, n, 38)). Czasami dodatkowo występowała akceptacja takiego stanu rzeczy (np. „[...] jest dużo kampanii, gazety dużo piszą o zdrowym odżywianiu, ale [...] moim zdaniem to coś pozytywnego. Odczuwałbym presję, gdybym na każdym kroku widział reklamę piwa i papierosów gdzieś na ulicy czy w telewizji [...] nakłanianie do czegoś, co nie jest fajne” (49, M, w, 28); „No i dobrze, że są takie programy [prozdrowotne], bo czasem się nie chce iść do lekarza [...] czasem lekarz nie mówi, a tak się posłucha czy poczyta, to czasem się odniesie do siebie i stosuje się” (94, K, n, 55)).

Inni badani byli natomiast świadomi, że takie informacje wywierają nacisk, osaczają ich w pewien sposób, ale wierzyli, że skutecznie bronią się przed wpływem treści tych przekazów. W roli mechanizmów obronnych przywoływali:

- poczucie autonomii – np. „Są takie presje, pełno reklam, ale jestem na to odporna” (12, K, w, 49); „Czasami widzę reklamy w mediach, które na mnie nie działają. Jeśli sam nie będę chciał, nic mnie nie zmusi” (21, M, w, 37); „Nie, nie, absolutnie nie, jest to zawsze, wydaje mi się, mój wybór” (79, K, n, 55);
- wpojone w toku wychowania zasady, którymi się kierują – np. „Biorę pod uwagę to, co ja myślę na dany temat, a to, co mówi TV i radio, nie ma znaczenia. Tak zostałam wychowana, to jest najważniejsze” (10, K, n, 46); „Jest to bardzo świadomy i dobrowolny wybór poprzez to, że tak zostałam wychowany, że wszystko co zdrowe przyswajali mi rodzice” (39, M, w, 36);
- przeświadczenie, że prowadzą zdrowy styl życia i nic nie trzeba zmieniać – np. „Jest moda na fitness, zdrowe odżywianie, ale nie czuję jednak presji, bo nie uważam, żebym prowadziła niezdrowy tryb życia. Nie siedzę przed TV ani nie objadam się ciastkami” (16, K, w, 36);
- opinie, że należy kierować się tym, co podpowiada własny organizm – np. „Każdy organizm sam sobie dobiera składniki, które są mu potrzebne [...]. Trze-

ba słuchać swojego organizmu bardziej niż rad innych” (71, K, n, bd.).

Byli też respondenci, którzy podejrzewali, że mogą być poddani tego rodzaju wpływom bez ich świadomości (np. „Dookoła wszyscy o tym mówią. Środki masowego przekazu dudnią cały czas. Podświadomie zapewne wywiera to na mnie jakąś presję, ale nie tak, żebym się codziennie budziła z myślą, że muszę zjeść zdrowo, poćwiczyć itd.” (20, K, w, 34); „Jest ogólna presja ze strony TV, nie biorę tego do siebie, ale zapewne ma to na mnie jakiś wpływ” (55, M, w, 47)). Wreszcie niektórzy czuli, że są obiektem nacisków zalecających postępowanie w określony sposób ze względu na zdrowie. U niektórych doświadczanie to wiązało się z poczuciem informacyjnego przeładowania przekazami tego rodzaju (np. „Może nie presja, ale reklamy denerwują mnie w kółko [...] tego jest za dużo” (28, M, w, 32); „[...] codziennie się te reklamy ogląda w TV, słucha w radio, to rzeczywiście tego jest bardzo dużo i nakłaniają nas do życia zdrowego gwiazdy w TV i w wiadomościach też się mówi” (28, M, w, 35); „Wystarczy otworzyć jakąkolwiek gazetę [...], te wszystkie reklamy, TV. No, to bije taki przekaz. Jedzmy rybki, sałatę, bądźmy szczupli. W zasadzie to nie jedzmy. Uprawiamy sport, jeździjmy na rowerach” (89, M, w, 30)).

U innych presja była utożsamiana z manipulacją i oszustwem ze strony reklamodawców, którzy wykorzystują zdrowie, żeby zwiększać swoje zyski (np. „Non stop głupie reklamy, a jak by to człowiek stosował, to nie wiem, czy by się szybciej nie wykończył” (1, M, n, 54); „Namawiają, bo chodzi o sprzedaż swoich produktów, tak że na pewno nie jest to bezinteresowne, że komuś zależy na naszym zdrowiu [...]” (31, M, w, 32)).

Byli też tacy, którzy odczuwali presję wynikającą z tego, że nie są w stanie zastosować się do propagowanych zaleceń (np. „Na pewno dużo informacji w TV i gazetach, między sobą się dużo rozmawia i w ulotkach różnych. Człowiek ma już tyle tej wiedzy, to ma świadomość, że nie do końca żyje zdrowo, ale go nie stać, żeby skorzystać ze zdrowszej oferty, jeżeli chodzi o żywnienie czy preparaty” (3, K, w, 43); „Wszędzie są informacje co zrobić, żeby być zdrowym. Jak się odżywiać, czego unikać. Jak przyjmujemy, że to mamy stosować, to nie będzie czasu na normalne życie. Nie wszyscy to mogą robić [...] to dla osób, co mają dużo czasu” (97, M, w, 59); „Może to przeszkadza, jak czujemy się bezradni, bo nie stać nas na to, żeby zdrowo żyć, przez brak możliwości, pieniędzy, czasu” (3, K, w, 43)).

Inni badani uważali, że nie podlegają zewnętrznej presji, ale wewnętrznej konieczności wynikającej z już

posiadanych przekonań, która powoduje, że kontrolują się i zmieniają swoje zachowania na sprzyjające zdrowiu (np. „Nie czuję takiego nakłaniania, sama się nakłaniam” (85, K, n, 26); „Po prostu każdy człowiek zdaje sobie sprawę, że jego organizm pomalutku się eksploatuje i musi dbać, żeby jak najdłużej żyć” (30, K, n, 45); „Muszę o siebie dbać, bo chcę być sprawna” (58, K, n, 64); „Nie, to tylko moja postawa i świadomość, że zjem kilo cukierków i gdzieś to się odbije” (51, K, w, 45); „Nie czuję presji, nikt mnie nie nakłania, poza zdrowym rozsądkiem, który próbuje wywierać na mnie wpływ” (83, M, w, 52); „Najwyżej czuję wewnętrzną [presję], dla niektórych to wewnętrzna potrzeba” (84, M, w, 49)).

Jako źródła presji związanej z prowadzeniem zdrowego stylu życia respondenci wskazywali: siebie, przedstawicieli środowiska medycznego, państwo, media i osoby ze swojego otoczenia. O trzech z wymienionych można mówić w kontekście formalnej edukacji zdrowotnej: środowisku medycznym, państwie i mediach (jest to jednak wyróżnienie analityczne, nieobecne w sposobie myślenia respondentów). W przypadku pierwszego jako rodzaj presji traktowano komunikaty lekarzy (np. „No i jak idę do jakiegokolwiek lekarza, pierwsze pytanie, czy palę, a drugie, czy mógłbym schudnąć” (96, M, n, 58)) i kampanie wzywające do uczestniczenia w akcjach badań profilaktycznych (np. „Nakłanianie to szczególnie mammografia, cytologia” (23, K, n, 46); „Są programy organizowane co kilka lat przez NFZ, wzywają do kolejnego badania” (92, M, w, 58)). Presja ta była jednak usprawiedliwiana jako służąca zdrowiu.

Co się tyczy państwa to, jak już wspomniano, oczekiwano, żeby bardziej angażowało się w propagowanie zdrowego trybu życia, albo zarzucano mu, że manipuluje, wykorzystując problem dbania o zdrowie dla swoich celów (np. „[...] te instytucje, co reklamują zdrowy styl życia, są rządowe, a z drugiej strony państwo nie zapewnia fundamentalnej opieki zdrowotnej. To tylko PR, państwo mówi mi, że mam zdrowo żyć, i zdejmuję z siebie odpowiedzialność, mówiąc mi, że to moja wina [...]. To hipokryzja” (14, M, w, 45); „[...] i teraz jest pewna próba nieudolna zwaleni na mnie winy za mój stan zdrowia w mediach [...] państwo chce się wyslizgać z obowiązku” (14, M, w, 45); „W Polsce kompletnie nie ma mowy o rzeczywistym pojmowaniu zdrowego stylu życia [...] ani w słowach polityków [...] od lewa, kończąc na prawie. Jest wręcz odwrotnie [...] w interesie państwa jest, żeby ludzie szybko schodzili, bo inaczej ZUS zbankrutuje i taka prawda jest” (84, M, w, 49)).

Jako przymus traktowano też wprowadzony przez nasze państwo zakaz palenia w miejscach publicznych (np. „W restauracjach nie można palić, to jest presja. Powinienem mieć wybór, a nie, żeby ktoś za mnie zdecydował” (73, M, n, 39); „Żyjemy w wolnym kraju, każdy powinien mieć wybór, chcę to palę, nie chcę – nie palę” (73, M, n, 39)).

Mass mediom badani zarzucali nakłanianie do antyzdrowotnych zachowań (np. „Gazety, one działają na dwa fronty. Z jednej strony ćwiczenia, diety, porady, jak schudnąć, a z drugiej podają przepisy na kaloryczne potrawy i ciastka” (16, K, w, 36)) albo negatywnie odnosili się do popularyzowania przez nie zdrowego odżywiania, unikania nadwagi, aktywności fizycznej oraz promowania leków i suplementów diety (np. „TV bije różnymi reklamami suplementów diety. Zachęcają, żeby kupować różne specyfiki” (53, K, n, 62); „W TV, w reklamach same szczupłe osoby, które wyglądają, jakby wyszły z żurnala. Wiadomo, że na osoby przykości patrzy się gorzej niż na osoby szczuplejsze. Z TV wziął się taki schemat i tak poszło, że ludzie oceniają po wyglądzie. Najbardziej czuję, że jestem gruba czy coś” (100, k, bd., 32); „Czasami mnie namawiają, żebym jakąś większą aktywność fizyczną podjęła, zapisała się na ten cały głupi aerobik” (77, K, n, 36); „Mafia [określenie mediów], bo ci sami, co nas trują, to leczą... za chwilę się pani dowie, że będzie grypa taka sraka i będzie pani miała lekarstwo. Najpierw wymyślą lekarstwo, a później dorobią do tego chorobę” (95, M, n, 46)).

Były też wypowiedzi, które pozytywnie oceniały medialne informacje i reklamy stymulujące realizację zachowań korzystnych dla zdrowia, w tym np. dotyczące sposobu odżywiania, uprawiania sportu czy niepalenia tytoniu (np. „Fakt faktem, jest dużo kampanii, gazety dużo piszą o zdrowym odżywianiu, ale moim zdaniem [...] to coś pozytywnego” (49, M, w, 28)). W wypowiedziach badanych, jak już zaznaczono wcześniej, nie stwierdzono jednak typów narracji dających podstawę, żeby uznać, że identyfikują oni w ofercie mass mediów jakieś przekazy edukacji formalnej czy że różnicują reklamę komercyjną i społeczną, a tym bardziej, że mają do nich jakiś szczególny stosunek w zakresie wywierania presji na zdrowy styl życia (o percepcji medialnej oferty dotyczącej spraw zdrowia będzie jeszcze mowa w dalszej części artykułu).

Co istotne, zgromadzony materiał wykazał też odczuwanie wewnętrznej presji, co można interpretować jako internalizację idei zależności zdrowia od behawioralnych determinant lub co najmniej zaleceń dotyczących podejmowania/unikania poszczególnych zachowań

(np. „Z zewnątrz nikt nie zmusi, żeby żyć tak czy owak, dla niektórych to wewnętrzna potrzeba” (84, M, w, 49)).

Warte odnotowania jest również to, że eksponowanym źródłem nacisku na właściwe traktowanie zdrowia są po prostu, zdaniem badanych, osoby z ich bezpośredniego otoczenia (rodzina, znajomi), czyli przekazy nieformalnej edukacji zdrowotnej (np. „Moje środowisko to ludzie, którzy starają się dbać o zdrowie [...] to jest dodatkowy stymulator” (25, M, w, 54); „Dzień w dzień odczuwam presję od swojej rodziny, która cały czas mówi, że mam tego nie jeść [...], od mojej babci, od mojej mamy” (82, M, n, 24); „Dziewczyna strasznie drze się na mnie, że jem niezdrowo, o papierosy, żebym nie palił” (46, M, n, 24); „Moje kuzynki ciągle się odchudzają i dbają o siebie, mówią mi: schudnij, a ja mam z tym problemy” (56, K, n, 31); „Żona mówi, żebym nie jadł tłustego” (55, M, w, 47)). Niestety stymulują oni badanych także do niezdrowych zachowań (np. „[...] jak odwiedzam rodziców na święta [...] w większości tłuste potrawy [...] ciężko odmówić mamie kolejnego kotleta, pojawia się alkohol” (11, K, w, 34); „To namawianie na wypicie wódki wspólne, jak ktoś nie ma ochoty” (96, M, n, 58)).

Okazało się ponadto, że pytanie o presję w zakresie dbania o zdrowie wywoływało bogate konotacje na temat sytuacji życia codziennego sprzyjających antyzdrowotnym zachowaniom (np. przyjęcia, spotkania biznesowe czy środowisko pracy). Niektórzy respondenci wskazywali, że źródłami takiej presji są też szybkie tempo życia, zanieczyszczone środowisko i zatłoczone ulice. Dlatego w analizowanym obszarze miała miejsce presja sytuacyjna obok informacyjnej.

Nie zaobserwowano wyraźnych różnic w myśleniu i odczuciach lepiej i gorzej wykształconych pod względem percepcji nacisków dotyczących prowadzenia zdrowego stylu życia.

### **Stosunek pracowników do medialnych informacji związanych ze zdrowym stylem życia, w tym z zakresu edukacji zdrowotnej**

Szczegółowe treści myślenia i reakcje badanych na prezentowane w klasycznych mass mediach informacje związane ze zdrowiem i reklamą zdrowych produktów przedstawiono poniżej, w podziale na 3 kategorie: o charakterze pozytywnym, negatywnym i stanowiące przejaw akceptacji warunkowej. Cytaty z wypowiedzi respondentów ilustrujące takie sposoby podejścia zaprezentowano w 3 tabelach.

Z przedstawionych w tabeli 1. reakcji pozytywnych wynika, że akceptacja oferty mediów w sprawach zdro-

wia jest przede wszystkim spowodowana uznawaniem znaczenia wpływu sposobu życia na stan zdrowia i dostrzeganiem potrzeby popularyzacji tej zależności. Wynika też z zaufania *a priori* lub opartego na domniemaniu, że informacje medialne są wartościowe, ponieważ opierają się na ustaleniach nauki. Na pozytywną ocenę klasycznych mass mediów wpływa też jedno konkretne działanie – zachęcanie odbiorców do uczestniczenia w akcjach badań profilaktycznych.

W toku analizy wypowiedzi badanych osób nie stwierdzono żadnych sformułowań i narracji sugerujących, że dobra ocena mediów jako nadawcy informacji o zdrowiu wynika z przekazów edukacji zdrowotnej (np. z percepcją określonych programów tego rodzaju czy z zaufania do jakichś autorytetów funkcjonujących na tym polu) lub wiąże się z nimi. Ponadto w analizowanym materiale nie było wypowiedzi świadczących o intencjonalnym poszukiwaniu w mass mediach informacji o wpływie codziennych zachowań na zdrowie, mimo pozytywnego nastawienia dla tej problematyki.

W tabeli 2. zaprezentowano reakcje negatywne. Jak łatwo zauważyć, zidentyfikowano więcej rodzajów krytycznych niż pozytywnych reakcji na działalność informacyjną mediów w sferze zdrowego stylu życia. Podobnie jak w przypadku reakcji pochlebnych nie stwierdzono, żeby respondenci bezpośrednio odnosili się do przekazów formalnej edukacji zdrowotnej, np. przywołując jakieś ich przykłady do uzasadnienia swoich zastrzeżeń czy używając wprost określenia „edukacyjne”.

Biorąc pod uwagę całą ofertę mediów (najczęściej telewizji) i postrzegając ją głównie przez pryzmat reklam, badani wręcz oskarżają media o promowanie niezdrowego stylu życia. Jako przykład wskazują popularyzowanie używek, słodczy, fast foodów i odwozienie ludzi od wizyt u lekarza poprzez propagowanie stosowania leków dostępnych bez recepty. Inni badani na różne sposoby dyskredytują prozdrowotną wartość informacji medialnych. Uznają je za niewiarygodne, ponieważ służą osiągnięciu zysku przez oferentów towarów i usług, a nie zdrowiu (jako przykład respondenci podają przede wszystkim promowanie leków i suplementów). Wyrażają wątpliwości wobec przekazów na temat tzw. zdrowej żywności, np. uważając, że nie jest ona wolna od wszechobecnej chemii i jest zbyt droga. Zwracają uwagę, że zalecenia się zmieniają, więc nie wiadomo, które są prawdziwe.

Niektórzy respondenci są negatywnie nastawieni do mediów również dlatego, że uświadamiają sobie, że ulegają reklamodawcom i kupują produkty, które nie

**Tabela 1.** Pozytywne reakcje pracowników na informacje o zdrowiu i na reklamy zdrowych produktów w mediach  
**Table 1.** Positive reactions of employees to information about health and healthy products advertisements in the media

Rodzaj reakcji Type of reaction	Przykładowe wypowiedzi respondentów* Sample responses of respondents*
1. Dostarczanie przydatności popularyzowania prozdrowotnego stylu życia / Observing practical application of the health-oriented lifestyle popularization	<p>„Reklamuje się zdrowe produkty, myślę, że dużo się mówi o zdrowiu, to jest bardzo dobre” / “Healthy products are advertised, I believe that a lot is said about health, which is positive” (82, M, n, 24)</p> <p>„To wszystko, co mówią w mediach, jest bardzo pozytywne i na pewno jeżeli w dalszym ciągu media nie zaprzestaną reklam, wszelkiego rodzaju programów” / “What they say in the media is extremely valuable and if both advertising campaigns and programs are continued to be shown, our society will enjoy better health” (33, K, w, bd.)</p> <p>„Bardzo dobrze, możemy być świadomi tego, co jemy, co kupujemy [...] np. modyfikacje genetyczne. To jest pozytywny aspekt tego, że media nagłaśniają te sprawy” / “We’re going to be aware of what we eat, what we buy [...], e.g., genetic modifications. This is a positive aspect of the media talking about these issues” (45, K, w, 24)</p> <p>„Więcej jest programów, które tłumaczą, pokazują co i jak. Można się czegoś dowiedzieć, nauczyć” / “There are more programs that present explanations and show what it is about, one can discover new things or learn” (55, M, w, 56)</p> <p>„Jest to dobre, zawsze do kogoś do dotrze, każdy czyta, ogląda, może coś do kogoś dotrzeć” / “It’s a good thing, someone is bound to hear about it, everybody reads, watches, perhaps they will understand something” (65, K, n, 38)</p> <p>„Myślę, że jest to bardzo dobre, bo człowiek nie zdaje sobie sprawy z niektórych rzeczy, o które powinien dbać dla zdrowia, żeby dłużej żyć” / “I believe it’s a good thing because people don’t often realize which health aspect they should take care of in order to live longer” (32, M, n, 59)</p>
2. Wiara w otrzymane informacje dotyczące prozdrowotnego stylu życia / Trust in the received information about the health-oriented lifestyle	<p>„Wierzę, jak media mówią [...] nie wiem o sporcie, o zdrowym odżywianiu, to na pewno jest wiarygodne. No trudno to podważyć, że warzywa są szkodliwe albo sport jest szkodliwy” / “I believe in what the media say [...] probably not about sports, but when it comes to healthy eating, it’s credible. It’s really difficult to deny that vegetables and sport will do you harm” (82, M, n, 24)</p> <p>„Na ile do sprawdzenia nie wiem, ale wierzę” / “It’s hard to verify but I do believe it” (106, K, n, 49)</p> <p>„Myślę, że wiarygodne, skoro oplacają naukowców, to chyba nie chcieliby oszukiwać” / “I think it’s viable information; since they sponsor scientific research, they probably wouldn’t wish to cheat the public” (106, K, n, 49)</p>
3. Pozytywna ocena popularyzowania badań profilaktycznych / Positive assessment of the idea of popularizing prophylactic treatments	<p>„Akcje prozdrowotne dla kobiet robią dużo dobrego, głównie w środowiskach oddalonych od miast” / “Pro-health campaigns for women do a lot of good, mostly for the communities that live far away from large cities” (92, M, w, 58)</p> <p>„Jeśli media nakłaniają ludzi do badań profilaktycznych, typu raka szyjki macicy czy innych takich spraw nowotworowych, to na pewno jestem za” / “The media encourage people to get tested as part of prophylactic treatment, I’m all for it, especially when it comes to getting tested for cervical carcinoma, or other types of cancer” (30, K, n, 45)</p> <p>„[...] jeśli media rzeczywiście namawiają ludzi w sprawie tych badań, które mogą wcześniej wykryte doprowadzić do tego, że dana choroba [jak nowotwór] się nie rozwinię, to jak najbardziej jestem za tym, żeby media o tym bardzo dużo mówiły, bo jeszcze wiele ludzi jest nieswiadomych i nie robi tych badań” / “[...] if the media really encourage people to get tested for these, and if it can prevent illnesses [like cancer] from developing, I wish the media would promote prophylactic testing even more aggressively, after all there are still a lot of people who are unaware of different danger and who don’t get tested” (77, K, n, 36)</p>

\* W nawiasach podano zakodowane informacje o respondentach: nr respondenta, płeć (K – kobieta, M – mężczyzna), poziom wykształcenia (w – co najmniej średnie, n – co najmniej zasadnicze zawodowe), wiek / In brackets information on respondents are coded: No. of the respondent, gender (K – woman, M – men), level of education (w – at least secondary, n – at most basic vocational education), age.  
 bd. – brak danych / no data.



**Tabela 2.** Negatywne reakcje pracowników na informacje o zdrowiu i na reklamy zdrowych produktów w mediach  
**Table 2.** Negative reactions of employees to information about health and healthy products advertisements in the media

Rodzaj reakcji Type of reaction	Przykładowe wypowiedzi respondentów* Sample responses of respondents*
1. Przekonanie, że media promują niezdrowy tryb życia / Opinion that the media promote unhealthy lifestyle	<p>„W mediach jest promowany bardzo niezdrowy tryb życia [...] hedonistyczny, polegający na korzystaniu z życia bez umiaru, bez rozsądku [...] reklamuje się antykoncepcję, jest krytykoreklama papierosów, alkoholu” / “The media do promote a very unhealthy lifestyle [...], it's sheer hedonism where one lives their life to the fullest [...] what's more, contraception is promoted, there is subliminal advertising of cigarettes and alcohol” (5, M, w. 37)</p> <p>„Bardzo dużo niezdrowych rzeczy też się reklamuje, np. chipsy dla dzieci [...] za moich czasów nie było takich rzeczy, jak reklamy McDonalda, słodyczy w takich ilościach jak teraz” / “Numerous unhealthy foods are advertised, for example chips for the children [...] in my times there didn't use to be commercials for McDonalds, for sweets, well, not as much as there are these days” (39, M, w. 36)</p> <p>„[...] słuchając reklamy, wychodzi na to, że nie trzeba chodzić do lekarza, tylko zazyć dany środek, lekarstwo, i będziesz zdrowy” / “[...] what you can learn from the commercials is that you don't need to see a doctor, instead you can take a recommended medication and you'll be good to go” (40, M, w. 53)</p>
2. Brak wiary w informacje przekazywane przez media i unikanie reklam/programów dotyczących zdrowia / Avoidance of commercials/health programs and disbelief in what they inform about	<p>„Bardzo dobre produkty nie muszą się reklamować, bo ludzie i tak do nich dotrą i przekażą sobie informacje. Reklamowane jest wszystko co złe” / “The products that are effective require no advertising as people will find out about them through word of mouth. The truth is that only the useless products are advertised” (73, M, n. 39)</p> <p>„Nie lubię słuchać tych reklam, namawiają mnie do niezdrowego życia, by tylko ściągnąć klienta” / “I dislike watching these commercials, they promote unhealthy lifestyle, their sole objective is to attract the customer” (41, M, n. 52)</p> <p>„Nie wierzę, nie oglądam reklam” / “I don't believe in what commercials say, I don't watch them” (47, K, n. 26)</p> <p>„Większości reklam pod względem tych zdrowych produktów nie wierzę” / “I don't believe what commercials say about healthy products” (48, M, n. 42)</p> <p>„Uważam, że pewne rzeczy nie są takie zdrowe, jak reklamują. Reklamy wyłączam” / “I don't think that some products are as healthy as it's presented in commercials. I turn off ads” (91, K, n. 60)</p> <p>„Jeżeli chodzi o reklamy – w ogóle nie wierzę. To, co reklamują, nie uważam za zdrowe” / “When it comes to commercials – I don't trust them at all, I don't think what they advertise is healthy” (16, K, w. 36)</p>
3. Przekonanie, że media/reklamy oszukują, bo ich celem nie jest promocja zdrowia, ale sprzedaż produktu / Belief that the media/advertising purposefully mislead people because their objective is to boost the sales, not to improve health	<p>„[...] nie wierzę reklamom, bo tam zazwyczaj ukryty jest trik. Jak coś się usilnie reklamuje, to musi mieć mankament” / “[...] I don't trust commercials, there's always some hidden message there. The more aggressive the advertising, the more probability of the product being useless” (25, M, w. 54)</p> <p>„To jest zakłamanie. Zazwyczaj nie oglądam reklam, ale jak już się trafi, to jakbym słuchał zgaszonego radia” / “It's mendacity. I don't normally pay attention to advertising. But if I can't help it, it's like listening to the radio with the sound off” (28, M, w. 35)</p> <p>„Programów na temat zdrowia nie oglądam, nie uważam ich za wiarygodne, bo to głównie uproszczenie. Wierzą w to stare babacie, co myślą, że następnego dnia będą zdrowe jak w reklamie” / “I don't watch any programs about health issues, I find them untrustworthy as they usually generalize everything. Only old grannies believe in what is said there, they all think their health problems will disappear in a day, like in the ads” (29, M, n. 35)</p> <p>„Nie wierzę nachalnej reklamie. Jeżeli widzę aktora przebranego za lekarza i mnie do czegoś namawia. Zdaję sobie sprawę, że koncerny farmaceutyczne nie są zorientowane, żeby mi było najzdrowiej, ale na to żeby mieć największy zysk” / “I don't believe aggressive advertising, like when I see an actor dressed as a doctor who is trying to convince me about something. I realize that the pharmaceutical companies focus on increasing their sales, not on improving my health” (13, M, w. 59)</p> <p>„To jest drenowanie kieszeni ludziom, podnoszenie zysków firmom typu Polfa, lekarze też z tego mają” / “For people it's money down the drain while companies, like Polfa, increase their profit. The doctors benefit from it as well” (1, M, n. 54)</p> <p>„W mediach chodzi o nabicie sobie kasy” / “In the world of the media, it's all about money” (86, K, n. 60)</p> <p>„Nie widzę tu walki o zdrowie, a walkę o sprzedanie produktu” / “It isn't about health improvement, it's about selling a product” (57, M, w. 56)</p> <p>„Uważam, że te wszystkie koncerny farmaceutyczne po prostu bazują na ludzkiej naiwności i chcą od ludzi kasę wyciągnąć. Robią Bóg wie jakie reklamy [...] są ludzie, którzy [...] zapłacą każde pieniądze, żeby być młodym, pięknym, bez zmarszczek” / “I do believe that all pharmaceutical companies prey on human naivety and simply want to squeeze money out of people. They produce all these fancy commercials [...] there are people who will pay a fortune to remain young, beautiful, and wrinkle-free” (77, K, n. 36)</p> <p>„Według mnie wszystko się kręci wokół pieniędzy, a nie zdrowia” / “To me, it's all about money, not health” (21, M, w. 37)</p> <p>„Całość reklam polega na tym, żeby jak najwięcej sprzedać i wcisnąć jak najwięcej” / “The point of all advertising is to sell and earn as much as possible” (61, K, w. 47)</p>

**Tabela 2.** Negatywne reakcje pracownik $\ddot{u}$  na informacje o zdrowiu i na reklamy zdrowych produkt $\ddot{u}$  w mediach – cd.  
**Table 2.** Negative reactions of employees to information about health and healthy products advertisements in the media – cont.

Rodzaj reakcji Type of reaction	Przykładowe wypowiedzi respondent $\ddot{u}$ * Sample responses of respondents*
4. Zaprzeczanie wiarygodności medi $\ddot{u}$ z powodu zmieniania przez nich zalece $\ddot{u}$ dotyczących zdrowia / Undermining the credibility of the media because they alter recommendations about health issues	„Media nie s $\ddot{a}$ wiarygodne, bo spotkałam si $\acute{e}$ w ci $\acute{a}$ gu życia, że co $\acute{s}$ było mówione, że jest szkodliwe, a po latach, że to jest okay. Na przykła $\ddot{d}$ masło i margaryna [...] był okres, że tylko margaryna, teraz jest odwrotnie” / “What the media present is far from credible. In my lifetime I have seen a ‘transformation’ of a product from unhealthy to healthy, e.g., butter and margarine. I remember the time when the latter was recommended, nowadays it’s the former” (105, K, n, 65)
5. Oskarżanie medi $\ddot{u}$ o popularyzowanie nadmiernej konsumpcji lek $\ddot{u}$ i suplement $\ddot{u}$ zamiast promocji zdrowego stylu życia / Accusing the media of popularizing excessive consumption of drugs and medical supplements instead of promoting a healthy lifestyle	„Kiedy $\acute{s}$ mówiono, że dzie $\acute{t}$ com tylko kurczaki, teraz absolutnie nie” / “Children were supposed to be fed chicken dishes, now it’s a no-no” (61, K, w, 47) „Mam negatywny stosunek do suplement $\ddot{u}$ [...] Polacy kupuj $\ddot{a}$ bardzo duże ilo $\acute{s}$ ci lek $\ddot{u}$ . Wydaje mi si $\acute{e}$ , że ruch, powietrze, owoce s $\ddot{a}$ dużo lepsze niź tabletki” / “I’m very much against supplements [...], Polish people buy a lot of medication. I think that physical activity, staying in the open air are far better than any pills” (10, K, n, 46) „Myślę, że te wszystkie suplementy, które s $\ddot{a}$ reklamowane, to jak $\acute{a}$ s ściema [...] To jest po prostu robienie pieni $\acute{e}$ dzy, a nie [...] wspomaganie odporno $\acute{s}$ ci, samopoczucia czy zdrowia” / “I think that all these supplements are fake medicine [...] It’s simply a way to generate profit, not a way to boost our immune system, frame of mind, or health” (50, M, w, 28)
6. Przekonanie, że produkty reklamowane jako zdrowe tak naprawd $\acute{e}$ s $\ddot{a}$ szkodliwe / Opinions that advertisements lie as the products they promote are far from healthy	„Sk $\acute{a}$ d to jest zdrowe [to, co reklamuj $\ddot{a}$ ], skoro wszyscy stosuj $\ddot{a}$ różne nawozy [...] wszystko to chemia” / “What is advertised can’t be healthy because the producers use fertilizers [...] it’s all artificial” (69, K, n, bd.) „Bzdura, bzdura i jeszcze raz bzdura, nie mam za grosz zaufania, sklepy ekologiczne to po prostu chemia, a sprzedawana cztery razy drożej dla kasy” / “Rubbish, it’s simply rubbish, I don’t trust them a bit; all the eco-stores, they sell products stuffed with preservatives and charge four times more than regular stores” (95, M, n, 46) „[...] nie ma w Polsce zdrowych produkt $\ddot{u}$ [...] bo s $\ddot{a}$ nafaszerowane chemi $\acute{a}$ , dlatego gdy słucham w mediach informacji o zdrowych produktach, to tylko si $\acute{e}$ śmieję” / “[...] one cannot buy healthy products in Poland, because what the stores sell is bathing in chemical preservatives, it really cracks me up when I hear about healthy products” (98, M, n, 52) „Jeśli ktoś mówi, że wyprodukowano zdrow $\acute{a}$ żywno $\acute{s}$ ć [...] to na kaźdym kroku zabawa w oszukiwanie ludzi [...], że niby co $\acute{s}$ si $\acute{e}$ robi, ale wsz $\acute{e}$ dzie chemia” / “When someone talks about producing healthy foods [...], it’s really a full scale mockery [...], they say it’s really improving but, in fact, it’s all chemical preservatives” (97, M, w, 59)
7. Przekonanie, że reklamowane przez media artykuły prozdrowotne s $\ddot{a}$ za drogie / Belief that the advertised pro-health products are too expensive	„Nie zawsze mnie stać, by kupić te artykuły reklamowane jako zdrowe, s $\ddot{a}$ dla mnie zdecydowanie za drogie” / “I can’t always afford to buy the advertised pro-health products, they are simply too expensive” (23, K, n, 46) „Prze $\acute{s}$ iętnego Polaka nie stać, żeby zdrowo si $\acute{e}$ odżywiać” / “An average Polish person can’t afford to eat healthy” (35, K, w, bd.) „Oczywi $\acute{s}$ cie namawiają do zdrowia, ale to zdrowie tyle u nich kosztuje, że za mało zarabiamy” / “Naturally, we’re encouraged to live healthy, however, health comes at a high price, they charge so much that we earn too little” (41, M, n, 52)
8. Żal z powodu ulegania reklamie / Regret resulting from yielding to advertised products	„Jestem ofiar $\acute{a}$ tych reklam [...] dał $\acute{e}$ si $\acute{e}$ złapać jak ryba na w $\acute{e}$ dkę [...] zakupiłam dietę za kolosaln $\acute{a}$ kwotę – nie podzi $\acute{a}$ łało” / “I’ve fallen victim to advertising [...] they get me easily [...] I bought these dieting supplements and paid a little fortune for them but they didn’t work” (56, K, n, 31)

\* Obj $\acute{a}$ śnienie jak w tabeli 1 / Explanation as in Table 1.

spełniają ich oczekiwania. Inni po prostu w tym celu unikają kontaktu z tego rodzaju treściami.

Tabela 3. ilustruje warunkową akceptację wskazującą na rozmaite ograniczenia jednoznacznej oceny oddziaływań mediów w sprawach zdrowia.

Okazało się, że dopiero u badanych, którzy nie mieli jednoznacznego stosunku do tego, co się mówi w mediach o zdrowiu i jak reklamuje zdrowe produkty, pojawia się rozróżnianie przekazów komercyjnych i niekomercyjnych. W przypadku tych ostatnich pojawia się wprost określenie wskazujące na ich edukacyjny charakter albo są one kojarzone z promowaniem zdrowia i publicystyką. Inni respondenci zwracają w tym celu uwagę na to, czy są informowani i motywowani, żeby podejmować jakieś zachowania służące zdrowiu, czy tylko zachęceni do nabycia konkretnego produktu.

Generalnie jednak warunkowa akceptacja pojawia się w wyniku uwierzytelniania mediów poprzez kontrolowanie, czy nadawca przekazu jest wiarygodny, obserwowanie, czy informacje mają podstawy w badaniach naukowych, i sprawdzanie, jak przedstawiany jest dany problem w innych źródłach. Ponadto stosowane jest w tym celu testowanie zaleceń na sobie i konsultowanie tego, co proponują media z własnym lekarzem.

Analiza wypowiedzi badanych pracowników wykazała też pewne różnice w podejściu do medialnych przekazów o zdrowiu związane z poziomem wykształcenia. Badani o niższym statusie edukacyjnym postrzegają media przez pryzmat reklam i zajmują wobec nich jednoznaczne stanowisko. Jeśli oceniają je pozytywnie, to raczej ze względu na użyteczność dla innych (szczególnie dotyczy to tematu zdrowego odżywiania i badań profilaktycznych). Sami natomiast na ogół im nie ufają, bo uważają, że wiedzą lepiej, co dla nich dobre, opierając się np. na tym, co przekazali im rodzice albo co radzi im ich lekarz. Reklamy, ich zdaniem, są z istoty bez sensu lub zawierają informacje szkodliwe, bo np. jak coś jest dobre, to ludzie sami sobie o tym opowiedzą.

Respondenci widzą też w reklamach sposób na zwiększanie sprzedaży i osiąganie zysków przez reklamodawców albo uważają, że nie mogą one zawierać prawdziwych informacji, ponieważ w Polsce nie ma zdrowych produktów, wszystko jest w jakiś bliżej nieokreślony sposób pełne chemii i zatrute. Sądzą też, że reklamowane produkty są dla nich zbyt drogie. Jako przykłady niewiarygodnych reklam podają te dotyczące leków, suplementów i zdrowej żywności.

Lepiej wykształceni mają mniej jednoznaczne opinie na temat medialnych informacji o zdrowym stylu życia. Odnosząc się do problemu ich wiarygodności,

**Tabela 3.** Reakcje warunkowej akceptacji informacji o zdrowiu i na reklamy zdrowych produktów w mediach  
**Table 3.** Reactions of conditional acceptance of health information and healthy products advertisements in the media

Rodzaj reakcji Type of reaction	Przykładowe wypowiedzi respondentów* Sample responses of respondents*
1. Przekonanie, że informacjom o zdrowiu przekazywanym w mediach można wierzyć tylko wówczas, gdy są poparte dowodami naukowymi / Conviction that the information presented in the media can be trusted only if it is supported by scientific evidence	<p>„Dla mnie wiarygodne informacje poparte są dowodami naukowymi” / “For me, the information I hear is credible only if it is backed by scientific evidence” (88, M, n, 30)</p> <p>„Na pewno działa na wyobraźnię, że coś jest przebadane przez lekarzy czy w laboratoriach. Jeżeli podaje się w reklamie, że to jest poparte badaniami, to na pewno zwrócę na to uwagę” / “If a product has been tested by doctors, or in laboratories, it really makes me think. If it is stated in the commercial that the development of a product is based on scientific research, I will surely pay attention to it” (11, K, w, 34)</p>
2. Przekonanie, że prawdziwość przekazów medialnych należy weryfikować w innych źródłach / Conviction that the true value of what the media present should be double-checked in other sources	<p>„Wszelkiego rodzaju informacje medialne przyjmuję z pewną rezerwą i zasadą kontrolowania w dwóch źródłach. Jesteśmy zasypani masą informacji półprawdowych” / “Any information presented in the media should be received with a dose of skepticism and should be verified in other sources. We're simply flooded by information which is only half true” (13, M, w, 59)</p> <p>„Wszelkie podawane informacje należy wypośrodkować, bo nie wszystkie są prawdziwe” / “A balance needs to be found between what we're told because it isn't all true” (71, K, n, bd)</p> <p>„Nie podaję się jednemu źródłu informacji, tylko zbieram z kilku” / “I don't trust one source of information, I usually get my information from a variety of sources” (43, K, w, 32)</p> <p>„[...] duże koncerty maczają w tym palce [...], ale jak ktoś czyta i orientuje się w temacie, to bardzo łatwo zauważyć, co jest ściemną, a co nie. Wystarczy sobie poczytać trochę w Internecie i gdzieś tam znaleźć złoty środek” / “[...] large pharmaceutical companies have their fingers in the pie [...], but those who do their reading and try to stay up to date will easily notice what's real and what's a fake. It's enough to do some reading on the Internet and one can find the golden mean there” (49, M, w, 28)</p>

**Tabela 3.** Reakcje warunkowej akceptacji informacji o zdrowiu i na reklamy zdrowych produktów w mediach – cd.  
**Table 3.** Reactions of conditional acceptance of health information and healthy products advertisements in the media – cont.

Rodzaj reakcji Type of reaction	Przykładowe wypowiedzi respondentów* Sample responses of respondents*
2. Przekonanie, że prawdziwość przekazów medialnych należy weryfikować w innych źródłach – cd. / Conviction that the true value of what the media present should be double-checked in other sources – cont.	„Trudno, żeby mówili, że sprzedają coś niezdrowego. Wystarczy sięgnąć po informacje w Internecie, posłuchać fachowych audycji” / “One doesn't expect them to say that they're selling unhealthy products. Reading the information that is available online, or listening to specialist programs usually does the trick” (70, M, n, 46)
3. Przekonanie, że należy sprawdzać użyteczność zaleceń mediów w odniesieniu do własnych potrzeb / Opinion that the recommendations from the media should be adjusted to individual needs	„Ja podchodzę ze sporym dystansem, jeżeli jest agresywna kampania, staram się spróbować produktu. Nie wierzę, że można opracować produkt działający na wszystkich tak samo. Nie wierzę od razu, sprawdzę, jak działa. Metodą prób i błędów można dobrać coś do siebie” / “I'm rather skeptical of what's said, however, if it's an intensive campaign, I try to test the product. I don't think one product can work the same way for everybody. Well, I don't believe it at first, therefore, I test it. I find the best product by trial and error” (11, K, w, 34) „W mediach to możemy powiedzieć, że wszystko jest niewiarygodne, dopóki się samemu na sobie nie sprawdzimy [...] wtedy możemy mieć zdanie na ten temat” / “In the media, we can say that no product can be trusted [...] only when we've tested it, can we have a reliable opinion” (79, K, n, 55)
4. Przekonanie, że przydatność medialnych przekazów warto konsultować z lekarzem / Conviction that the applicability of the information from the media should be discussed with a doctor	„Korzystam z mediów, słucham uważnie, analizuję, ale najważniejsze decyzje podejmuję z lekarzem pierwszego kontaktu” / “I expose myself to the media, I listen attentively, I analyze, but the most important decisions are made in cooperation with my GP” (32, M, n, 59) „Jeżeli widzę w reklamie suplement diety na zasadzie tabletek [...] konsultuję z lekarzem, czy to w ogóle konieczne” / “If I see a commercial for some dietary supplements, like some pills [...] I ask a doctor if they are at all necessary” (43, K, w, 32) „Reklama medialna nie jest dla mnie autorytetem, jest nim mój lekarz pierwszego kontaktu, który prowadzi mnie od lat” / “The GP who's been treating me for years now is the top expert for me, certainly not advertisements” (63, M, n, 56)
5. Wybiórca wiara w informacje podawane przez media / Selective belief in the information presented in the media	„Wierzę, że warto być aktywnym fizycznie, w kwestii jedzenia nie wierzę” / “It pays off to be physically active, but when it comes to the food, I don't believe them” (52, M, n, 48) „Wiarygodność jest zróżnicowana [...] bardziej wiarygodny jest lekarz, aczkolwiek z tym też może być różnie [...]]. Wybierając produkt, kieruję się naturalnością i tym, że jest znany bardzo długo” / “Credibility varies [...] a doctor is more trustworthy, but then, it isn't always the case [...]]. I choose products which are natural and have been on the market for a long time” (44, M, w, 25) „Jeśli media namawiają w sprawie badań, to jestem za tym, ale takie reklamy dotyczące medycyny estetycznej, wyglądu, szczupłości, to jestem sceptyczna” / “If the media encourage people to get examined, I'm all for it, however, I'm skeptical when I see ads promoting esthetic medicine, looks, or slender figure” (77, K, n, 36)
6. Przekonanie, że wiarygodność medialnego przekazu zależy od rodzaju nadawcy / Opinion that the credibility of the information from the media depends on who stands behind it	„[...] jeżeli to jest poparte akcją, np. ministerstwa zdrowia, to do mnie przemawia” / “[...] if it is supported by a campaign organized by e.g., the ministry of health, I remain convinced” (47, K, n, 26) „Zależy od kogo pochodzi informacja. Wybórca PiS-u w pewne rzeczy podawane w TVN nie uwierzy, choćby były miliard razy podawane jako prawda” / “It really depends on who's behind the information. A 'Law and Justice' voter will never believe some things that are presented on TVN, even if something is broadcast a million times” (18, M, w, 45) „Wierzę, jeśli jest to program niesponsorowany przez kogoś” / “I will believe in what's said if the program is endorsed” (20, K, w, 34) „Wierzę osobom niezależnym, które testują produkty, wierzę niezależnym firmom, które sprawdzają jakość rzeczy” / “I believe in independent testing. I trust independent companies that verify the quality of different products” (51, K, w, 45) „Są takie rzeczy, kiedy mówią lekarze, ludzie, którzy się znają, to wierzę, a reklamy nie” / “I believe in what is said by doctors and specialists, certainly not in commercials” (64, K, n, bd.) „Czasami są to opowieści osób, które nie mają zbyt wiele wspólnego z przekazywaniem informacji o zdrowym postępowaniu. Natomiast jeśli są to specjaliści od zdrowego żywienia czy zajęć fizycznych, to nie jest to, że cygania. Jeśli ktoś jest fachowcem, to trudno, żeby opowiadał głupoty w TV. Trzeba zwracać uwagę na to, kto mówi” / “At times the information comes from people who have little to do with promoting a healthy lifestyle. However, if I hear a talk given by a specialist in eating habits, or in physical activity, I know it isn't wool over my eyes. If you're a professional, you won't be talking rubbish on TV. We need to pay attention to who's talking” (55, M, w, 47) „Czyste reklamy nie są wiarygodne, jak za lekarza jest ktoś przebrany” / “Pure advertising isn't credible, like, when actors are dressed as doctors” (63, M, n, 56)



niach populacyjnych). Dała także podstawy do lepszej diagnozy jego istoty.

Badani nie czują się nakłaniani do akceptacji tezy o zależności zdrowia od tego, jak się o nie dba, ponieważ już ją zinternalizowali (nawet są za jej popularyzowaniem wśród innych Polaków). W kategorii presji odbierają natomiast dużą i wzrastającą liczbę oddziaływań poświęconych tej tematyce (szczególnie informacyjnych, których źródłem są mass media), ogromny zakres popularyzowanych zaleceń, sprawiający wrażenie, że ich sprostaniiu powinni podporządkować całe życie, oraz konflikt między osobistą wiedzą i przekonaniem a niektórymi szczegółowymi sugestiami, które są popularyzowane.

Jako wywieranie presji badani traktują szczególnie manipulacje czy wręcz oszustwa, których ich zdaniem dopuszczają się reklamodawcy w mass mediach, szermujący hasłem zdrowia dla zwiększenia swoich zysków przy sprzedaży produktów i usług (badani przywoływali tu głównie firmy farmaceutyczne i producentów żywności). Podobnie postrzegali postępowanie rządzących, którzy – ich zdaniem – dbają przede wszystkim o swoje interesy, a nie o zdrowie społeczeństwa.

Poczynione ustalenia korespondują z danymi ogólnymi, tzn. niezrelatywowanymi do spraw zdrowia, które wskazują negatywne nastawienie w stosunku do reklam (blisko 90% dorosłych Polaków ich nie lubi, 2 na 3 jest przekonanych, że dezinformują, a 1/2 czuje się zmuszana do ich odbioru [28]) i niewielkie zaufanie do rządu [29]. Analizując materiał empiryczny, autorzy niniejszej publikacji stwierdzili również rozbudowaną argumentację związaną z przekonaniem o własnych możliwościach przeciwstawienia się presji informacyjnej związanej ze zdrowym stylem życia i obrony przed nią.

Ustalono kilka mechanizmów oporu, takich jak wiara we własną autonomię, zsocjalizowane zasady, przekonanie o prowadzeniu zdrowego stylu życia, kierowanie się sygnałami wysyłanymi przez organizm i zaufanie do osobistej wiedzy czy doświadczeń. Inni badacze podejmujący problem barier dla oddziaływań informacyjnych czy oporu wobec nich koncentrują się jedynie na autoocenie własnej wiedzy czy kompetencji w zakresie tego, jak dbać o zdrowie (często zawiązanych) [6,18]. Zebrany materiał stanowi więc rozwinięcie wiedzy w tym zakresie.

Analiza wypowiedzi badanych wskazuje także na wyraźne odczuwanie presji w kwestii zachowań wpływających na zdrowie ze strony członków najbliższego otoczenia. Wynik ten wskazuje, że ogólna prawidłowość zdiagnozowana w naszym społeczeństwie, polegająca na istotnym wpływie osób, z którymi kon-

taktujemy się w toku życia codziennego, na nasze poglądy (np. aż 80% dorosłych deklaruje wpływ rodziców, 38% – dziadków, 27% – kolegów i przyjaciół) [26] potwierdza się również w odniesieniu do sfery zdrowia. Ustalenie to świadczy ponadto o istotnym znaczeniu mechanizmów modelowania jako technik oddziaływania na dorosłego odbiorcę w przypadku omawianej tu sfery ludzkiej aktywności [16]. Ilustruje także tezę o wzrastającej roli laików w medykaliżowaniu rzeczywistości [30].

Wykazano także, że badani, odnosząc się do problemu odczuwania nacisków w sferze dbałości o zdrowie, w swoich narracjach nie wyróżniali, poza sporadycznymi przypadkami, oddziaływania formalnej edukacji zdrowotnej jako specyficznego typu przekazów. Nie jest więc ona subiektywnie dostrzegany źródłem presji tego rodzaju. Nie można też w związku z tym stwierdzić, czy wartościowanym pozytywnie czy negatywnie. Może to stanowić empiryczne potwierdzenie obaw dotyczących rozwoju i skuteczności marketingu społecznego w Polsce [31], w których zwraca się uwagę m.in. na problem angażowania nauki i ekspertów przez marketing komercyjny czy społecznie zaangażowany w celu osiągnięcia swoich partykularnych interesów.

Ponadto może stanowić efekt zarzucenia przez media publiczne strategii wyróżniania programów formalnej edukacji zdrowotnej, upubliczniania przez nią sponsoringu ze strony biznesu czy celowego ukrywania treści edukacyjnych, np. w ramach seriali czy programów rozrywkowych (co zresztą w przypadkach wielu zaleceń stanowi dobrą metodę ich upowszechniania) [32].

W kwestii odbioru oferty mass mediów (czyli TV, radio, prasy) poświęconej problematyce dbałości o zdrowie analiza materiału jakościowego umożliwiła pogłębienie interpretacji pewnych niespójności, które pojawiają się w wynikach ustaleń ilościowych na ten temat. Z części dostępnych danych wynika, że prawie wszyscy Polacy (96%) zetknęli się w ostatnich kilku latach z zamieszczanymi w nich informacjami na temat wpływu na zdrowie przynajmniej 1 zachowania zdrowotnego, a 87% pozytywnie ocenia ideę promowania w mediach zdrowego stylu życia [19]. Jako odpowiednie źródło informacji o sprawach zdrowia 78% populacji pracowników wskazuje TV i radio, a 62% – prasę. Przy tym są to najlepiej oceniane źródła wśród najczęściej stosowanych w edukacji zdrowotnej (akceptacja TV i radia jest niezależna od poziomu wykształcenia, inaczej niż subiektywna przydatność prasy) [6].

Z innej strony medialne przekazy poświęcone zdrowiu są jednak odbierane negatywnie. Na przykład

aż 71% Polaków zgadza się ze stwierdzeniami typu „kiedy spotykam się z informacjami o zdrowym stylu życia w mediach, podejrzewam, że ktoś chce mi wcisnąć jakiś towar” czy „informowanie [...] przynosi korzyść głównie firmom, które oferują produkty i usługi zdrowotne” [19]. Ponadto generalnie informacjom nadawanym w TV, radiu czy zamieszczanym w prasie nie wierzy około 60% mieszkańców naszego kraju (dane z Badania European Trusted Brands (Marka Godna Zaufania) z 2012 r.) [33].

Różnice w ustaleniach dotyczą też kwestii korzystania z oferty mediów poświęconych zdrowemu stylowi życia. Według reprezentatywnych danych blisko 70% Polaków cechuje duża skłonność do odbierania komunikatów na ten temat, a 80% – mała skłonność do ich unikania [19]. Wiadomo też, że nakłady na reklamy np. leków dostępnych bez recepty (over-the-counter – OTC) i suplementów w mediach wyraźnie rosną, co sugeruje ich znaczącą oglądalność.

Z kolei wyniki otrzymane w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi wskazują, że tylko około co 3. pracujący Polak jest zainteresowany medialnymi informacjami o tym, jak żyć, żeby umocnić zdrowie, zdrowiej wyglądać, mieć lepszą kondycję, oraz mówiącymi o tym, na co możemy zachorować i co złego może się stać z naszym zdrowiem. Średnio co 2. respondent jest zdania, że raczej nie zwraca na nie większej uwagi, a co około 10., że ich unika, stara się nie dopuszczać do siebie. Pozostali nie mają zdania na ten temat [34].

Co więcej, tylko 11% dorosłych Polaków specjalnie poszukuje, np. w TV, programów o tematyce zdrowotnej [35]. W przypadku reklam (prawdopodobnie też tych odwołujących się do spraw zdrowia, bo ich udział jest dominujący w ogólnej puli) ustalenia wskazują, że blisko 40% Polaków ich unika (zmienia program TV), ponadto około 80% nie lubi, podobną część one drażnią, denerwują, a prawie 1/2 czuje się przymuszana do ich percepcji [28].

Uzyskane w niniejszym badaniu narracje pracowników wskazują, że przy interpretacji danych ilościowych warto mocniej uwzględnić, że stosunek do oferty mediów związanej ze zdrowym stylem życia ma skomplikowaną wewnątrznie strukturę, zawierającą aspekty zarówno pozytywne, jak i negatywne. Sugeruje to potrzebę zwracania większej uwagi na zastosowaną konstrukcję pytań/skał w badaniach ankietowych, ponieważ przyjęte rozwiązania mogą uruchamiać różne komponenty tego nastawienia i w efekcie kreować różny obraz sytuacji.

Z jednej strony bazą dla odpowiedzi respondentów może być powszechnie akceptowany fakt, że sposób, w jaki żyjemy, nie jest obojętny dla stanu naszego zdrowia. Z tego punktu widzenia media będą doceniane jako łatwo dostępne źródło informacji na ten temat, jeśli nawet nie dla danej osoby, to dla innych, mniej zorientowanych odbiorców. W tym kontekście dostrzegana będzie ich misja i pozytywna rola, np. jako popularyzatora badań profilaktycznych. Stąd prawdopodobnie dużo pozytywnych odpowiedzi na pytania ankietowe, sformułowane bardzo ogólnie lub takie, które swoim brzmieniem przywołują tego rodzaju możliwości czy funkcje mediów.

Z drugiej strony media oceniane są głównie – czego dowiodło prezentowane badanie – przez pryzmat reklam komercyjnych. Z tego powodu traktowane są jako źródło informacji co najmniej niewiarygodnych, a nawet celowo wprowadzających odbiorców w błąd. Przy tym negatywnie odbierana jest nawet sama częstotliwość nadawania przez nie komunikatów o takiej tematyce. W przypadku wywołania przez zastosowane narzędzie badawcze skojarzeń tego rodzaju uzyskamy obraz ilustrujący opór wobec oferty mediów, manifestacje przekonania o własnej autonomii. Zebrane ustalenia mogą ponadto wskazywać na prawdopodobieństwo występowania podobnego mechanizmu w przypadku nie do końca jednoznacznych danych o wpływie reklamy na decyzje zakupowe dotyczące leków czy suplementów [36,37].

## WNIOSKI

Stwierdzono występowanie logicznie wyczerpującej gamy reakcji na problem doświadczania informacyjnej presji dotyczącej prowadzenia zdrowego stylu życia. Wartościowe poznawczo i praktycznie z punktu widzenia problematyki skuteczności edukacji zdrowotnej byłoby wykonanie badań ilościowych ilustrujących ich rozkład wśród osób pracujących w Polsce. Analizowane wypowiedzi badanych dowodzą, że brak poczucia nacisku wynika:

- z akceptacji ogólnej tezy o zależności stanu zdrowia od sposobu życia, a nawet opinii, że warto upowszechniać w społeczeństwie wiedzę na ten temat,
- z poglądu, że wprawdzie panuje w naszym kraju moda na zdrowy styl życia, ale nieosiągająca poziomu presji,
- z przekonania o osobistej odporności na naciski informacyjne dotyczące problemu dbania o zdrowie, własnej autonomii w tym względzie,

■ ze świadomości internalizacji tezy o potrzebie prowadzenia zdrowego stylu życia tak znacznej, że stanowi to po prostu imperatyw wewnętrzny.

Szczególnie rozbudowany wydaje się wątek oporu w odpowiedzi na doświadczanie presji, mający postać wiary we własne możliwości przeciwstawiania się przekazom perswazyjnym na ten temat, których bazę stanowią: silna osobista autonomia, zinternalizowane w toku wychowania zasady, uznawanie za zdrowy realizowanego stylu życia i kierowanie się sygnałami płynącymi z organizmu.

W kategorii presji badani traktowali natomiast powszechność sugestii tego rodzaju (płynących z mass mediów i od osób z bezpośredniego otoczenia) i sprzeczność wielu medialnych treści szczegółowych z ich osobistymi, zinternalizowanymi przekonaniem. Jako nacisk odbierane były przede wszystkim reklamy ukrywające, zdaniem badanych, pod hasłem zdrowia partykularne interesy reklamodawców. A więc presja była utożsamiana z manipulowaniem. Odczucie to wywoływała ponadto wielość zaleceń sprawiających wrażenie, że nie sposób im sprostać w sytuacji, w jakiej funkcjonuje przeciętny odbiorca. Jako presja odbierane były też sytuacje z życia codziennego, stymulujące niezdrowy styl życia.

Ustalono również, że wypowiedzi badanych nie dają żadnych podstaw, żeby zakładać, że badani wyróżniają przekazy formalnej edukacji zdrowotnej i w szczególności sposób odnoszą się do nich jako źródła nacisku na realizację prozdrowotnych zachowań. Ponadto okazało się, że opinii ani przekonań na ten temat nie różnicuje poziom wykształcenia.

Stwierdzono 3 rodzaje odbiorów oferty mass mediów dotyczącej tematyki dbania o zdrowie: pozytywny, negatywny i akceptację warunkową. Przy tym bardziej rozbudowane są narracje krytyczne niż pozostałe, szczególnie u gorzej wykształconych respondentów. Media są dobrze postrzegane po prostu na takiej zasadzie, że ich oferta daje szansę, żeby w łatwy sposób, przy okazji (bo nie było mowy o intencjonalnym poszukiwaniu) dowiedzieć się czegoś o tym, jak dbać o zdrowie (czyli z powodu swojej dostępności), co bazuje na zinternalizowanym przekonaniu, że np. sposób odżywiania czy aktywność fizyczna ma znaczenie dla jego stanu. Ponadto z powodu apriorycznej wiary, że skoro o czymś się w nich mówi, to zapewne towarzyszy temu naukowe uzasadnienie. Media są też dobrze oceniane za konkretny przekaz, a mianowicie zachęcanie do badań profilaktycznych.

W przypadku akceptacji warunkowej respondenci są zdania, że na informacje medialne dotyczące działań

na rzecz zdrowia należy zwracać uwagę, ale tylko wybiórczo, traktować je nieufnie i weryfikować. Stosowanymi kryteriami ich oceny/wyboru są: tematyka korespondująca z osobistymi przekonaniem i doświadczeniem w zakresie dbania o zdrowie, sprawdzanie, czy są oparte o ustalenia naukowe, kto firmuje przekaz, co na dany temat mówią inne źródła, np. Internet, oraz dostosowywanie zaleceń do specyfiki swoich potrzeb, stanu zdrowia i opinii własnego lekarza. Wypowiedzi badanych nie dają jednak podstaw, żeby sądzić, że respondenci wykorzystują ww. sposoby w celu intencjonalnego poszukiwania czy identyfikowania informacji z zakresu formalnej edukacji zdrowotnej. Raczej chodzi im o ochronę przed manipulacjami reklamodawców czy – rzadziej – polityków. Tylko na poziomie incydentalnym stwierdzono taki poziom refleksyjności, który pozwalał zwerbalizować zależność własnego stosunku do danego przekazu od tego, czy jest to reklama czy edukacja.

Krytyka oferty medialnej dotyczącej dbania o zdrowie jest natomiast związana głównie z postrzeganiem jej przez pryzmat reklam komercyjnych, czyli promocji towarów i usług, służących podnoszeniu zysków ich dostawcy. Badani oskarżają więc media o celowe nakłanianie do niezdrowego stylu życia (np. jedzenia słodczy i fast foodów, samoleczenia, zażywania leków, suplementów zamiast podejmowania zdrowych zachowań) oraz kreowanie sztucznych potrzeb po to, żeby zwiększać sprzedaż. Respondenci negują wartość oddziaływań medialnych na analizowanym polu jeszcze z 2 powodów. Są nimi zmiany popularyzowanych zaleceń i ukrywanie tego, że żyjemy w zatrutym środowisku, co przekłada się w ich myśleniu szczególnie na wątpliwości dotyczące tzw. zdrowej żywności. Na skutek wszystkich ww. opinii badani mają tendencje do unikania analizowanego segmentu oferty mediów, przejawiają wobec niego złość mającą źródło w podejrzeniach o próby manipulacji albo żal związany z uleganiem zawartym w nim sugestiom.

Zaobserwowano też różnicę opinii o propozycjach mass mediów na temat tego, jak troszczyć się o zdrowie, między badanymi gorzej a lepiej wykształconymi. Narracje tych pierwszych wskazują albo na pełną ich akceptację, głównie jako czegoś korzystnego dla społeczeństwa, albo na totalną negację, co zdarzało się częściej. Informacje medialne kojarzone są wówczas właściwie wyłącznie z reklamami, co powoduje silną niechęć wobec nich, przejawiającą się unikaniem albo przekonaniem o odporności na ich sugestie. U drugich, czyli lepiej wykształconych, jest więcej wahania w ocenie tej problematyki w mediach, a brak zaufania



do nadawanych treści powoduje działania nakierowane na selekcję przekazów i podejmowanie rozmaitych działań sprawdzających ich wartość.

Reasumując, analiza materiału empirycznego wskazuje, że doświadczenia badanych pracowników związane z funkcjonowaniem w środowisku informacyjnym, podejmującym tematykę zdrowego stylu życia, są raczej nieprzyjemne dla odbioru treści formalnej edukacji zdrowotnej. Zinternalizowali oni już wprawdzie tezę, że sposób życia wpływa na zdrowie, jednak niektórzy równocześnie czują się poddani presji informacyjnej lub sytuacyjnej, która odbywa się pod hasłem „dbajmy o zdrowie”, co może świadczyć o zmęczeniu ekspansją ideologii healthismu. Towarzyszy temu ponadto niechętny stosunek do państwa/rządu/polityków podejrzewanych o to, że w ten sposób przerzucają odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa na jednostkę. To ogromne wyzwanie. Oznacza m.in. konieczność limitowania ilości przekazów i unikania w nich metod oddziaływań obarczających szeregowego człowieka powinnością dbania o zdrowie pod rygorem łamania norm moralnych czy społecznych.

Ponadto może też wskazywać na potrzebę bardzo przemyślanego i ostrożnego przywoływania jako nadawców przekazów informacyjnych formalnej edukacji zdrowotnej ww. środowisk. Ich proste pomijanie nie będzie więc dobrym rozwiązaniem ze względu na odbiorców zorientowanych na identyfikowanie wiarygodnych nadawców. Raczej dobrze będzie natomiast odbierane odwoływanie się do środowiska naukowego.

Kolejnym problemem jest bogactwo narracji wskazujących na przekonanie o odporności na przekazy perswazyjne związane z dbałością o zdrowie, w tym wiara we własną wiedzę i doświadczenia w tym zakresie, szczególnie wśród gorzej wykształconych. Taki sposób myślenia może z jednej strony blokować zainteresowanie treściami formalnej edukacji zdrowotnej, z drugiej – przez swą naiwność – paradoksalnie zwiększać podatność na mało wartościowe albo realizujące cele komercyjne przekazy. Dla edukacji zdrowotnej oznacza to m.in. potrzebę uatrakcyjniania czy doskonalenia oddziaływań nie wprost (np. pod szyldem innych wartości czy kompetencji, czy za pośrednictwem innych niż publicystyka naukowa/społeczna przekazów), a także podjęcia zadania kształcenia kompetencji odbiorców w zakresie obrony przed technikami propagandy i manipulacji (lub wspieranie innych rodzajów edukacji dorosłych w wypełnianiu takiej roli).

Formalna edukacja zdrowotna, adresowana do pracowników, powinna też lepiej radzić sobie z presją sy-

tuacyjną ze strony osób z najbliższego otoczenia, które zachęcają do realizacji antyzdrowotnych zachowań. Może to obejmować np. szerszą popularyzację metod przeciwstawiania się takim szkodliwym wpływom środowiska społecznego (jak dotąd jest to raczej domena edukacji dzieci i młodzieży) czy skuteczniejsze kreowanie nowych, korzystniejszych dla zdrowia społecznych wzorów postępowania w sferze wypoczynku i zabawy jako podstawy do wykorzystania metody modelowania (w tym w ramach zakładowych programów promocji zdrowia). Wreszcie wyzwaniem jest także informowanie o badaniach profilaktycznych (zwłaszcza innych niż wynikające z zajmowanego stanowiska pracy), żeby pracownicy nie tylko akceptowali ten rodzaj wpływu na innych, ale i w większym stopniu sami poddawali się tym badaniom.

Przedstawione wcześniej problemy i wyzwania dla formalnej edukacji zdrowotnej wiążą się w rozmaity sposób z subiektywnymi odczuciami i opiniami na temat mediów. Jawią się one, po analizie narracji badanych, jako przekąźnik stanowiący wyzwanie, a nawet niebezpieczny dla jej skuteczności w ogóle (czyli także wtedy, gdy jest prowadzona za pośrednictwem innych źródeł). Są one wprawdzie powszechnie uznawane za najprostszy sposób docierania do informacji związanych ze zdrowiem, ale na skutek wszechobecności w nich reklam odwołujących się do tej problematyki powodują u badanych wrażenie jej nadmiaru, przesycenia i w konsekwencji reakcje unikania tego tematu.

Ponadto są ogólnie darzone małym zaufaniem, a dodatkowo, jak się wydaje, szczególnie zdeprecjonowane w zakresie omawianej tematyki, co kreuje wobec niej niechęć, złość i podejrzliwość. Dlatego odium negatywnych ocen dotyczących takich reklam spada także na przekazy formalnej edukacji zdrowotnej (zwłaszcza że są słabo identyfikowane). Tylko wśród niektórych lepiej wykształconych sytuacja ta może sprzyjać poszukiwaniu dalszych informacji, ale dotyczy to najpewniej osób już wyraźnie zainteresowanych problematyką, a więc mniej istotnych z punktu widzenia celów formalnej edukacji zdrowotnej.

Generalnie sytuacja ta oznacza dla formalnej edukacji zdrowotnej m.in. potrzebę zaangażowania się w działalność podnoszącą kompetencje adresatów (szczególnie gorzej wykształconych) w zakresie selekcji i weryfikacji informacji poświęconych dbałości o zdrowie (tzw. information literacy) oraz np. rozważenie możliwości kreowania swojej marki, czyli wyróżniania własnych przekazów informacyjnych. Powszechność i agresywność reklam komercyjnych odwołujących się

do spraw zdrowia stawia też przed edukacją zdrowotną trudne zadanie przeciwdziałania realizowanym za ich pośrednictwem procesom medykacyjnym. Kształtują one konsumpcyjną postawę w obszarze zdrowego stylu życia, zachęcając (a nawet sprowadzając go) do nabywania produktów (głównie wyrobów farmaceutycznych) i usług (zwłaszcza medycznych), zamiast informować o bezinwestycyjnych możliwościach, np. intensyfikowaniu prostej aktywności fizycznej, zachowywaniu równowagi między pracą a wypoczynkiem czy redukcji stresu poprzez pielęgnowanie dobrych relacji rodzinnych.

Wreszcie przykład mediów pokazuje, jak ważnym problemem jest staranniejsze podejście formalnej edukacji zdrowotnej do kwestii zmian w zaleceniach prozdrowotnych, powodowanych rozwojem wiedzy medycznej. Dotychczasowa praktyka, czyli ich upublicznianie bez dobrych kampanii informacyjnych wskazujących uzasadnienia konieczności ich wprowadzenia, spowodowała istotne ograniczenie zaufania do jej przekazów. Ponadto odczucia i opinie badanych wskazują, że formalna edukacja zdrowotna powinna zmierzać w kierunku selekcji zaleceń i sugestii na temat tego, jak dbać o zdrowie, eksponowania jedynie najważniejszych i prostych w realizacji, żeby nie powodować u przeciętnego odbiorcy wrażenia, że przerastają jego możliwości, podporządkowując całe życie zdrowiu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Słońska Z.: Wychowanie dla zdrowia. W: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski P. [red.]. Promocja zdrowia. Wyd. 2. Sanmedia, Warszawa 1994, ss. 324–332
2. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
3. Kotler P., Lee N.: Marketing w sektorze publicznym. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008
4. Jacennik B.: Koncepcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia. *Promocja Zdrow. Nauki Społ. Med.* 2000;19:88–100
5. Whitehead D., Russell G.: How effective are health education program mes-resistance, reactance, rationality and risk. Recommendations for effective practice. *Int. J. Nurs. Stud.* 2004;41:163–172, [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00117-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00117-2)
6. Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]: Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej. Riga Stradins University, Riga 2010
7. McGiveron A., Foster S., Pearce J., Taylor M.A., McMullen S., Langley-Evans S.C.: Limiting antenatal weight gain improves maternal health outcomes in severely obese pregnant women: Findings of a pragmatic evaluation of a midwife – Led intervention. *J. Hum. Nutr. Diet.* 2014;28:29–37, <https://doi.org/10.1111/jhn.12240>
8. Merton R.K.: Teoria socjologiczna i struktura społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002
9. Pasikowski S.: Opór indywidualny. Teorie, klasyfikacje, diagnozowanie w ujęciu psychologicznym. *Teraź. Człow. Edu.* 2014;68(4):39–62
10. Puchalski K.: Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. *Stud. Edu.* 2012;23:119–139
11. Korzeniowska E.: Polscy pracownicy o wykorzystaniu nowych mediów w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w miejscu pracy. *Stud. Edu.* 2012;23:163–181
12. Korzeniowska E., Puchalski K.: Polish employees on the Internet as a source of information about health and disease. *Med. Pr.* 2014;65(1):1–13, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2014.014>
13. Czapiński J., Panek T. [red.]: Diagnoza społeczna [Internet]: Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015 [cytowany 20 lutego 2016]. Adres: [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2015.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf)
14. Cutler D.M., Lleras-Muney A.: Education and health: Evaluating theories and evidence. National Bureau of Economic Research, Cambridge 2006
15. Błajet P.: Aktywność prozdrowotna seniorów w świetle modelu Aktywnej Strategii Umacniania Zdrowia. *Rocz. Andrag.* 2012;7:116–127
16. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1999
17. Ostrowska A.: Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet). *Stud. Socjol.* 2011;3(202):73–94
18. Niedźwiecka B., Słońska Z., Taran Y.: Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]. *Zdrow. Pub. Zarz.* 2012;10(B):212–220, <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.13.022.1170>
19. Borowiec A., Lignowska I., Drygas W.: Attitudes towards healthy lifestyle promotion in mass media in the Polish adult population. *Kardiol. Pol.* 2012;70(10):1030–1037
20. Korzeniowska E., Puchalski K.: Edukacja zdrowotna pracowników – wyzwania związane z poziomem wykształcenia. *Med. Pr.* 2012;63(1):55–71
21. Gniazdowski A. [red.]: Zachowania zdrowotne. Strategiczny problem ochrony zdrowia. W: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki za-

- chowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990, ss. 9–22
22. Nowakowski M.: Medyalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu [Internet]: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2013 [cytowany 20 sierpnia 2015]. Adres: <http://www.phavi.umcs.pl/AT/attachment/2014/0117/100934-michal-nowakowski-praca-doktorska.pdf>
  23. Nowakowska L.: Medyalizacja a granice odpowiedzialności jednostek ponowoczesnej rzeczywistości. W: Skrzypek M. [red.]. Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę. Wydawnictwo KUL, Lublin 2013, ss. 235–245
  24. Słońska Z.: Nowe oblicze medyalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia. W: Piątkowski W., Płonka-Syroka B. [red.]. Socjologia i antropologia medycyny w działaniu. Wydawnictwo Arboretum, Wrocław 2008, ss. 83–94
  25. Flick U.: Projektowanie badania jakościowego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010
  26. Boguszewski R.: Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków [Internet]: Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2010 [cytowany 20 lutego 2016]. Adres: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K\\_099\\_10.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_099_10.PDF)
  27. Boguszewski R.: Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. [Internet]: Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012 [cytowany 20 lutego 2016]. Adres: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_110\\_12.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_110_12.PDF)
  28. Wądołowska K., Felisiak M.: Nudzą drażnią, dezinformują – Polacy o reklamach [Internet]: Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2011 [cytowany 20 lutego 2016]. Adres: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K\\_016\\_11.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_016_11.PDF)
  29. Cybulska A.: Zaufanie społeczne [Internet]: Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012 [cytowany 20 lutego 2016]. Adres: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_033\\_12.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_033_12.PDF)
  30. Wieczorkowska M.: Choroba jako podstawa konstruowania nowych tożsamości w zmedyalizowanym świecie. Acta Univ. Lodz. Folia Sociol. 2013;45:83–99
  31. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [Internet]: Instytut 2017 [cytowany 15 stycznia 2016]. Jacennik B.: Perspektywy marketingu społecznego w Polsce. Adres: [www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/629-perspektywy-marketingu-spoecznego-w-polsce.html](http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/629-perspektywy-marketingu-spoecznego-w-polsce.html)
  32. Pratkanis A., Aronson E.: Wiek propagandy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004
  33. Press [Internet]: Press, 2017 [cytowany 15 stycznia 2016]. Polacy nie ufają mediom. Adres: <http://www.press.pl/newsy/internet/pokaz/39209,Polacy-nie-ufaja-mediom>
  34. Korzeniowska E.: Świadomość zdrowotna aktywnych zawodowo o niskim poziomie wykształcenia jako wyzwanie dla edukacji zdrowotnej. W: Chrzanowska I., Jachimczak B. [red.]. Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki. Satori, Łódź 2008, ss. 439–449
  35. Cianciara D., Przewłocka T., Miller M.: Zainteresowanie telewizyjnymi programami o tematyce zdrowotnej. Przegl. Epidemiol. 2003;57:703–712
  36. Ulatowska-Szostak E.: Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek – porównanie 2002 i 2007. Probl. Hig. Epidemiol. 2008;89(3):441–444
  37. Cianciara D., Piotrowicz M.: Społeczno-ekologiczne podejście do telewizyjnej reklamy produktów OTC. Hygeia Public Health 2013;48(2):218–225