ROLA MEDIÓW, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM INTERNETU, W KSZTAŁTOWANIU ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH

Dr n. o zdrowiu Anna Pilecka
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr n. o zdr. Joanna Fiłon

ROLA MEDIÓW,
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM INTERNETU,
W KSZTAŁTOWANIU
ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ROLA MEDIÓW, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM INTERNETU, W KSZTAŁTOWANIU ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH

Dr n. o zdr. Anna Pilecka
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr n. o zdr. Joanna Fiłon

Białystok 2023

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Grochans
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Pomorski Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. n. med. Jan Karczewski
Akademia Bialska im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

ISBN 978-83-67454-57-5
Wydanie I
Białystok 2023

Opracowanie graficzne: wykorzystano darmowy wektor z https://pl.freepik.com/

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej
dr n. o zdrowiu Anny Pileckiej.

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:
RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

Media edukują ludzi, ale są też sposobem na wyrażanie ich uczuć oraz pomysłów.
Jednakże, zgodnie z pewną niewłaściwą zasadą,
są one zazwyczaj albo czyimiś więźniami albo pochlebcami.
Fethullah Gülen 1941

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. o zdr. Anna Pilecka
Fundacja Rodziny Pileckich

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. o zdr. Joanna Fiłon
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

	Wykaz skrótów	**11**
I.	**Klasyfikacja współczesnych mass mediów** ……..	**13**
II.	**Funkcje współczesnych środków masowego przekazu** ……...	**19**
III.	**Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych** …….……..	**24**
IV.	**Założenia i cel pracy**…….……..	**34**
V.	**Materiał i metoda**……	**37**
VI.	**Wyniki**…….…….	**46**
VII.	**Weryfikacja hipotez** ……...……...…….	**84**
VIII.	**Ograniczenia badania** ……...……..…….……..	**88**
IX.	**Dyskusja**……..	**89**
X.	**Wnioski** …….……..……	**118**
XI.	**Postulaty**…….…….	**119**
XII.	**Piśmiennictwo**…….	**120**

WYKAZ SKRÓTÓW

ABC	*American Broadcasting Company* Amerykańska sieć telewizyjna
ASE	A - *attitudes* - postawy S - *social influence* - wpływ społeczny E - *efficacy* - samoskuteczność
BRCA	*Breast Cancer Gene* Gen związany z nowotworem piersi
CAPI	*Computer Assisted Personal Interview* Wywiad personalny, wspomagany komputerowo
DVD	*Digital Video Disc* Zapis danych na optycznym nośniku danych
EKUZ	Elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego
eWUŚ	Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców
FAS	*Familly Afluence Scale* Skala Zasobów Materialnych Rodziny
HAPA	*Health Action Process Approach* Podejście procesualne do zmiany zachowań zdrowotnych
HBM	*Health Belief Model* Model przekonań zdrowotnych
ITC	*Information and Communication Technologies* Technologie informacyjno - komunikacyjne
IZZ	Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
MTV	*Music Television* Amerykańska stacja muzyczna
NBC	*National Broadcasting Company* *Międzynarodowy Koncern Medialny*
RASFF	*Rapid Alert System for Food and Feed* System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach
RKO	Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa
SWLS	*The Satisfaction with Life Scale* Skala Satysfakcji z Życia
TTM	*Transtheoretical Model* Model Transteoretyczny
USA	*United States* Stany Zjednoczone
WHO	*World Health Organization* Światowa Organizacja Zdrowia
ZIP	Zintegrowany Informator Pacjenta

KLASYFIKACJA WSPÓŁCZESNYCH MASS MEDIÓW

Rys historyczny

Za początki prasy historycy mediów uważają rzymskie Acta Diurna [Bajka, 2008], które były rodzajem dzienników urzędowych. Teksty były ryte na desce gipsowej, a następnie wystawiane na widok publiczny [Paczkowski, 1973].

Podobny do Acta Diurna charakter miały „gazety", które były wydawane od VI wieku na dworach cesarskich Państwa Środka. Ograniczały się one do przedstawiania wiadomości urzędowych i początkowo były przygotowywane w jednym, a następnie w kilkunastu egzemplarzach oraz rozsyłane do przedstawicieli prowincji. Co ciekawe – po wynalezieniu druku – drukowane w znacznie większych nakładach – przetrwały do 1911 roku, czyli do upadku monarchii [Paczkowski, 1973].

Francuski historyk Georges Weill, za Paczkowski [Paczkowski, 1973] podkreślał, że „(…) Historia gazety jest złożona i trudna, gdyż nie da się oddzielić od ogólnej historii cywilizacji. Wszystkie wielkie nowości polityczne, intelektualne, gospodarcze, techniczne miały na nią swój wpływ".

Niezaprzeczalnie przełomem w historii prasy było wynalezienie druku przez Guttenberga. Wynalazek sprowadzał się do trzech zasadniczych elementów, za Bajka [Bajka, 2008]:

- wykonania urządzenia do odlewania czcionek charakteryzujących się identyczną wielkością i grubością, służyły one do wielokrotnego wykorzystania
- stworzenie przy ich pomocy zwartej matrycy kolumny druku
- wynalezienie urządzenia – prasy do tłoczenia dowolnej liczby stron z jednego składu.

Chociaż historia prasy na świecie sięga starożytności, to właśnie wynalazek Guttenberga zmienił jej oblicze. Wraz z wynalezieniem druku pojawiły się pierwsze książki oraz prasa, w 1606 roku Johann Carolus w Augsburgu wydał pierwszą regularną gazetę – Relation aller Furnemmen und gedenckwurdigen Historien. [Briggs i wsp., 2018].

Pierwszą gazetą w Polsce był „Merkuriusz Polski", została wydana w 1661 roku w Krakowie. Był to dwutygodnik, wydawcą był Johann Heissler. Początkowo zamieszczano w niej głównie treści o tematyce politycznej i informacje z zagranicy, później publikowano treści kulturalne i naukowe. Ostatnie wydanie ukazało się w roku 1945 w Krakowie [Paczkowski, 2002]. Wynalezienie druku przez Gutenberga było początkiem rewolucji

w mediach. Kolejne stulecia przyniosły wynalezienie telegrafu, telefonu, radia i telewizji i w końcu Internetu.

Początki Internetu datuje się na lata 60-te XX wieku i fakt ten ma związek z działalnością agencji rządowej DARPA (*Defence Advanced Research Project Agency*). Jednostka ta podjęła się stworzenia sieci komputerowej mającej za zadanie przesyłanie danych między różnymi instytucjami wojskowymi i naukowymi w kraju. Efektem pracy było stworzenie pierwszej sieci komputerowej ARPANET, która była początkiem Internetu. Niedługo potem opracowano protokół TCP/IP, który stał się standardem przesyłania danych przez Internet. W 1971 roku Ray Tomilinson wynalazł protokół poczty elektronicznej (e-mail) [za: http://wwwlivescience.com/20727-internet-history.html].

Pierwsze strony internetowe pojawiły się na początku lat 90. XX wieku. Przykładem jest projekt stworzony przez Tima Bernersa-Lee, mający na celu stworzenie hipertekstu umożliwiającego udostępnianie i przesyłanie informacji za pomocą Internetu. Efektem było opracowanie narzędzi i technologii, które posłużyły za podstawę World Wide Web (WWW). Berners-Lee opracował język hipertekstu (HTML) oraz protokół transferu hipertekstu (HTTP) [https://przystaneknauka.us.edu.pl/artykul/30-rocznica-powstania-www].

Sposoby klasyfikacji mediów

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele rodzajów klasyfikacji mediów. Goban-Klas [Goban-Klas, 2008] zwraca uwagę, że używane współcześnie słowo ”media” pochodzi od łacińskiego słowa „medium”, oznacza – środek lub pośrednika. Jak podkreśla – [Goban-Klas, 2008] – we współczesnym rozumieniu słowo media oznacza najczęściej prasę, radio i telewizję – jako „środki przekazu publicznego szeroko upowszechnianych treści”.

Uporządkowaniem terminologii, która odnosi się do rodzaju i typologii mediów zajmował się już w latach trzydziestych XX wieku Edward Sapir, za Goban-Klas [Goban-Klas, 2008], który wyróżnił *„pewne podstawowe techniki, albo procedury prymarne, które są w swej istocie komunikatywne oraz pewne techniki wtórne, które ułatwiają proces komunikowania*”.

Sapir [za Goban-Klas, 2008] do technik prymarnych czyli pierwotnych zaliczał przede wszystkim mowę, natomiast do technik wtórnych: „(…) przekształcenia mowy symboliki dostosowane do specjalnych sytuacji oraz tworzenie fizycznych warunków ułatwiających proces komunikowania”.

Winterhuff – Spurk, za Goban-Klas [Goban- Klas, 2008] dzieli media na:

- media przekazujące, transmisyjne – kiedy sposób komunikowania jest możliwy za pomocą fal elektromagnetycznych niosących sygnały
- media utrwalające, rejestrujące – kiedy komunikowanie jest zmaterializowane na nośniku.

Przyjmując, że u podstawy mediów leży komunikacja – można przyjąć za Mrozowski [Mrozowski, 2001], że „(…) *komunikowanie jest rodzajem kontaktu nawiązanego za pomocą zmysłów, bądź także specjalnie do tego przystosowanych narzędzi (środków komunikowania) między co najmniej dwiema osobami, z których jedna (nadawca) przekazuje drugiej (odbiorcy) za pomocą zrozumiałych dla nich znaków pewne treści pojęciowe lub emocje z zamiarem wywołania u odbiorcy określonych reakcji*".

Mrozowski nazywa komunikowanie – działaniem – praktyką społeczną. Podkreśla też, że komunikowanie to umiejętność właściwego posługiwania się przez nadawcę i odbiorcę środkami komunikowania, określanymi jako środki przekazu lub media [Mrozowski, 2001].

Środki komunikowania definiuje jako „(…) zachowania, przedmioty i urządzenia, które mogą pełnić funkcję symboliczną (znakową) oraz utrwalać i przenosić w czasie i przestrzeni wszelkie nośniki tej funkcji tzn. znaki i ich konfiguracje i przekazy" [Mrozowski, 2001].

John Fiske, za Mrozowski oraz Kozłowska [Mrozowski, 2001; Kozłowska, 2006] dzieli media (środki komunikowania) na trzy kategorie:

1. środki prezentacji (wyrażania) – zalicza tu wszelkie sposoby ludzkich zachowań – zarówno werbalnych jak i niewerbalnych – zdolność do wydawania dźwięków, barwę głosu, akcent, wyraz twarzy (mimika), gestykulacja rękoma, postawa całego ciała
2. środki reprezentacji (rejestracji) – obejmują narzędzia i urządzenia techniczne przystosowane do rejestracji zachowań człowieka, może być to ołówek, kartka, kamera filmowa, smartfon
3. środki transmisji – urządzenia lub zespoły takie jak maszyny drukarskie, telefony, nadajniki, odbiorniki radiowe czy telewizyjne, które mają za zadanie powielanie i przenoszenie zarejestrowanych przekazów; środki transmisji nie mają bezpośredniego wpływu na kształt przekazu.

Należy zauważyć [Mrozowski, 2001], że funkcjonalnie te trzy kategorie pozostają we współzależności i wzajemnej relacji.

Goban-Klas, za Kozłowska [Kozłowska, 2006] proponuje następujący podział mediów:

- język – przez pojęcie rozumie język naturalny, środek porozumiewania się
- kody językowe i inne – zalicza do tej kategorii zarówno język werbalny jak i niewerbalny
- kody formalne – oparte na normach i konwencjach (np. alfabet, kod Morse'a)
- nośniki sygnałów – zalicza się do nich np. fale świetlne, ale także np. papier – czyli materiał, na którym został utrwalony kod
- instrumenty pozwalające na powielanie, transmisję lub odbiór przekazu (np. odbiornik radiowy, telewizor, radiostacja)
- instytucje, które tworzą przekazy (prasa, telewizja, radio).

Media masowe

Media masowe (środki masowego przekazu, mass media, środki masowego komunikowania) definiuje się jako instytucje oraz urządzenia, dzięki którym przesyłane są treści do odbiorców. Termin mass media ukształtował się w Stanach Zjednoczonych w XX wieku. Według Encyklopedii PWN [https://encyklopedia.pwn.pl] do środków masowego przekazu zaliczane są:

- prasa, radio, telewizja, także film (kino), książki (popularnonaukowe), nagrania muzyczne, (płyty, kasety)
- nowe media: magnetowid, odtwarzacz DVD, nagrania filmowe (DVD, Blue Ray), telegazeta, telewizja satelitarna, kablowa, gry komputerowe, Internet

McQuail [Mc Quail, 2007] wymienia kluczowe cechy nowych mediów:

- interaktywność – wskaźnik reakcji użytkownika na propozycję nadawcy
- obecność, przynależność społeczna – czyli odczucie kontaktu z innymi
- bogactwo mediów – poziom redukcji niejednoznaczności, angażowanie zmysłów
- autonomia – niezależność od źródła przy jednoczesnej jego kontroli
- ludyczność – media są w większym stopniu źródłem rozrywki niż użyteczności.

Marshall McLuhan (Mc Luhan, 2004] kanadyjski teoretyk komunikacji, który twierdził, że społeczeństwo jest kształtowane w znaczącym stopniu przez charakter mediów niż przez treść komunikacji, dzielił media masowe na:

- gorące (np. radio lub film) - to media, które u odbiorcy wytwarzają silny i intensywny stan nasycenia danymi

- zimne (telewizja) – medium, które charakteryzuje się niską rozdzielczością przekazu i w odróżnieniu od mediów gorących – odbiorca musi być bardziej zaangażowany w proces komunikacji

Goban-Klas [Goban-Klas, 2005] do mediów masowych zalicza prasę, radio, telewizję, ale także plakat, film i płyty gramofonowe. Obok tego wymienia instytucje tworzące przekaz: programy radiowe i telewizyjne, czasopisma, dzienniki, portale internetowe. Następnie wymienia nowe media – czyli DVD, gry komputerowe, telefony komórkowe i Internet.

Kozłowska [Kozłowska, 2006] proponuje podział środków komunikowania w aspekcie diachronicznym, w kontekście stopniowego ich rozwoju. Autorka [Kozłowska,2006] zaznacza, że media masowe są zazwyczaj definiowane enumeracyjnie:

- prasa
- radio
- telewizja
- film

Rzadziej - zdaniem autorki [Kozłowska, 2006] wymienia się plakat, książkę czy fotografię.

Mrozowski [Mrozowski, 2001] proponuje też podział mediów masowych ze względu na typy instytucji nadawczych, co wydaje się bardzo istotne ze względu na sposób kreowania i przekazywania informacji. Wyróżnia media:

- niekomercyjne – do tej kategorii zalicza te instytucje nadawcze, które są kontrolowane przez inne instytucje czy organizacje społeczne – np. partie polityczne, kościół, związki zawodowe, fundacje, stowarzyszenie; z założenia nadawcy działają non profit, a jeżeli działalność przynosi zyski, to przekazywane są one na przedsięwzięcia statutowe
- publiczne – media działające na mocy odpowiednich ustaw i rozporządzeń. Podlegają one kontroli organów władzy – w Polsce jest to Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
- komercyjne – media, których głównym celem jest osiąganie zysku, są zazwyczaj przedmiotem własności prywatnej.

Powszechnie w literaturze przedmiotu można wyodrębnić następujące kryteria podziału mediów masowych:

1. ze względu na rodzaj nośnika:

- media drukowane (np.: czasopisma, gazety)
- media elektroniczne (np.: telewizja, radio, Internet)

- media audiowizualne (telewizja, kino)

2. ze względu na rodzaj treści:
    - media informacyjne (np.: gazety, internetowe serwisy informacyjne)
    - media rozrywkowe (np.: telewizja, czasopisma o tematyce modowej)
    - media edukacyjne (np.: czasopisma popularnonaukowe, encyklopedie multimedialne)
3. ze względu na zasięg:
    - media lokalne (np.: gazety regionalne, telewizje kablowe)
    - media ogólnopolskie (np. telewizja publiczna, największe portale internetowe)
    - media międzynarodowe (np. BBC, CNN)
4. ze względu na sposób finansowania:
    - media prywatne (np. wiele gazet, stacje radiowe, telewizyjne)
    - media publiczne (np. telewizja publiczna, radio publiczne)
    - media komercyjne (np. reklamy w prasie, telewizji, Internecie);
5. ze względu na sposób przekazu:
    - media tradycyjne (np. gazety, radio, telewizja)
    - media nowoczesne (np. portale internetowe, serwisy społecznościowe, social media np. blogi, fora, czaty, platformy społecznościowe – Facebook, Instagram, Tiktok)
    - media mobilne (np. aplikacje mobilne, serwisy internetowe dostępne na urządzeniach mobilnych).

ROLA I FUNKCJE WSPÓŁCZESNYCH ŚRODKÓW MASOWEGO PRZEKAZU

Definicja funkcji i komunikacji

Słownik języka polskiego definiuje pojęcie funkcji jako „zadanie, które spełnia lub ma spełnić jakaś osoba lub rzecz" lub „czyjeś stanowisko lub zakres obowiązków" albo „wzajemny stosunek zjawisk, z których jedno wynika z drugiego" [https://sjp.pwn.pl].

Walery Pisarek [Pisarek, 1976] podkreśla, że funkcja to "działanie (lub przeznaczenie do działania) jednego elementu w układzie do którego ów element należy".

Z kolei Mrozowski [Mrozowski, 2001] stoi na stanowisku, że definiując pojęcie funkcji w odniesieniu do mediów, punktem zainteresowania jest w większym stopniu wynik działania niż samo działanie.

Zbigniew Oniszczuk [Oniszczuk, 1988] zajął się usystematyzowaniem pojęć: funkcja, rola, zadania środków masowego komunikowania. Jego zdaniem podziały funkcji prasy są fragmentaryczne oraz niejednorodne i nie prowadzą do poznania jej społecznych funkcji [Oniszczuk, 1988]. Proponuje on usystematyzowanie wyżej wspomnianych pojęć. Przez rolę mediów rozumie ich całkowity wkład w kształtowanie społeczeństwa, natomiast funkcje mediów w jego odczuciu to rezultaty sposobów działania, zaś zadania mediów – to zaplanowane działania, które wynikają z przyjętego celu lub celów.

Podstawą istnienia mediów jest potrzeba komunikacji i przekazywania informacji. [Goban-Klas, 2008]. Goban-Klas [Goban-Klas, 2008] przytacza dwie definicje komunikowania:

- komunikowanie definiowane jako proces przekazywania informacji, umiejętności, emocji, idei
- komunikowanie rozumiane jako interakcja, społeczne oddziaływanie przy użyciu symboli.

Funkcje mediów

Harold Laswell w 1948 roku jako pierwszy wyróżnił [za Mrozowski, 2001] trzy funkcje mediów:

- obserwacja otoczenia – media mają za zadanie dostrzeganie ważnych i interesujących zmian w otoczeniu naturalnym i społecznym, a co za tym idzie, informowanie o tych zmianach. Uważał bowiem, że w pierwszej kolejności powinny być to informacje dotyczące szans i zagrożeń dla ludzi, instytucji oraz całego społeczeństwa
- korelacja reakcji na otoczenie – zadaniem mediów jest dostarczanie jednostkom, instytucjom i całemu otoczeniu wzorów skoordynowanego działania oraz spajanie form aktywności społecznej. Takie działania mają służyć zwalczaniu zagrożeń oraz dyskontowaniu szans w społeczeństwie
- transmisja dziedzictwa – media mają za zadanie przekazywanie kolejnym pokoleniom najważniejszych elementów dokonań ich przodków dotyczących działania. Poza tym media powinny przekazywać przykłady i wzory zachowań, które w precyzyjny sposób określają tożsamość zarówno jednostek, jak i całej społeczności.

Modyfikacji typologii Laswella dokonał w 1955 roku Charles R. Wright, który dodał czwartą funkcję – dostarczenie rozrywki – rozumianą jako „*relaksacja, redukowanie napięć*" [cyt. za Mrozowski, 2001; cyt. za Kozłowska 2006]. Autor [cyt. za Mrozowski, 2001; cyt. za Kozłowska 2006] zmienił też nazewnictwo funkcji zaproponowanych przez Laswella i wyróżnił następujące funkcje mediów:

- informacyjna (Laswell: obserwacja otoczenia)
- interpretacyjna (Laswell: korelacja reakcji na otoczenie)
- socjalizacyjna (Laswell: transmisja dziedzictwa
- dostarczania rozrywki.

W późniejszym czasie badacze zajmujący się funkcjonalnością mediów masowych w krajach kapitalistycznych – m.in. Sandman, Rubin, Sachsman (1976 rok) [cyt. za Mrozowski, 2001] do funkcji zaproponowanych przez Wrighta dodali jeszcze funkcję ekonomiczną, rozumianą jako:

- dążenie do chęci osiągnięcia zysku wzbogacającego właścicieli mediów
- tworzenie popytu na reklamowane przez media dobra i usługi czyli ożywianie obrotu rynkowego [cyt. za Mrozowski, 2001].

Równolegle z klasyfikacją Laswella swoją typologię zaprezentowali Paul. F. Lazarsfeld oraz Robert K. Merton (1948). W odróżnieniu od Laswella [cyt. za Mrozowski, 2001] przedstawili funkcje mediów kładąc większy nacisk na następstwa działania mediów niż – jak to miało miejsce u Laswella – na zadania.

Lazarsfeld i Merton [za Mrozowski, 2001, Kozłowska, 2006] wymieniali następujące

funkcje:

1. nadawania statusu – media masowe posiadają możliwość nadawania ważności, rangi różnym kwestiom publicznym, organizacjom, osobom oraz wydarzeniom; dzieje się tak dlatego, że przez lata doświadczeń i funkcjonowania mediów w świadomości społecznej wykształciło się przeświadczenie, że wszystko, co pojawia się w mediach – jest ważne; media nadają często rytm rozwojowi różnych wydarzeń oraz wyznaczają niejednokrotnie rozwój kariery polityków czy celebrytów. Intensywność pojawiania się w mediach kształtuje popularność i sławę, potwierdza status człowieka lub instytucji.
2. wzmacniania norm społecznych – media masowe mogą wzmacniać normy społeczne poprzez informowanie, nagłaśnianie i piętnowanie zachowań osób czy instytucji, które je naruszają; bardzo często przestrzeganie norm przez osoby publiczne jest dla nich uciążliwe, istnieje duży dysonans pomiędzy moralnością prywatną (tolerancyjną), a publiczną (rygorystyczną); kiedy dochodzi do sytuacji publicznego nagłaśniania i piętnowania przypadków naruszających normy społeczne – odbiorcy zajmują stanowisko – akceptujące lub negujące zachowania czy postawy. Jak zauważa Mrozowski [Mrozowski, 2001]: „W skali społecznej przeważa na ogół stanowisko akceptujące, wskutek czego media zmniejszają rozbieżność między moralnością prywatną i publiczną, umacniając normy i wartości, na których opiera się moralność publiczna".
3. narkotyzująca dysfunkcja – powszechność mediów masowych oraz łatwy dostęp do informacji kształtowanych przez media powoduje postępujące uzależnienie odbiorców od środków przekazu; mass media, które przynoszą coraz to nowe informacje powodują, że odbiorcy poświęcają im coraz więcej czasu. W rezultacie powoduje to ograniczenia w samodzielnym myśleniu, bierność – także intelektualną, apatię, zachowania aspołeczne i izolację.

Mrozowski [Mrozowski, 2001] podkreśla, że zarówno typologia Laswella, jak i Lazarsfelda oraz Mertona nie wyczerpują w pełni wszystkich funkcji, które można wymienić w odniesieniu do mediów masowych. Wskazuje chociażby na następujące funkcje: edukacyjną, kulturalną i perswazyjną (propagandową).

McQuail [za Mrozowski, 2001; Kozłowska, 2006] przedstawił pięć najważniejszych zadań i odpowiadających im funkcji mediów w społeczeństwie:

1. Informacja
    - dystrybucja informacji o wydarzeniach w kraju i na świecie

- pokazywanie stosunków i zależności w kręgu władzy
- wspieranie adaptacji, innowacji i postępu

2. Korelacja
    - interpretacja i komentowanie znaczenia zdarzeń i informacji
    - wsparcie dla autorytetów i uznanych społecznie norm
    - socjalizowanie
    - koordynowanie oddzielnych działań
    - budowanie konsensusu
    - budowanie priorytetów w społeczeństwie i sygnalizowanie ich statusu
3. Ciągłość
    - opisywanie dominującej kultury oraz rozpoznawanie subkultur i nowych trendów rozwojowych w kulturze
    - udział w tworzeniu i podtrzymywaniu wspólnych wartości
4. Rozrywka
    - dostarczanie przyjemności i rozrywki
    - eliminowanie i zmniejszanie napięć społecznych
5. Mobilizacja
    - kierowanie kampaniami społecznymi w zakresie polityki, postępu, rozwoju ekonomicznego, pracy, religii.

Tetelowska, za Oniszczuk [Oniszczuk, 1988) analizuje funkcje mediów na przykładzie prasy i wymienia trzy główne funkcje:

1. informowania i komunikowania
2. kształtowania postaw i modyfikowania zachowań odbiorcy
3. rozrywkowa.

Wymienione przez Tetelowską [Oniszczuk, 1988] funkcje gazety, a co za tym idzie prasy są jej zdaniem najważniejsze. Pozostałe – czyli naukowa, ideologiczna i krytyki społecznej są wobec wyżej wymienionych wtórne.

Goban-Klas [Goban Klas, 2008] zwraca szczególną uwagę na rolę społeczną środków masowego przekazu wymieniając kilka ważnych obszarów.

Po pierwsze - media jako ważny sektor życia zbiorowego, rodzaj działalności gospodarczej, dostarczają pracy specjalistom, wytwarzają produkty kulturalne, mają charakter instytucjonalny [Goban Klas, 2008]

Po drugie – media są instrumentem władzy społecznej [Goban Klas, 2008].

Bralczyk [Bralczyk, 2008] zauważa, że media są też przedsiębiorstwami i w ten sposób jako takie spełniają często funkcje skierowane przede wszystkim na przyciąganie publiczności. Zdaniem autora wykazują bardziej rolę rozrywkową niż edukacyjną [Bralczyk, 2008].

WYBRANE ASPKETY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Definicje zachowań zdrowotnych

W literaturze przedmiotu, za Ostrowska [Ostrowska, 1997] istnieje wiele określeń pojęcia „zachowania zdrowotne". Mechanic [Mechanic, 1978] podkreśla, że na zachowania zdrowotne ogromny wpływ może mieć kontekst społeczny oraz kulturowy, nie tylko kształtujący, ale także ograniczający indywidualne wybory.

Sęk [Sęk, 2000] pod pojęciem zachowania zdrowotne rozumie „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem", a Ostrowska [Ostrowska, 1999] – „każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności". Autorka [Ostrowska, 1999] zwraca także uwagę, iż istotnym elementem powyższej definicji jest stan świadomości jednostki oraz celowość jej działania, ponieważ ludzie codziennie podejmują rozmaite formy aktywności, a nie tylko zachowania intencjonalne wpływające także na zdrowie. Z kolei Puchalski [Puchalski, 1990] za zachowania zdrowotne uważa „wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy".

Gochman, za Sęk [Sęk, 2000] do obszaru zachowań zdrowotnych zalicza takie atrybuty osobiste jak, np. działania i nawyki (utrzymywanie, polepszanie i odzyskiwanie zdrowia), motywy, oczekiwania, przekonania, spostrzeżenia, właściwości osobowościowe (stany, cechy uczuciowe emocjonalne) oraz wzorce jawnego zachowania.

Wardl i Steptoe, za Ostrowska [Ostrowska, 1999] wyróżniają pięć klas zachowań prozdrowotnych, jak:

- bezpieczeństwo komunikacyjne (np. używanie pasów bezpieczeństwa, trzeźwość, bezpieczna prędkość itp.)
- pozytywne praktyki zdrowotne (np. aktywność fizyczna, częste mycie zębów, odpowiednia ilość snu, używanie filtrów przeciw słonecznych itp.).
- unikanie używek
- zachowania profilaktyczne (badania kontrolne u lekarzy specjalistów, kontrolne pomiary ciśnienia tętniczego, samobadanie piersi, badania cytologiczne, badania mammograficzne, samobadanie jąder itp.)

- zwyczaje żywieniowe (np. ilość posiłków, spożywanie mięsa, owoców, soli, tłuszczu zwierzęcego itp.).

Wybrane modele zachowań zdrowotnych

O poziomie zdrowia, za Wrona-Polańska [Wrona-Polańska, 2006] współdecydują czynniki biologiczne, społeczne oraz psychologiczne. Istotne w powyższym znaczenie mają przede wszystkim świadome oraz aktywne działania każdego człowieka, zmierzające do umacniania zdrowia oraz pomnażania jego potencjałów, poprzez np. zdrowy styl życia oraz preferowanie zachowań prozdrowotnych, zależnych od modelu przekonań zdrowotnych [Wrona-Polańska, 2006].

Jednym z najstarszych modeli w tym zakresie jest model przekonań zdrowotnych (HBM - *Health Belief Model*) opierający się na założeniu, iż przekonania dotyczące zdrowia są głównie wynikiem wiedzy na jego temat [Szołtysek, Nowak, 2016].

W polskiej literaturze fachowej, za Czerw [Czerw, 2012] pojęcie „zachowanie zdrowotne" pojawiło się pod koniec lat 70-tych w kontekście jakikolwiek zachowań w obszarze zdrowia, w tym nawyków, postaw, zwyczajów, uznawanych wartości przez pojedyncze osoby i grupy społeczne.

Wyznacza się trzy aspekty ujmowania tych zachowań [Czerw, 2012]:

- I - zachowanie zdrowotne traktowane jest jako celowe działanie, każda forma celowej aktywności zorientowanej na ochronę/poprawę zdrowia i obejmującej profilaktykę, diagnozę oraz terapię
- II - uwaga skupiona jest na skutkach podejmowanych decyzji, a zachowania identyfikuje się na podstawie wyników badań epidemiologicznych, jasno pokazujących relacje pomiędzy kondycją organizmu, a konkretnymi działaniami, jak np. aktywność fizyczna, konsumpcja używek, dieta
- III – zwraca się uwagę na istotę wzajemnych relacji, jakie zachodzą pomiędzy zakresem i formą wiedzy posiadaną przez jednostkę na temat zdrowia a jej zachowaniem.

W piśmiennictwie [Baggozi, Edwards, 1998; Bandura, 1976; Bandura, 1986; Becker, Rosenstock, 1987; De Vries i wsp., 2003; Heszen, Sęk, 2007; Łuszczyńska, 2004; Prochaska, Di Clemente, 1983; Majchrowska, 2003; Prochaska i wsp., 1992; Rogers, 1983; Sandvik i wsp., 2007; Schwarzer, 2001; Schwarzer, 2008], modele zmierzające do wyjaśnienia podejmowania i utrzymywania zachowań zdrowotnych dzieli się, na grupy:

- fazowe - zwracające uwagę na czynniki, które powodują podjęcie i utrzymanie danego zachowania.
- motywacyjne (opisujące takie czynniki, które mogą wpływać na pojawienie się chęci zmiany zachowania)
- postintencjonalne (skupiające się na realizacji intencji, proces kształtowania zachowań i ich modyfikacja powiązane są z procesem motywacyjnym (przygotowanie do wprowadzenia zmiany i zakończenie sformułowaniem intencji) oraz procesem działania (wdrożenie zaplanowanego działania i jego utrwaleniem
- społeczno - poznawcze (zwracające uwagę na społeczne uczenie się zachowań i przekonania jednostki)

Model fazowy (transteoretyczny i stadialny), za Heszen, Sęk [Heszen, Sęk, 2007], stworzono dla celów mierzenia procesu psychoterapii, do opisu oraz badania zmian myślenia i zachowania zachodzącego w stadiach:

- kontemplacji – osoba dowiaduje się, że praktykowane przez nią zachowanie jest szkodliwe dla zdrowia, a zdobywana wiedza stanowi podstawę rozważań nad zmianą zachowania
- podjęcia aktywności – wdrażane zostają nowe, prozdrowotne zachowania, dochodzi do zmiany otoczenia, zdobywania nowych doświadczeń, utrzymania korzystnych zachowań zdrowotnych, rozpoczyna się po sześciu miesiącach od podjęcia działań, zachowania prozdrowotne są utrwalone, stają się elementem stylu życia
- prekontemplacji – osoba nie jest w ogóle świadoma istnienia problemów wynikających z zachowań ryzykownych dla zdrowia
- przygotowania do działania – wzrasta świadomość skutków zachowań antyzdrowotnych a maleje przyjemność z ich praktykowania, trwa około jednego miesiąca
- stadium nawrotu – kiedy przy braku wsparcia, następuje powrót do zachowań szkodliwych.

Z kolei Schwarzer [Schwarzer, 2008] wyróżnia siedem faz zmian zachowania:

1. nieświadomość zagrożenia (kiedy człowiek nie jest świadomy szkodliwości danego zachowania)
2. brak zaangażowania (istnienie świadomości szkodliwości zachowania, ale jednocześnie brak reakcji)

3. podejmowanie decyzji o działaniu (analizowanie zysków i strat dotyczących podejmowanej decyzji o zmianie zachowania)
4. podjęcie decyzji o braku zmiany zachowania
5. podjęcie decyzji o zmianie zachowania
6. działanie (inicjacja zachowania)
7. utrzymywanie działania.

Za modele motywacyjne uważa się:

- model przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model*) - opierający się na założeniu, iż wszelkie przekonania dotyczące zdrowia są przede wszystkim wynikiem wiedzy na jego temat [Becker, Rosenstock, 1987]
- teorię ochrony motywacji (*Protection Motivation Theory*) – sugerującą, iż ludzie, aby podjąć decyzje lub działania dotyczące zmiany zachowania potrzebują jakiegoś sygnału. Dana osoba rejestruje informacje o zagrożeniu zdrowotnym, a to daje początek ocenie zagrożenia (*threat appraisal*) oraz możliwości poradzenia sobie z nim (*coping appraisal*), bowiem w procesie reagowania na zagrożenie zdrowotne jedną ze zmiennych jest postrzeganie własnej skuteczności (*perceived self-efficacy*) [Rogers, 1983]
- teorię umotywowanego działania (*Theory of Reasoned Action*) oraz teorię zaplanowanego zachowania (*Theory of Planned Behaviour*), opierające się o hipotezę twierdzącą, że najlepszym czynnikiem prognozującym zachowanie jest cel behawioralny, zakładający, że ludzie zachowują się rozsądnie i biorą pod uwagę dostępne informacje o sytuacji oraz rozważają konsekwencje swoich zachowań. Podkreśla się, iż model ten nie mówi jednoznacznie o własnej skuteczności jako o czynniku występującym w celu zmiany zachowania, ale można doszukać się jej elementów np. w wyznacznikach intencji (w ocenie podjęcia zachowania) [Ajzen, Fishbein, 1980].

W grupie modeli postintencjonalnych wyróżnia się modele:

- podejścia procesualnego do zmiany zachowań zdrowotnych (HAPA - *Health Action Process Approach),* zakładającego takie fazy zmian zachowania, jak motywacyjna i wolicjonalna oraz samoskuteczność (zmienna dotycząca obu faz). W modelu dokonano uszczegółowienia roli własnej skuteczności, przy założeniu o istnieniu specyficznych rodzajów własnej skuteczności dotyczącej np. inicjowania działania (*preaction self-efficacy*), utrzymania działania (*maintenanceself-efficacy*) oraz

ograniczenia nawrotów (*recovery self-efficacy*) [Schwarzer, 2001]

- rozpoczynania działania (*Goal Setting Pursuit*) - opisujący zmienne zwiększające szanse na wystąpienie zachowania, przy czym na decyzję próbowania zmiany (kluczowy etap rozpoczynania zachowania), wywiera wpływ między innymi poczucie własnej skuteczności [Baggozi, Edwards, 1998]
- transteoretyczny (TMM- *Transtheoretical Model)*, etapów zmian (*Stages of Change)* – gdzie wyróżnia się pięć stadiów w procesie zmiany zachowania, zależnych między innymi od: bilansu kosztów i zysków czy poczucia własnej skuteczności [Prochaska, Di Clemente, 1983; Prochaska i wsp., 1992].

W grupie modeli społeczno-poznawczych wyodrębnia się:

- model ASE de Vriesa i Mudde, będący połączeniem teorii społeczno - poznawczej, uzasadnionego działania i modelu transteoretycznego, a którego głównym założeniem jest stwierdzenie, iż zachowanie można zrozumieć znając jego predyktory, takie jak, [De Vries i wsp., 2003]:
  - **A** - *attitudes* - postawy
  - **S** - *social influence* - wpływ społeczny
  - E - *efficacy* - samoskuteczność
- teorię społeczno - poznawczą Alberta Bandury, w której własna skuteczność stanowi podstawę motywacji i działania, zaś inne czynniki mające wpływ na zachowanie, pełnią rolę swoistych drogowskazów/motywatorów zachowania, jednak są one „zakorzenione" we własnej skuteczności, jako podstawowe przekonanie o własnej mocy do osiągnięcia pożądanych rezultatów w zmianie swojego zachowania [Bandura, 1997; Bandura 1986]
- teorię samoskuteczności – która oparta jest na przekonaniu o kontroli swojego zachowania i własnej zdolności zorganizowania, w celu doprowadzenia do określonego i oczekiwanego przez siebie wyniku zmiany tego zachowania [Bandura, 1997; Bandura 1986].

Bandura [Bandura, 1997; Bandura 1986] wyróżnia cztery zasadnicze źródła informacji mające podstawowe znaczenie przy planowaniu oraz wdrażaniu działań z zakresu edukacji zdrowotnej, a sprzyjające budowaniu przekonania o własnej skuteczności, takie jak:

- doświadczenia obserwacji (*vicarious experiences*) – obserwacja udanych prób innych osób w otoczeniu i na tej podstawie budowanie oczekiwania co do własnej skuteczności

- osiągnięcia (*performance accomplishments*) - w wyniku doświadczenia własnych sukcesów (*mastery experiences*) zwrotne wzmacnianie początkowej motywacji do podejmowania zachowań, w tym zdrowotnych
- poziom pobudzenia emocjonalnego (*emotional arousal*) - słabe pobudzenie emocjonalne (niski poziom napięcia psychoruchowego, emocji takich jak np. lęk czy złość), które towarzyszą zachowaniu, dostarczają informacji o tym, że w danej sytuacji, poczucie kompetencji danej osoby (w tym samoskuteczności), jest wysokie
- słownej perswazji (*verbal persuasion*) – gdy źródłem informacji są rozmowy z autorytetami czy innymi ważnymi osobami.

Wybrane rodzaje zachowań zdrowotnych

W literaturze przedmiotu [Heneszen, Sęk, 2007; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011] wyróżnia się różne kryteria klasyfikacji zachowań zdrowotnych. Mogą to być np. zachowania wpływające na zdrowie, takie jak [Heneszen, Sęk, 2007]:

- prozdrowotne (prawidłowe) - podtrzymujące i utrwalające zdrowie osobnicze, a w konsekwencji zdrowie populacji (np. dbanie o bezpieczeństwo, racjonalne żywienie, właściwa higiena ciała i aktywność fizyczna, umiejętność radzenia sobie ze stresem, właściwe relacje między ludźmi, utrzymanie czystości otoczenia)
- antyzdrowotne (nieprawidłowe) - nie są związane z potrzebami organizmu i szkodzące zdrowiu od razu lub po upływie pewnego czasu (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, ryzykowne zachowania seksualne, używanie innych substancji psychoaktywnych).

Kolejne kryterium podziału zachowań zdrowotnych uwzględnia poziom świadomości, cel działania oraz poziom organizacji behawioralnej i w tym kontekście wyróżnia się zachowania [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011]:

- celowe czynności zdrowotne
- stabilne wzory zachowań pro- i antyzdrowotnych
- nawykowe.

Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011], zwracają uwagę, że w literaturze podkreśla się, iż zachowania nawykowe oraz stabilne wzory zachowań pro i antyzdrowotnych nabywa się w procesie socjalizacji i oddziaływań kulturowych (w tym np. mycie rąk, mycie zębów, mycie owoców przed jedzeniem, utrzymanie higieny najbliższego otoczenia i mieszkania, właściwe żywienie, odpowiednie

spędzanie wolnego czasu) i kształtują się one od najwcześniejszych lat, poprzez odpowiednie wychowanie w rodzinie, przedszkolu, potem w szkole, w wyniku tradycji oraz zwyczajów narodowych. Podejmowanie czynności celowych/intencjonalnych następuje natomiast na drodze świadomej decyzji człowieka, a w ich kształtowaniu istotną rolę odgrywa indywidualna świadomość oraz podmiotowe podejście. Najczęściej mają one charakter prozdrowotny i często powstają w sytuacji zmiany życiowej oraz rozwojowej, np. przygotowanie się do ciąży lub porodu [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011]. Intencjonalne zachowania antyzdrowotne występują rzadko, zwłaszcza u osób bardzo nisko wartościujących zdrowie i/lub naruszających je świadomie do realizacji innych celów (np. zawodowych) [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011].

Innym kryterium podziału zachowań zdrowotnych jest stan zdrowia, wobec którego podejmowane są określone zachowania. Wyodrębnia się tu, za Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011] rodzaje zachowań zdrowotnych rozwijające się w sytuacji:

- zdrowia (czynności promocyjne, profilaktyczne, jak np. wizyty stomatologiczne, szczepienia ochronne)
- choroby (działania związane z przyjmowaniem roli chorego, np. poszukiwanie pomocy, diagnozy i/lub z pełnieniem roli chorego, np. realizacja zaleceń lekarskich) oraz związane z samoleczeniem.

Następne kryterium to zachowania wynikające z pełnionej roli społecznej, do których zalicza się zachowania [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011]:

- rodzicielskie
  - zdrowotne (np. karmienie dziecka piersią)
  - antyzdrowotne (np. palenie papierosów w obecności dziecka)
- medyczne
  - prozdrowotne (czynności podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia - właściwe komunikowanie diagnozy)
  - antyzdrowotne (np. błędy jatrogenne).

Kolejne kryterium podziału zachowań zdrowotnych uwzględnia istotę zachowania, obszar życia oraz aktywność, stanowiące grupę zachowań [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011]:

- promocyjnych, związanych z dbaniem o zdrowie
- profilaktycznych, związanych z zapobieganiem chorobom.

Za kryterium podziału zachowań zdrowotnych, za Titkow [Titkow, 1990] uznawana jest także rola, jaką pełni człowiek zagrożony chorobą i w związku z tym wyróżnia się zachowania:

- mające na celu podtrzymanie zdrowia
- związane z przyjmowaniem roli chorego
- związanie z pełnieniem roli chorego.

Z kolei Rosenstock, za Titkow [Titkow, 1990], preferuje model obejmujący dwa rodzaje zmiennych (intelektualnych i emocjonalnych):

- psychologiczną gotowość do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia
- obszar, w którym poszczególne działania są oceniane jako korzystne dla redukowania zagrożeń.

Rosenstock, za Titkow [Titkow, 1990] przypisuje większe znaczenie zmiennym emocjonalnym i wyróżnia pośród nich następujące kategorie:

- podatność na odczuwane objawy chorobowe (jeden biegun stanowi osoba zaprzeczająca podczas wywiadu każdej możliwości, drugi - osoba aprobująca każdy objaw jako możliwość wystąpienia choroby)
- percepcje objawów rozumianą jako ocenę kliniczną skutków choroby (ograniczenia aktywności fizycznej i intelektualnej) oraz ocenę społecznych skutków choroby (wpływ choroby na społeczne relacje jednostki i jej pracę).

W piśmiennictwie [Puchalski, 1990; Heneszen, 2007; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011] często cytowana jest typologia zachowań zdrowotnych Kolbego, który za punkt wyjścia przyjął celowy aspekt zachowań zdrowotnych łącznie z dodatkowymi kryteriami, wyróżniając aktywność podejmowaną przez osobę:

- zdrową - w celu uzyskania wyższego poziomu swojego zdrowia (*wellness behaviour)*
- uważającą się za zdrową - w celu zapobieżenia chorobie lub wykryciu jej w asymptomatycznym stanie (*preventive health behaviour)*
- uważającą się za zdrową, ale znajdującą się w stanie zwiększonego ryzyka - dla określonego elementu zdrowia i ukierunkowaną na zapobieganie skutkom tych zagrożeń lub rozpoznaniu ich w asymptomatycznym stanie *(at-risk)*
- dostrzegającą u siebie chorobę - w celu określenia stanu zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych (*illness behaviour)*
- uważającą się za chorą

- w celu poprawy swojego stanu zdrowia, obejmującą minimalny udział terapeuty oraz niewielkie uzależnienie od otoczenia i ograniczanie przypisywanych jej zadań (*self - care behaviour)*
- w celu poprawy swojego stanu zdrowia przez podjęcie leczenia, pełne uzależnienie od otoczenia i ograniczenie zadań przypisanych osobie (*sick- role- behaviour).*

W literaturze fachowej wyróżnia się także [Puchalski, 1990; Heneszen, 2007; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011]:

- łączenie każdego z wyżej opisanych sześciu zadań podejmowanych przez człowieka w celu zabezpieczenia, utrzymania oraz poprawy zdrowia płodu/dziecka, za które dana osoba jest odpowiedzialna (*reproduktive behaviour)*
- działania podejmowane samodzielnie lub wspólnie z innymi osobami, za pomocą środków instytucjonalnych, prawnych lub ekonomicznych, mające na celu wpływanie na czynniki warunkujące zdrowie populacji (*health-relatet social action).*

Green oraz Kreuter, za Woynarowska [Woynarowska, 2007] wyróżnili trzy grupy czynników kształtujących zachowania zdrowotne:

- predysponujące - postawy, wartości, poglądy, zasób wiadomości
- umożliwiające jakość wykonywanych świadczeń, możliwość korzystania z ustalonych świadczeń medycznych, zdolność podejmowania czynności istotnych dla zdrowia, itp.
- wzmacniające - związane są z warunkami życia jednostki oraz normami obyczajowo–społecznymi (uznanie/dezaprobata zachowań jakie prezentuje dane środowisko rodzinne, koleżeńskie, medyczne lub placówka oświatowa).

Sęk [Sęk, 2000] za podstawowe kryteria klasyfikacji zachowań zdrowotnych uznała:

- poziom organizacji aktywności i świadomości – nawyki oraz intencjonalne czynności (celowe praktyki zdrowotne: dieta i ruch)
- stosunek do zdrowia, konsekwencje zdrowotne - zachowania prozdrowotne (aktywność fizyczna, dieta, sen) oraz zachowania antyzdrowotne (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, rywalizacja w pracy)
- sytuację zdrowotną - zachowania w sytuacji zdrowia (kontrolne badania) oraz zachowania w sytuacji choroby (spełnianie zaleceń lekarskich)
- treść zachowań – promocyjne (wspomaganie rozwoju, nawiązanie więzi) oraz prewencyjne (badania profilaktyczne, bezpieczny seks)

- zachowania zdrowotne wynikające z roli - rodzicielskie oraz medyczne zachowania pro- i antyzdrowotne.

W definicji WHO, za Kasperek [Kasperek, 1999], ważnym kryterium podziału zachowań prozdrowotnych są tzw. płaszczyzny zdrowia, czyli zdrowie:

- fizyczne - kojarzące się z higieną osobistą i higieną otoczenia, hartowaniem się (podnoszenie odporności), podejmowaniem ćwiczeń ruchowych, prawidłowym odżywianiem się
- psychiczne - utrzymujące się i udoskonalające dzięki różnym sposobom walki ze stresem, budowanie optymizmu, wiary we własne siły, zaufania do siebie, wysokiej samooceny
- społeczne - obejmujące działania ukierunkowane na rozwiązywanie konfliktów, nawiązywanie kontaktów społecznych, budowanie prawidłowych relacji pomiędzy jednostkami, wyposażenie w umiejętności komunikacji.

Jeszcze innym kryterium podziału zachowań jest podział na sfery (dziedziny życia ludzkiego), takie jak np. sen, spędzanie czasu wolnego, wypoczynek, praca, nauka, życie rodzinne i życie towarzyskie [Woynarowska 2007].

Heszen i Sęk [Heszen i Sęk, 1997] za zachowania zdrowotne uważa wszystkie aktywności, które w zależności od stanu zdrowia podmiotu są ukierunkowane na cele zdrowotne takie jak:

- utrzymanie dobrego samopoczucia
- działania profilaktyczne (ochrona zdrowia)
- zmniejszenie ryzyka utraty zdrowia
- aktywność osób już chorych, jaka jest podejmowana w celu określenia stanu zdrowia oraz uzyskania odpowiednich środków zaradczych
- aktywność osób chorych, która jest podejmowana w celu poprawy stanu zdrowia
- aktywność osób chorych, jaka jest ukierunkowana na poprawę stanu zdrowia poprzez podjęcie leczenia.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost udziału mediów w codziennym życiu człowieka [Serour i wsp., 2004].

Według danych z literatury [Vordermark i wsp., 2000; Szymczuk i wsp., 2011] nawet ponad 80% osób uzyskuje informacje na temat zdrowia poprzez media, co ewidentnie może niestety spowodować pogorszenie relacji personel medyczny - pacjent.

Pamiętać należy, że z jednej strony istnieją doniesienia, iż zdrowotne kampanie medialne sprzyjają zmianom stylu życia, korzystnie wpływając na kształtowanie zachowań prozdrowotnych, ale z drugiej strony, media dostarczają także treści niesprzyjających zdrowiu, a których przyswojenie może wywołać negatywne skutki (np. reklamy, promujące produkty alkoholowe czy papierosy) [Wakefield i wsp., 2010; Apollonio i Malone, 2009; Brown i Witherspoon, 2002].

Dominującym źródłem wszelkich informacji, w tym także o zdrowiu, staje się Internet, a na portalach społecznościowych (np. Facebook) powstają grupy użytkowników powiązanych stanem zdrowia. Z jednej strony funkcjonują serwisy uruchamiane przez medyczne towarzystwa naukowe zawierające profesjonalną, specjalistyczną wiedzę medyczną skierowaną zarówno do chorych, jak i zdrowych ludzi, a z drugiej powstają grupy wsparcia tworzone przez chorych z określoną jednostką chorobową, portale z poradami oraz portale promujące nowe, nie zawsze sprawdzone metody leczenia.

Zwraca się coraz częściej uwagę, iż w Internecie wzrasta liczba nieprawdziwych i wprowadzających w błąd informacji o zdrowiu. Zgodnie z danymi Instytutu Monitorowania Mediów jedynie w czerwcu 2017 roku w mediach społecznościowych znalazło się np. ok. 3,6 tys. publikacji dotyczących suplementów diety, których znikomy procent stanowiły wypowiedzi specjalistów [Felisiak, 2020].

Z kolei z raportu CBOS wynika, że aż 59% internautów sprawdza w sieci informacje uzyskane podczas wizyty u lekarza [Felisiak, 2020].

Cel pracy - ocena wpływu roli informacji związanych ze zdrowiem przekazywanych w mediach, w szczególności w Internecie, na decyzyjność w zakresie zachowań prozdrowotnych kobiet.

Cele szczegółowe:

- poznanie opinii badanych na temat wiarygodności informacji na temat zdrowia podawanych w mediach i Internecie
- ocena satysfakcji z życia respondentek
- ocena preferowanych zachowań zdrowotnych przez respondentki
- ocena zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją z życia, samooceną stanu zdrowia, częstością korzystania z opieki medycznej, mediów i Internetu, rodzajem preferowanych programów, stron i portali społecznościowych, wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem materialnym

Pytania badawcze

1. Czy respondentki uważają za wiarygodne informacje na temat zdrowia podawane w mediach i Internecie?
2. Czy istnieje zależność pomiędzy informacjami związanymi ze zdrowiem przekazywanymi w mediach i Internecie a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych?
3. Jaka jest ocena satysfakcji z życia respondentek?
4. Jakie są preferowane zachowania zdrowotne respondentek, jak często korzystają z pomocy medycznej i czy zawsze stosują się do zaleceń lekarza?
5. Czy istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją z życia, wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem materialnym, samooceną stanu zdrowia i stosowaniem się do zaleceń lekarza?
6. Czy istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a częstością korzystania z mediów i Internetu, rodzajem preferowanych programów, stron i portali społecznościowych?

Hipotezy badawcze

1. Respondentki uważają za wiarygodne informacje na temat zdrowia podawane w mediach i Internecie
2. Istnieje zależność pomiędzy informacjami związanymi ze zdrowiem przekazywanymi w mediach i Internecie, a podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi.
3. Respondentki są raczej zadowolone ze swojego życia.

4. Preferowane zachowania zdrowotne respondentek są wysokie, a badane korzystają z pomocy medycznej jak tylko zaistnieje taka potrzeba i najczęściej stosują się do zaleceń lekarza.
5. Istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją z życia, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem materialnym, samooceną stanu zdrowia i stosowaniem się do zaleceń lekarza.
6. Istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a częstością korzystania z mediów i Internetu, rodzajem preferowanych programów, stron i portali społecznościowych.

Aspekt praktyczny

Mając na uwadze zasięg Internetu i innych mediów oraz ich ciągle rozwijające się funkcjonalności i coraz bardziej mobilny dostęp, potrzebne wydaje się, w celu skutecznej edukacji zdrowotnej, systematyczne kontrolowanie jego przestrzeni.

Wyniki badania pokazały w jakim zakresie Internet i media odgrywają rolę w promowaniu zachowań prozdrowotnych i jak można przygotować jego użytkowników do poszukiwania rzetelnych informacji sprzyjających zdrowiu.

MATERIAŁ I METODA

Dane ogólne

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody:

- Komisji Bioetycznej R-I-002/174/2019 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
- Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania zasadnicze poprzedzono badaniami pilotażowymi w grupie 50. osób, w celu sprawdzenia jasności zawartych w kwestionariuszu ankietowym pytań.

Zasadnicze badania przeprowadzono w grupie 333 kobiet, studentek kierunków medycznych Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB oraz Uniwersytetu Zdrowego Seniora i Uniwersytetu Profilaktyki Psychogeriatrycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB.

Dobór próby był celowy. Badaniu poddano wyłącznie grupę kobiet z uwagi na fakt, że kobiety są bardziej niż mężczyźni podatne na treści prezentowane w mediach, a studentki kierunków medycznych i uniwersytetów zdrowotnych seniora powinny mieć prawidłowo ukształtowane zachowania prozdrowotne. Kryterium włączenia do badania była płeć – kobieta oraz chęć udziału w badaniu.

Rozdano 350 ankiet i zwrotnie uzyskano 333 ankiety.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- autorskiego kwestionariusza ankietowego
- standaryzowanej Skali Zasobów Materialnych Rodziny (FAS)
- standaryzowanej Skali Oceny Stopnia Satysfakcji z Życia (SWLS)
- standaryzowanego Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Szczegółowy opis narzędzi badawczych

Autorski kwestionariusz

Pierwsza część kwestionariusza składała się z siedmiu pytań dotyczących wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, o to z kim zamieszkuje badana, wykształcenia, statusu zawodowego. Kolejne z 39 pytań dotyczyło zasadniczej tematyki doktoratu.

Na początku każdej ankiety zamieszczona była informacja o tym, iż:

- ma ona charakter anonimowy

- wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostaną uogólnione i wykorzystane w opracowaniu do napisania rozprawy doktorskiej
- badanie pozwoli na zebranie opinii na temat poszukiwania informacji zdrowotnych w mediach i Internecie
- opinie badanych pozwolą na pokazanie zależności pomiędzy informacjami przekazywanymi w mediach i Internecie a podejmowaniem zachowań zdrowotnych
- udział w badaniu jest dobrowolny
- przystąpienie do badania ankietowego jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na wypełnienie ankiety
- w każdej chwili, bez względu na etap badania, badany ma prawo rezygnacji.

Skala zasobów materialnych rodziny *(FAS - Familly Afluence Scale)*

W ocenie zasobów materialnych rodziny FAS (ang. *Family Affluence Scale*), uwzględnione są cztery pytania [Mazur, 2013, Stalmach i wsp., 2013]:

- *Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (np. typu van)?*
- *Czy masz własny pokój dla Twojego wyłącznego użytku?*
- *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś ze swoją rodziną na wakacje lub święta poza miejsce zamieszkania?*
- *Ile komputerów należy do Twojej rodziny?*

Za odpowiedź „Nie” - przyznawano 0 pkt., za „Tak” - 1 pkt., a za „Dwa i więcej” - 2 pkt.. Poziom FAS uważa się za:

- bardzo niski: wynik 0-1 punktów
- niski: wynik 2-3 punktów
- przeciętny: wynik 4-5 punktów
- wysoki: powyżej 6 punktów [Mazur, 2013, Stalmach i wsp., 2013].

Skala Satysfakcji z Życia - SWLS - *The Satisfaction With Life Scale, Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego,* wersja dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami

Skala zawiera pięć stwierdzeń, a badany oceniał, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie [Juczyński, 2012]:

- 1 - oznaczało - zupełnie nie zgadzam się

- 2 - nie zgadzam się
- 3 - raczej nie zgadzam się
- 4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam
- 5 - raczej zgadzam się
- 6 - zgadzam się
- 7 - całkowicie zgadzam się.

Oceny jakie uzyskał badany podlegały sumowaniu, a ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mógł mieścić się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym wyższy wynik świadczył o większym poczuciu satysfakcji z życia [Juczyński, 2012]:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

W interpretacji wyniku zastosowano także skalę stenową, gdzie:

- 1 sten – 5-9 pkt.
- 2 steny – 10-11 pkt.
- 3 steny – 12-14 pkt.
- 4 steny – 15-17 pkt.
- 5 stenów – 18-20 pkt.
- 6 stenów – 21-23 pkt.
- 7 stenów – 24-26 pkt.
- 8 stenów – 27-28 pkt.
- 9 stenów – 29-30 pkt.
- 10 stenów – 31-35 pkt.

Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena - traktowane są jako wyniki niskie
- 7 - 10 stena - jako wysokie
- 5 i 6 stena - jako przeciętne.

Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) SWLS wynosi 0,81, zaś wskaźnik stałości skali - 0,86 [Juczyński, 2012].

Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem i pozwalające ustalić ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii tych zachowań w ostatnim roku [Juczyński, 2012]:

- prawidłowe żywienie (uwzględniające głównie rodzaj spożywanej żywności) - uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce)
- zachowania profilaktyczne (dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby)
- praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i wypoczynku oraz aktywności fizycznej)
- pozytywne nastawienie psychiczne - włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych.

Badany zaznaczał, jak często wykonywał podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej:

- prawie nigdy
- rzadko
- od czasu do czasu
- często
- prawie zawsze.

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zliczano celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów, przy czym im wyższy wynik uzyskiwał badany, tym większe było nasilenie deklarowanych przez niego zachowań zdrowotnych.

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane, podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową.

Przyjęto traktować wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena - jako wyniki niskie,
- 5 i 6 stena - jako przeciętne,
- 7 - 10 stena - jako wysokie.

Ponadto oddzielnie obliczano nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych, a wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6.

Klucz diagnostyczny do oceny poszczególnych kategorii zachowań to:

- Prawidłowe nawyki żywieniowe - 1,5, 9,13,17,21
- Zachowania profilaktyczne - 2, 6, 10, 14, 18, 22
- Pozytywne nastawienia psychiczne - 3, 7, 11, 15, 19, 23
- Praktyki zdrowotne - 4, 8, 12, 16, 20, 24.

Zgodność wewnętrzna IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. W badaniu test-retest, uzyskano wskaźnik korelacji 0,88 [Juczyński, 2012].

Charakterystyka grupy badanej

Analiza dotyczyła zbiorowości 333 kobiet w zróżnicowanym wieku, przy czym znacząca część respondentek to osoby w wieku 20-30 lat (42,6%). Wyniki obrazuje Tabela I.

Większość ankietowanych stanowiły osoby w stanie wolnym, w związku małżeńskim było tylko 27,9% kobiet. Wyniki obrazuje Tabela I.

W mieście mieszkało 76,9% kobiet. Dominowały osoby mieszkające z bliższą lub dalszą rodziną (56,1%). Wyniki obrazuje Tabela I.

Najwięcej badanych miało wykształcenie średnie (64,3%) i wyższe (32,4%). Wyniki obrazuje Tabela I.

Na podstawie kwestionariusza FAS, w którym ankietowane osoby dokonały opisu swoich zasobów materialnych, dokonano podziału na trzy grupy:

- osoby o niskim statusie majątkowym,
- średnio zamożne,
- bardzo zamożne.

W badanej grupie najwięcej było osób średnio zamożnych (44,7%), 33,6% miało niski status materialny, a 21,6% - status wysoki.

Tabela I. Dane demograficzne badanych kobiet

	Liczność	**Procent**
Wiek [lata]		
<20	51	15,3%
20-30	142	42,6%
31-40	25	7,5%
41-50	43	12,9%
51-60	12	3,6%
61-70	30	9,0%
>70	30	9,0%
Stan cywilny		
	Liczność	**Procent**
panna	196	58,9%
mężatka	93	27,9%
wdowa	25	7,5%
po rozwodzie	17	5,1%
w separacji	2	0,6%
Miejsce zamieszkania		
	Liczność	**Procent**
wieś	77	23,1%
miasto	256	76,9%
Zamieszkanie		
	Liczność	**Procent**
samotnie	89	26,7%
ze współmałżonkiem	40	12,0%
z rodziną	187	56,1%
tylko z dziećmi	17	5,1%
inne	153	45,9%
Wykształcenie		
	Liczność	**Procent**
wyższe	108	32,4%
średnie	214	64,3%
zawodowe	10	3,0%
podstawowe	1	0,3%
Status zawodowy		
	Liczność	**Procent**
praca umysłowa	71	21,3%
praca fizyczna	23	6,9%
studiuję	184	55,3%
emeryt	55	16,5%

Analiza statystyczna

W części opisowej dokonano charakterystyki badanej zbiorowości w postaci tabel zawierających rozkład procentowy wybranych cech lub wartości wybranych statystyk opisowych dla cech liczbowych (głównie miar psychometrycznych – SWLS i IZZ).

Weryfikacja części hipotez badawczych wymagała analizy zależności pomiędzy różnymi cechami, przy czym dobór metody statystycznej zależał od charakteru porównywanych cech.

1. W przypadku, gdy obie cechy miały charakter nominalny (tekstowy) analiza polegała na zestawieniu procentowego rozkładu wariantów jednej cechy w porównywanych grupach i ocenie istotności różnic pomiędzy nimi za pomocą testu niezależności chi-kwadrat. Test niezależności chi-kwadrat jest najpopularniejszym testem statystycznym służącym do badania zależności między dwiema cechami zmierzonymi na skali nominalnej. W teście tym stawiana jest hipoteza zerowa, że wystąpienie wariantu jednej cechy nie zależy od wariantu przyjmowanego dla drugiej cechy (cechy są niezależne). W hipotezie alternatywnej zakładane jest, iż cechy są ze sobą powiązane. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego *p* pozwalają hipotezę zerową odrzucić i wnioskować o istnieniu zależności w całej populacji pomiędzy dwiema rozważanymi cechami.
2. Badanie związku pomiędzy cechą nominalną (np. płeć, miejsce zamieszkania) a cechą liczbową polegało na zestawieniu wartości statystyk opisowych cechy liczbowej w porównywanych grupach. Oceny istotności różnic pomiędzy porównywanymi grupami w rozkładzie cechy liczbowej dokonywano za pomocą:
   - dla dwóch grup – testu *t* dla prób niezależnych, za pomocą którego porównuje się wartości przeciętne cechy liczbowej w dwóch populacjach (na przykład poziom zachowań zdrowotnych w populacji osób mieszkających na wsi i w mieście). W teście *t* stawia się hipotezę zerową, według której przeciętny poziom badanej zmiennej w obu populacjach jest identyczny. Wyliczona na podstawie danych empirycznych wartość prawdopodobieństwa testowego *p* określa „szansę" wystąpienia zmierzonych wartości, jeżeli pomiędzy obiema grupami faktycznie nie ma żadnych różnic. W związku z tym, gdy wartości *p* są niewielkie, możemy odrzucić hipotezę zerową i wnioskować o znamiennych różnicach w poziomie badanej cechy pomiędzy obiema grupami. Kierunek tych różnic ustalamy porównując wartości średnie rozważanej cechy w obu grupach [Stanisz, 2001].
   - dla trzech lub więcej grup – testu analizy wariancji (ANOVA), który służy do porównywania rozkładu cechy liczbowej w kilku grupach i jest uogólnieniem omówionego powyżej testu *t*. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego *p* pozwalają stwierdzić, iż czynnik grupujący różnicuje przeciętny poziom rozważanej cechy liczbowej.

3. Analiza zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi (porządkowymi) polegała na wyznaczeniu wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (R) i wykonaniu testu istotności statystycznej badanej zależności. W ten sposób badano na przykład zależności pomiędzy wykształceniem, oceną zachowań zdrowotnych czy satysfakcją z życia z miarami zachowań zdrowotnych z kwestionariusza IZZ. Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału –1 do 1. Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykrywa" zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej). O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika, a znak o jego kierunku. Przykładowo, współczynniki korelacji 0,9 czy –0,9 świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji:
   - $|R| < 0{,}3$ – brak korelacji;
   - $0{,}3 \leq |R| < 0{,}5$ – słaba korelacja;
   - $0{,}5 \leq |R| < 0{,}7$ – przeciętna korelacja;
   - $0{,}7 \leq |R| < 0{,}9$ – silna korelacja;
   - $0{,}9 \leq |R| \leq 1$ – bardzo silna korelacja;

Wyniki analizy korelacji są uzupełniane rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku.

Wszystkie wyżej wymienione testy statystyczne służą do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem. Bardzo dużym ułatwieniem interpretacji wyników wszystkich testów statystycznych jest fakt, że ich rezultatem jest zawsze tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjmuje się przy tym następujące, powszechnie uznawane reguły:

- gdy $p \geq 0{,}05$ mówimy o braku podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznacza, że testowana różnica, zależność, efekt nie jest znamienny statystycznie;
- gdy $p < 0{,}05$ mówimy o statystycznie istotnej zależności (oznaczamy ten fakt za pomocą *);

- $p < 0{,}01$ to wysoce istotna zależność (**);
- $p < 0{,}001$ to bardzo wysoko istotna statystycznie zależność (***).

Wyniki porównań międzygrupowych liczbowych miar IZZ zilustrowano za pomocą wykresu typu ramka-wąsy, na którym zaznaczono wartość średnią w porównywanych grupach, 95% przedział ufności dla wartości przeciętnej oraz tzw. typowy przedział zmienności.

WYNIKI

Samoocena stanu zdrowia

W samoocenie stanu zdrowia przez ankietowane łącznie 70,6% z nich oceniło swoje zdrowie jako dobre (51,1%) lub bardzo dobre (19,5%). Wyniki obrazuje Tabela II.

Tabela II. Samoocena stanu zdrowia przez badane

Ocena stanu zdrowia	Liczność	Procent
bardzo dobry	65	19,5%
Dobry	170	51,1%
taki sobie	73	21,9%
Zły	21	6,3%
bardzo zły	4	1,2%

Z opieki medycznej wtedy, kiedy zaistniała taka potrzeba korzystało 46,5% kobiet. Inne występujące częściej odpowiedzi, to korzystanie z porad lekarza kilka razy w roku (25,8%) lub raz na pół roku – 14,7%. Wyniki obrazuje Tabela III.

Tabela III. Częstość korzystania z opieki medycznej

Częstość korzystania z opieki medycznej	Liczność	Procent
kilka razy w tygodniu	2	0,6%
kilka razy w miesiącu	12	3,6%
raz w miesiącu	22	6,6%
raz na pół roku	49	14,7%
kilka razy w roku	86	25,8%
zawsze w razie potrzeby	155	46,5%
różnie z tym bywa	7	2,1%

Do zaleceń lekarza zawsze stosowało się 53,8% badanych, a czasami robiło to 42,6% kobiet. Wyniki obrazuje Tabela IV.

Tabela IV. Stosowanie się do zaleceń lekarza

Stosowanie się do zaleceń lekarza	Liczność	Procent
Zawsze	179	53,8%
Czasami	142	42,6%
Nie	3	0,9%
sama decyduje o wyborze leku	6	1,8%
różnie z tym bywa	3	0,9%

W razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych najwięcej respondentek stosowało domowe sposoby terapii (52,3%) lub leki dostępne bez recepty (47,7%). Informacji w Internecie szukało 23,4% badanych, na portalach społecznościowych – 3%, a 0,6% w serialach medycznych. Wyniki obrazuje Tabela V.

Tabela V. Postępowanie w razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych

Postępowanie w razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych	Liczność	Procent[1)]
stosowanie domowych sposobów	174	52,3%
stosowanie leków bez recepty	159	47,7%
wizyta u lekarza i stosowanie przepisanych leków	105	31,5%
szukanie informacji wśród rodziny	81	24,3%
szukanie informacji w Internecie	78	23,4%
przeczekiwanie dolegliwości	63	18,9%
szukanie informacji wśród znajomych	34	10,2%
stosowanie medycyny niekonwencjonalnej	14	4,2%
szukanie informacji na portalach społecznościowych	10	3,0%
szukanie informacji w serialach medycznych	2	0,6%
różnie z tym bywa	18	5,4%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

W ciągu ostatnich sześciu miesięcy tylko 11,4% badanych nie stosowało żadnych leków, a 45,6% przyjmowało leki dostępne na receptę i bez recepty. Wyniki obrazuje Tabela VI.

Tabela VI. Stosowanie leków w ostatnim półroczu

Stosowanie leków w ostatnim półroczu	Liczność	Procent
Nie	39	11,4%
tylko na receptę	33	9,9%
tylko bez recepty	83	24,9%
leki na receptę i bez	153	45,9%
tylko środki naturalne	22	6,6%
różnie z tym bywa	3	1,2%

Informacje o tematyce zdrowotnej w mediach

W tej części poddano analizie pytania dotyczące różnych źródeł informacji o zdrowiu, lekach, metodach terapii ze szczególnym uwzględnieniem oceny jakości wiedzy dostępnej w różnego rodzaju mediach.

Jeśli chodzi o źródło wiedzy na temat leków, to najczęściej był nim lekarz (57,7% przypadków). Okazało się jednak, że 24,6% osób czerpało jednak wiedzę z Internetu, z portali społecznościowych – 4,8% i z telewizji – 4,5%. Wyniki obrazuje Tabela VII.

Tabela VII. Źródła wiedzy o lekach zażywanych w ostatnim półroczu

Źródła wiedzy o lekach zażywanych w ostatnim półroczu	Liczność	Procent[1)]
lekarz	192	57,7%
Internet	76	24,6%
farmaceuta	70	21,0%
rodzina	66	19,8%
znajomi	21	6,3%
pielęgniarka	11	3,3%
praca	8	2,4%
portale społecznościowe	16	4,8%
telewizja	15	4,5%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Zupełnie inaczej wyglądał ranking źródeł wiedzy o zdrowiu. W tej kwestii ewidentnie dominował Internet (54,4%), lekarz (51,1%) i już w dużo mniejszym stopniu – książki (24,3%), rodzina (23%). Pozostałe źródła informacji występują dużo rzadziej – w szczególności media inne niż Internet. Wyniki obrazuje Tabela VIII.

Tabela VIII. Źródła wiedzy o zdrowiu

Źródła wiedzy o zdrowiu	Liczność	Procent[1)]
Internet	181	54,4%
lekarz	170	51,1%
książki	81	24,3%
rodzina	76	22,8%
farmaceuta	54	16,2%
pielęgniarka	42	12,6%
znajomi	39	11,7%
telewizja	37	11,1%
ulotki	29	8,7%
prasa	25	7,5%
Inne	22	6,6%
medyczne seriale filmowe	15	4,5%
portale społecznościowe	11	3,3%
Radio	7	2,1%
reklamy	4	1,2%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Wnioski z poprzedniego pytania znajdują swoje potwierdzenie w kolejnej prezentacji wyników. Jako najlepsze i najczęściej wykorzystywane źródło informacji na temat zdrowego stylu życia 86,5% badanych wskazało Internet. Wyniki obrazuje Tabela IX.

Tabela IX. Opinie o mediach, w których można znaleźć informacje na temat zdrowego stylu życia

W jakich mediach można znaleźć informacje na temat zdrowego stylu życia	Liczność	Procent[1)]
Internet	240	86,5%
telewizja	56	16,8%
prasa	51	15,3%
portale społecznościowe	36	10,8%
medyczne seriale filmowe	25	7,5%
radio	8	2,4%
różnie z tym bywa	7	2,1%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

W opinii ankietowanych osób, na atrakcyjność przekazu medialnego wpływa przede wszystkim strona wizualna (grafika, kolorystyka) - 56,5%, pojawianie się w nim znanych osób – 39,3% oraz muzyka – 38,1%. Wyniki obrazuje Tabela X.

Tabela X. Czynniki wpływające na atrakcyjność przekazu medialnego

Czynniki wpływające na atrakcyjność przekazu medialnego	Liczność	Procent[1)]
grafika	188	56,5%
znane osoby	131	39,3%
muzyka	127	38,1%
kolorystyka	88	26,4%
ulotki	33	9,9%
producent programu	22	6,6%
różnie z tym bywa	59	17,7%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Ankietowane kobiety raczej rzadko (70,3%) kupowały czasopisma i nie czytały artykułów o zdrowiu (37,5% badanych). Z pomysłów zaczerpniętych z artykułów, ale tylko tych, które badane interesowały, korzystało 52,5% badanych Wyniki obrazuje Tabela XI.

Niewiele respondentek podało tematykę czytanych artykułów. Najczęściej były to publikacje na temat zdrowego stylu życia, wybranych chorób, problemów ginekologicznych i zdrowego odżywiania się oraz medycyny praktycznej. Pozostałe tematy były podawane przez co najwyżej 2-3 osoby. Najczęściej z czytanych artykułów czerpały badane pomysły

odnośnie zdrowego stylu życia i żywienia. Badane najczęściej kupowały czasopisma tzw. „kobiece" (3%), Gazetę Wyborczą (1,5%), prasę informacyjną, czasopisma naukowe i poradnik 100 rad (po 1,2%) Wyniki obrazuje Tabela XI.

Tabela XI. Opinie badanych o korzystaniu z czasopism jako źródła informacji o zdrowiu

	Liczność	**Procent**
Częstość kupowania czasopism		
codziennie	1	0,3%
kilka razy w tygodniu	15	4,5%
w wybrane dni tygodnia	58	17,4%
nie kupuję	234	70,3%
różnie z tym bywa		7,5%
Czytanie artykułów o zdrowiu		
wszystkie	45	13,5%
niektóre	148	44,4%
codzienne	15	4,5%
nie czytam	125	37,5%
Tematyka artykułów		
zdrowy styl życia	19	5,7%
choroby, ich etiologia i przebieg	11	3,3%
ginekologia i położnictwo	9	2,7%
zdrowe odżywianie	8	2,4%
medycyna praktyczna	7	2,1%
ciekawostki chirurgiczne i urazy	3	0,9%
zdrowie psychiczne	3	0,9%
zielarstwo i ziołolecznictwo	2	0,6%
diabetologia	1	0,3%
jakość życia pacjentów w hospicjum domowym	1	0,3%
terapia przeciwpłytkowa w ostrym zawale	1	0,3%
Korzystanie z pomysłów zaczerpniętych z artykułów		
ze wszystkich	6	1,8%
tylko tych, które mnie interesują	175	52,5%
wcale nie korzystam	141	42,3%
różnie z tym bywa	11	3,3%
Problematyka z której badane czerpały pomysły ad zachowania		
zdrowy styl życia i żywienia	22	6,6%
domowe sposoby na problemy zdrowotne	5	1,5%
dobre porady	2	0,6%
ginekologia	2	0,6%
medycyna praktyczna	2	0,6%
ziołolecznictwo	2	0,6%

badania profilaktyczne	1	0,3%
jak zatrzymać arytmię albo obniżyć ciśnienie bez leków	1	0,3%
jazda na rowerze	1	0,3%
ograniczenie niebieskiego światła przed snem	1	0,3%
picie dwóch litrów wody dziennie	1	0,3%
picie rano wody z cytryną, imbirem, kurkumą	1	0,3%
problemy przy porodzie i laktacji	1	0,3%
środki pielęgnujące paznokcie - ciepła oliwa	1	0,3%
wychowanie dzieci, rozwój osobisty, radzenie sobie ze stresem	1	0,3%

Kupowane czasopisma

Tytuły/typ czasopism	Liczność	%[1)]	Tytuły czasopism	Liczność	%[1)]
kobiece	10	3,0%	Party	1	0,3%
Gazeta Wyborcza	5	1,5%	chrześcijańskie	1	0,3%
Angora	4	1,2%	Kuchnia	1	0,3%
informacyjne	4	1,2%	Wprost	1	0,3%
naukowe	4	1,2%	Sekrety Medycyny	1	0,3%
100 Rad	4	1,2%	Focus	1	0,3%
Zwierciadło	3	0,9%	regionalne	1	0,3%
Cosmopolitan	3	0,9%	To & Owo TV	1	0,3%
modowe	3	0,9%	LEGO	1	0,3%
Świat Wiedzy	3	0,9%	Glamour	1	0,3%
Porady	3	0,9%	plotkarskie	1	0,3%
Słowo Podlasia	3	0,9%	Poradnik Domowy	1	0,3%
Pani	2	0,6%	Działkowiec	1	0,3%
Tele Tydzień	2	0,6%	Moda na Zdrowie	1	0,3%
Claudia	2	0,6%	Magazyn 60	1	0,3%
medyczne	2	0,6%	Wiedza i Życie	1	0,3%
Polityka	2	0,6%	Świat Nauki	1	0,3%
Wysokie Obcasy	2	0,6%	Rewia	1	0,3%
Twój Styl	2	0,6%	Świat i Ludzie	1	0,3%
Charaktery	2	0,6%	Super Express	1	0,3%
Kurier Poranny	2	0,6%	Kurier Warszawski	1	0,3%
Zdrowie	2	0,6%	Dobre Rady	1	0,3%
Fakt	2	0,6%	Wspólnota	1	0,3%
Gość Niedzielny	2	0,6%	Życie na Gorąco	1	0,3%
Nasz Dziennik	2	0,6%	Sens	1	0,3%
Pielęgniarka i Położna	1	0,3%	Psychologia	1	0,3%
diabetologiczne	1	0,3%			
Na Ratunek	1	0,3%			
Public Health	1	0,3%			
Enigma	1	0,3%			

Kolejna analiza dotyczyła oglądania telewizji, ze szczególnym uwzględnieniem programów o tematyce zdrowotnej. Większość ankietowanych kobiet (39,3%) oglądała telewizję, najczęściej codziennie. Wybrane programy o tematyce zdrowotnej preferowało 47,7% badanych, ale 51,1% twierdziło, że nie korzysta wcale z pomysłów w nich prezentowanych, a jeżeli już to o zdrowym odżywianiu (1,2%). Najczęściej oglądanym programem medycznym był „36,6ºC" – 7%. Wyniki obrazuje Tab. XII.

Tabela XII. Opinie badanych o korzystaniu z programów telewizyjnych jako źródła informacji o zdrowiu

	Liczność	**Procent**
Częstość oglądania telewizji		
codziennie	131	39,3%
kilka razy w tygodniu	69	20,7%
w wybrane dni tygodnia	63	18,9%
rzadziej	12	3,6%
wcale	58	17,4%
Oglądanie programów o zdrowiu		
wszystkie	4	1,2%
tylko niektóre	159	47,7%
codziennie	9	2,7%
nie oglądam	141	42,3%
różnie z tym bywa	11	7,0%
Korzystanie z pomysłów zaczerpniętych z programów		
ze wszystkich	3	0,9%
interesujących mnie	112	33,6%
wcale	170	51,1%
różnie z tym bywa	20	14,4%
Programy z których badane korzystały z pomysłów w nich zawartych		
zdrowe odżywianie	4	1,2%
jak dbać o zdrowie	3	0,9%
porady	2	0,6%
fizjoterapia, masaż	1	0,3%
gimnastyka kręgosłupa	1	0,3%
jaskra	1	0,3%
naturalne sposoby na odporność	1	0,3%
radzenie sobie ze stresem	1	0,3%
Programy o tematyce zdrowotnej oglądane przez badane		
36,6	11	7,0%
Wiem, co jem i wiem, co kupuję	7	2,1%
36,6 i Wiem, co jem i wiem, co kupuję	3	0,9%
Co nas truje	3	0,9%
Pytanie na śniadanie	3	0,9%
Wstydliwe choroby	2	0,6%
36,6 i Dr Szczyt	1	0,3%
36,6 i Po prostu zdrowie i Operacja Zdrowie	1	0,3%

36,6 i Sekrety chirurgii	1	0,3%
Galileo	1	0,3%
Jesteś tym, co jesz	1	0,3%
Na dobre i na złe	1	0,3%
Sekrety chirurgii	1	0,3%
Sekrety lekarzy	1	0,3%
Sklif i Szpital	1	0,3%
Uwaga! Naukowy Bełkot	1	0,3%

Ankietowane w większości (41,4%) deklarowały, że seriale medyczne oglądają w wybrane dni tygodnia, ale nie wykorzystują (67,9%) pomysłów w nich zawartych. Najczęściej oglądanymi serialami medycznymi były „Na dobre i na złe" – 18,9%; Chirurdzy/Grey's Anatomy – 12,9%; Dr House – 12%; Na sygnale – 9,6%. Wyniki obrazuje Tabela XIII.

Tabela XIII. Opinie badanych o korzystaniu z seriali medycznych jako źródła informacji o zdrowiu

	Liczność	**Procent**
Częstość oglądania seriali medycznych		
codziennie	10	3,0%
kilka razy w tygodniu	35	10,5%
w wybrane dni tygodnia	138	41,4%
rzadziej	20	6,0%
wcale	130	39,0%
Korzystanie z pomysłów o tematyce zdrowotnej zaczerpniętych z seriali		
ze wszystkich	2	0,6%
interesujących mnie	42	35,2%
wcale nie korzystam	226	67,9%
różnie z tym bywa	21	6,3%
Oglądane seriale[1)]		
Na dobre i na złe	63	18,9%
Chirurdzy/Grey's Anatomy	43	12,9%
Dr House	40	12,0%
Na sygnale	32	9,6%
Diagnoza	24	7,2%
Szpital	20	6,0%
The Good Doctor	17	5,1%
Echo serca	14	4,2%
Na ratunek 112	10	3,0%
36,6ºC	6	1,8%
Lekarze	4	1,2%
Chicago Med.	4	1,2%
The Resident	3	0,9%
W rytmie serca	3	0,9%

Ostry Dyżur	2	0,6%
Z pamiętnika położnej	2	0,6%
Sekrety lekarzy	2	0,6%
Plastyczna Fuszerka	1	0,3%
Hoży Doktorzy/SCRUBS	1	0,3%
Niezwykłe przypadki medyczne	1	0,3%
Sekrety Urody	1	0,3%
OSP. Na ratunek!	1	0,3%
SOS Ekipy w akcji	1	0,3%
Code Black	1	0,3%
Private Practice	1	0,3%
Lekarze na start	1	0,3%
Masters of Sex	1	0,3%
Życie bez wstydu	1	0,3%
Izba przyjęć	1	0,3%
Embarrassing Bodies	1	0,3%
Sklifosovskiy	1	0,3%
Ślad	1	0,3%
Pielęgniarki	1	0,3%
Medycyna Estetyczna	1	0,3%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Respondentki deklarowały, że najczęściej codziennie korzystały z Internetu (80,8%) i portali społecznościowych (65,2%), ale wybierały najczęściej (61,1%) tylko strony o interesującej ich tematyce, preferując Facebook (79,9%). Wyniki obrazuje Tabela XIV.

Tabela XIV. Opinie badanych o korzystaniu z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

	Liczność	**Procent**
Częstość używania Internetu		
codziennie	269	80,8%
kilka razy w tygodniu	20	6,0%
w wybrane dni tygodnia	25	7,5%
Wcale	19	5,7%
Częstość korzystania z portali społecznościowych		
codziennie	217	65,2%
kilka razy w tygodniu	33	9,9%
w wybrane dni tygodnia	24	7,2%
Wcale	54	16,2%
różnie bywa	2	1,5%
Preferowane portale społecznościowe		
Facebook	266	79,9%
YouTube	171	51,4%

Instagram	170	51,1%
Snapchat	100	30,0%
Twitter	12	3,6%
fora internetowe	8	2,4%
Blogi	8	2,4%
Nasza Klasa	6	1,8%
Różne	34	10,2%
Przeglądanie stron o tematyce zdrowotnej		
wszystkie	11	3,3%
interesujące dla mnie	201	61,1%
codziennie	13	3,9%
Wcale	89	26,7%
Inne	16	4,8%

Badane najczęściej korzystały z informacji odnośnie problematyki zdrowotnej prezentowanych na stronach internetowych, które je interesowały (47,7%) i była to głównie strona mp.pl (3%) oraz poradnikzdrowie.pl (1,2%). Twierdziły natomiast najczęściej, że nie korzystają z porad z portali społecznościowych (51,7%), a jeżeli już, to wyłącznie z pomysłów odnośnie zdrowego odżywiania (2,4%), jak dbać o zdrowie (0,9%) lub o zdrowym stylu życia (0,6%). Wyniki obrazuje Tabela XV.

Tabela XV. Opinie badanych o korzystaniu ze stron internetowych o tematyce medycznej

Korzystanie z pomysłów zaczerpniętych ze stron internetowych					
			Liczność	**Procent**	
ze wszystkich			3	0,9%	
interesujących			159	47,7%	
wcale nie korzystam			139	41,7%	
różnie bywa			32	19,6%	
Przykładowe strony					
	Liczność	**Procent**		**Liczność**	**Procent**
mpl.pl	10	3,0%	joga-joga.pl	1	0,3%
poradnikzdrowie.pl	4	1,2%	ewachodakowska.pl	1	0,3%
mamaginekolog.pl	3	0,9%	mamaistetoskop.pl	1	0,3%
podyplomie.pl	2	0,6%	rynekzdrowia.pl	1	0,3%
Portal abcZdrowie.pl	2	0,6%	stat.gov.pl	1	0,3%
mamapediatra.pl	1	0,3%	wczepkuurodzona.pl	1	0,3%
mediczy.com	1	0,3%	zdrowie.com.pl	1	0,3%
medonet.pl	1	0,3%	zdrowiebezlekow.pl	1	0,3%
medtouch.com	1	0,3%	znanylekarz.pl	1	0,3%
doz.pl	1	0,3%			

Korzystanie z pomysłów na tych portalach społecznościowych		
	Liczność	**Procent**
wszystkich	4	1,2%
interesujących	133	39,9%
nie korzystam	172	51,7%
różnie z tym bywa	24	7,2%

Przykładowe pomysły					
	Liczność	**Procent**		**Liczność**	**Procent**
zdrowe odżywianie	8	2,4%	terapia manualna	1	0,3%
jak dbać o zdrowie	3	0,9%	wietrzenie narodowe	1	0,3%
zdrowy styl życia	2	0,6%	Depresja	1	0,3%
informacje o lekach	1	0,3%	Porady	1	0,3%
sport	1	0,3%	ziołolecznictwo	1	0,3%
sposoby na grypę	1	0,3%			

Sprawdzono także wyniki wyszukiwania po wpisaniu do wyszukiwarki Firefox poniższych haseł (stan na 05.04.2023) i okazało się, że:

- wpisanie „aktywność fizyczna” – dało około 27 200 000 wyników
- „choroba” - około 96 500 000 wyników
- „choroby” - około 139 000 000 wyników
- „dbanie o zdrowie” - około 1 820 000 wyników
- „e-porada” - około 8 050 000 wyników
- „e-recepta” - około 27 300 000 wyników
- „e-zdrowie” - około 131 000 000 wyników
- „forum pacjentów” - około 16 100 000 wyników
- „forum dla pacjentów” - około 15 500 000 wyników
- „leczenie niekonwencjonalne” - około 69 700 wyników
- „leczenie” - około 60 400 000 wyników
- „leki bez recepty” - około 9 450 000 wyników
- „opnie o lekarzach” - około 127 000 wyników
- „opinie o przychodniach” - około 30 000 000 wyników
- „opinie o szpitalach” - około 55 100 000 wyników
- „porady medyczne” - około 14 400 000 wyników
- „porady o zdrowiu” - około 71 000 000 wyników
- „suplement” - około 18 100 000 wyników
- „suplementy” - około 32 400 000 wyników

- „suplement sklep” - około 17 400 000 wyników
- „zdrowa żywność” - około 21 000 000 wyników
- „zdrowie” - około 195 000 000 wyników

Ocena przekazu treści związanych ze zdrowiem dla różnych rodzajów mediów

W tej części przedstawiono zestawienie ocen siły przekazu poszczególnych rodzajów mediów w zakresie dostarczania wiedzy dotyczącej zdrowia.

Jak widać, raczej niewiele badanych kobiet uważała media za źródło wiarygodnych informacji o zdrowiu – wśród tych przeciętnych wyników, relatywnie najlepiej wypadła prasa. Natomiast większy odsetek ankietowanych uważało, że media przyczyniają się jednak do wzrostu wiedzy medycznej – tu dominującą rolę przypisywały badane Internetowi (31,2%) i telewizji (37,2%). Wyniki obrazuje Tabela XVI.

Tabela XVI. Opinie o mediach jako wiarygodnych źródłach wiedzy na tematy zdrowia

	Ocena ankietowanych osób							
	tak		nie zawsze		nie		nie wiem	
	Liczność	%	Liczność	%	Liczność	%	Liczność	%
Media to wiarygodne źródła wiedzy na tematy zdrowia								
telewizja	26	7,8%	244	73,3%	46	13,8%	17	5,1%
radio	26	7,8%	218	65,5%	39	11,7%	50	15,0%
prasa	37	11,1%	224	67,3%	40	12,0%	32	9,6%
Internet	26	7,8%	259	77,8%	25	7,5%	23	6,9%
medyczne seriale filmowe	20	6,0%	157	47,1%	119	35,7%	37	11,1%
portale społecznościowe	12	3,6%	178	53,5%	94	28,2%	49	14,7%
Media powodują wzrost wiedzy medycznej								
telewizja	124	37,2%	155	46,5%	29	8,7%	25	7,5%
radio	85	25,5%	170	51,1%	32	9,6%	46	13,8%
prasa	94	28,2%	169	50,8%	30	9,0%	40	12,0%
Internet	104	31,2%	170	51,1%	22	6,6%	37	11,1%
medyczne seriale filmowe	55	16,5%	165	49,5%	71	21,3%	42	12,6%
portale społecznościowe	64	19,2%	163	48,9%	57	17,1%	49	14,7%

Wykazano, że niewątpliwie największy wpływ na zmianę stylu życia poszczególnych

osób, jak i społeczeństwa miał Internet (odpowiednio 42,6% i 45%) oraz telewizja (odpowiednio 26,1% i 39,9%). Wyniki obrazuje Tabela XVII.

Tabela XVII. Opinie o wpływie mediów na zmianę stylu życia

	Ocena ankietowanych osób					
	Tak		nie		nie wiem	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent	Liczność	Procent
Wpływ mediów na zmianę osobistego stylu życia						
telewizja	87	26,1%	173	52,0%	73	21,9%
radio	42	12,6%	195	58,6%	96	28,8%
prasa	67	20,1%	172	51,7%	94	28,2%
Internet	143	42,9%	103	30,9%	87	26,1%
medyczne seriale filmowe	48	14,4%	182	54,7%	103	30,9%
portale społecznościowe	70	21,0%	146	43,8%	117	35,1%
Wpływ mediów na zmianę stylu życia społeczeństwa						
telewizja	133	39,9%	37	11,1%	163	48,9%
radio	78	23,4%	70	21,0%	185	55,6%
prasa	97	29,1%	56	16,8%	180	54,1%
Internet	150	45,0%	32	9,6%	151	45,3%
medyczne seriale filmowe	79	23,7%	69	20,7%	185	55,6%
portale społecznościowe	87	26,1%	58	17,4%	188	56,5%

Interesujące jest w kontekście powyższych deklaracji, że decyzje dotyczące własnego zdrowia pod wpływem wiadomości z Internetu podejmowało 39% badanych, a z Telewizji – 27%. Najsłabsze oddziaływanie miało radio (12,9%) oraz medyczne seriale telewizyjne (12,3%). Wyniki obrazuje Tab. XVIII.

Wpływ mediów na zachowania zdrowotne o zasięgu społecznym był zauważalny także przede wszystkim w przypadku oddziaływania Internetu (38,7%) oraz telewizji (37,5%). Wyniki obrazuje Tab. XVIII.

Tabela XIX obrazuje najciekawsze zdaniem respondentek programy dotyczące zdrowia. Za takie badane uznały telewizyjne programy profilaktyczne opracowane przez profesjonalistów (62,8%) oraz internetowe strony z programami profilaktycznymi opracowane przez profesjonalistów (56,2%), a za najsłabsze - każde radiowe programy profilaktyczne (1,8%).

Tematy zdrowotne cieszące się największym zainteresowaniem wśród ankietowanych dotyczyły zdrowego odżywiania (60,4%) i profilaktyki chorób (59,2%) – obrazuje Tabela XX.

Tabela XVIII. Wpływ mediów na decyzje dotyczące zdrowia

	Ocena ankietowanych osób					
	tak		nie		nie wiem	
Wpływ mediów na decyzje dotyczące własnego zdrowia						
telewizja	90	27,0%	154	46,2%	89	26,7%
radio	43	12,9%	185	55,6%	105	31,5%
prasa	63	18,9%	167	50,2%	103	30,9%
Internet	130	39,0%	103	30,9%	100	30,0%
medyczne seriale filmowe	41	12,3%	187	56,2%	105	31,5%
portale społecznościowe	65	19,5%	156	46,8%	112	33,6%
Wpływ mediów na decyzje społeczeństwa dotyczące zdrowia						
telewizja	125	37,5%	38	11,4%	170	51,1%
radio	78	23,4%	56	16,8%	199	59,8%
prasa	86	25,8%	58	17,4%	189	56,8%
Internet	129	38,7%	36	10,8%	168	50,5%
medyczne seriale filmowe	62	18,6%	67	20,1%	204	61,3%
portale społecznościowe	89	26,7%	44	13,2%	200	60,1%

Tabela XIX. Najciekawsze zdaniem respondentek programy dotyczące zdrowia

Najciekawsze programy dotyczące zdrowia	Liczność	Procent[1)]
telewizyjne programy profilaktyczne opracowane przez profesjonalistów	209	62,8%
internetowe strony z programami profilaktycznymi opracowane przez profesjonalistów	187	56,2%
radiowe programy profilaktyczne opracowane przez profesjonalistów	79	23,7%
promocje produktów zdrowotnych	75	22,5%
medyczne seriale filmowe	72	21,6%
każde telewizyjne programy profilaktyczne	37	11,1%
każde internetowe programy profilaktyczne	35	10,5%
promocje sprzętu medycznego	24	7,2%
trudno powiedzieć	21	6,3%
każde radiowe programy profilaktyczne	6	1,8%
Różnie z tym bywa	5	1,5%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Tabela XX. Tematy zdrowotne cieszące się największym zainteresowaniem wśród ankietowanych

Jaka tematyka zdrowotna byłaby najbardziej interesująca?	Liczność	Procent[1)]
zdrowe odżywianie	201	60,4%
ogólne zasady profilaktyki chorób	197	59,2%
diagnostyka chorób	146	43,8%
aktywność fizyczna	128	38,4%
ogólne zasady promocji zdrowia	84	25,2%
profilaktyka uzależnień	55	16,5%
zasady terapii chorób	46	13,8%
To zależy kiedy	8	2,4%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

W tabeli XXI przedstawiono najbardziej rozpoznawalne prozdrowotne kampanie społeczne. Za takie badane uznały - „Zapnij pasy. Włącz myślenie” (54,4%) i „Stop depresji” (37,8%).

Tabela XXI. Najbardziej rozpoznawalne prozdrowotne kampanie społeczne

Znajomość kampanii społecznych	Liczność	Procent[1)]
„Zapnij pasy. Włącz myślenie.”	181	54,4%
„Stop depresji”	126	37,8%
„Leki to nie cukierki”	60	18,0%
„Czytaj ulotki leków”	50	15,0%
„Internet nie leczy”	38	11,4%
„Zbieramy na cycki, nowe fryzury i dragi”	17	5,1%
„Autyzm wprowadza zmysły w błąd”	15	4,5%
„Zabezpiecz tyły”	12	3,6%
„Gadaj-badaj”	8	2,4%
inne	3	0,9%
nie znam	61	18,3%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Ocena satysfakcji z życia i preferowanych zachowań zdrowotnych

Poziom zadowolenia z życia badano za pomocą skali SWLS. Rozkład punktowych wartości SWLS przedstawiono za pomocą statystyk opisowych. Średni poziom tej miary wynosił 22,7±23 pkt, co oznacza, że badane generalnie należały do osób raczej zadowolonych ze swojego życia. Zdecydowanie zadowolonych było 6,6% kobiet, a zdecydowanie niezadowolonych – 0,9%. Po przeliczeniu, zgodnie z zaleceniami autora skali, wyników punktowych na steny otrzymano średnio – 6,3±2,1 stena, co oznacza satysfakcję z życia ponad przeciętną. Wyniki obrazuje Tabela XXII.

W tabeli XXIII zestawiono informacje na temat rozkładu poziomu zachowań zdrowotnych w czterech sferach ocenianych za pomocą skali IZZ (prawidłowe nawyki żywieniowe; zachowania profilaktyczne; praktyki zdrowotne; pozytywne nastawienie psychiczne) jak również dla skali sumarycznej praktyki zdrowotnej. Zgodnie z sugestiami autorów skali IZZ ocenę składowych zachowań zdrowotnych wyznaczono jako średnią punktów dla każdej osoby, natomiast całkowity poziom IZZ jest określony poprzez sumę uzyskanych punktów. Na podstawie klasyfikacji sumarycznej skali IZZ do poszczególnych

stenów przypisano się ankietowane osoby do trzech poziomów zachowań zdrowotnych – niski, przeciętny i wysoki.

Tabela XXII. Ocena poziomu satysfakcji życia badanych kobiet.

Średnia wartość SWLS skala punktowa						
$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max
22,7	23	5,3	19	27	8	35
Poziom SWLS skala punktowa						
				Liczność	**Procent**	
zdecydowanie niezadowolona (5-9 pkt)				3	0,9%	
bardzo niezadowolona (10-14 pkt)				20	6,0%	
raczej niezadowolona (15-19 pkt.)				65	19,5%	
ani zadowolona ani niezadowolona (20 pkt.)				22	6,6%	
raczej zadowolona (21-25 pkt.)				114	34,2%	
bardzo zadowolona (26-30 pkt.)				87	26,1%	
zdecydowanie zadowolona (31-35 pkt.)				22	6,6%	
Poziom SWLS Skala stenowa						
Średnio: 6,3±2,1						
1 sten				3	0,9%	
2 steny				9	2,7%	
3 steny				10	3,0%	
4 steny				48	14,4%	
5 stenów				42	12,6%	
6 stenów				105	31,5%	
7 stenów				5	1,5%	
8 stenów				48	14,4%	
9 stenów				41	12,3%	
10 stenów				22	6,6%	

Analizując wartości miar szczegółowych wykazano, że nieco niższy poziom zachowań zdrowotnych wykazywały ankietowane osoby w kategorii praktyki zdrowotne (średnia 3,05 pkt.), a w pozostałych trzech obszarach wartości przeciętne miar IZZ były niemal identyczne – zachowania profilaktyczne – średnio 3,28 pkt.; prawidłowe nawyki żywieniowe i pozytywne nastawienie psychiczne – średnio 3,30 pkt. Wartość sumaryczna IZZ w badanej zbiorowości, wynosiła średnio 77,5 pkt., co nie jest wartością wysoką, sytuuje się bowiem ponad połowę możliwości potencjalnego zakresu (24-120 pkt). Na podstawie ustalonych norm, w których uwzględniana jest także specyfika płci, dokonano klasyfikacji miary sumarycznej do trójstopniowej skali przymiotnikowej. Jak widać, ponad połowa

ankietowanych kobiet wykazywała niski poziom zachowań zdrowotnych (33%), a jedynie co szósta osoba (16,8%) wysoki. (Tabela XXIII)

Tabela XXIII. Ocena poziomu zachowań zdrowotnych w czterech sferach

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)							
	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	Max
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,30	3,33	0,80	2,67	3,83	1,17	5,00
Zachowania profilaktyczne	3,28	3,33	0,70	2,83	3,67	1,50	4,83
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,30	3,33	0,71	2,83	3,83	1,50	5,00
Praktyki zdrowotne	3,05	3,00	0,72	2,50	3,50	1,33	5,00
Miara sumaryczna IZZ	77,5	77	14,3	68	87	40	118

Poziom zachowań zdrowotnych (IZZ)		
	Liczność	**Procent**
niski	167	50,2%
przeciętny	110	33,0%
wysoki	56	16,8%

Czynniki wpływające na poziom zachowań zdrowotnych

W tej części dokonano analizy zróżnicowania poziomu zachowań zdrowotnych w grupach o odmiennej charakterystyce demograficznej.

Jak widać, miejsce zamieszkania nie różnicowało poziomu liczbowych miar zachowań zdrowotnych ankietowanych kobiet (wszystkie wartości prawdopodobieństwa testowego p dość znacznie przekraczają 0,05). Wyniki obrazuje Tabela XXIV.

Również rozkład klasyfikacji poziomu zachowań zdrowotnych nie zależał od miejsca zamieszkania (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0{,}2660$). Wyniki obrazuje Tabela XXIV.

Podobnie jak miejsce zamieszkania, także i wykształcenie niemal w ogóle nie różnicowało poziomu zachowań zdrowotnych ankietowanych kobiet. Wartości statystyk opisowych dla miar liczbowych były w obu grupach niemal identyczne. Nieco większe różnice występowały po sklasyfikowaniu ankietowanych kobiet według miary sumarycznej IZZ do trzech kategorii – wśród kobiet z wykształceniem wyższym jest nieco więcej osób o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych. Ale i ta różnica nie była istotna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0{,}1715$). Wyniki obrazuje Tabela XXV.

Poziom materialnych zasobów rodziny różnicował w znamienny statystycznie sposób podejmowanie zachowań profilaktycznych (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0{,}0361$*), jednakże charakter tej zależności jest trudny do wyjaśnienia, bowiem najwyższy poziom profilaktyki zdrowotnej wykazywały osoby ze średnim statusem materialnym, więc relacja ta nie jest jednoznacznie ukierunkowana. Klasyfikacja poziomu zachowań zdrowotnych była bardzo zbliżona niezależnie od zasobów materialnych rodziny. Wyniki obrazuje Tabela XXVI.

Tabela XXIV. Wpływ miejsca zamieszkania na preferowane zachowania zdrowotne

Ocena zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Miejsce zamieszkania**						***P***
	wieś (*N* = 77)			**miasto (*N* = 256)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,19	3,00	0,76	3,33	3,33	0,81	0,1699
zachowania profilaktyczne	3,17	3,17	0,68	3,31	3,33	0,71	0,1370
pozytywne nastawienie psychiczne	3,23	3,17	0,62	3,32	3,33	0,73	0,3482
praktyki zdrowotne	3,10	3,00	0,65	3,03	3,00	0,74	0,4485
miara sumaryczna	76,2	76	13,1	77,9	78	14,6	0,3431
p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu ANOVA							

Poziom zachowań zdrowotnych	**Miejsce zamieszkania (*p* = 0,2660)**		Razem
	wieś (*N* = 77)	**miasto (*N* = 256)**	
niski	44 (57,1%)	123 (48,0%)	167
przeciętny	24 (31,2%)	86 (33,6%)	110
wysoki	9 (11,7%)	47 (18,4%)	56
Razem	77	256	333
p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat			

Tabela XXV. Wpływ wykształcenia na preferowane zachowania zdrowotne

Ocena zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Wykształcenie**						***p***
	wyższe (*N* = 107)			**średnie (*N* = 225)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,29	3,33	0,91	3,30	3,33	0,74	0,9461
zachowania profilaktyczne	3,34	3,33	0,76	3,24	3,17	0,67	0,2457
pozytywne nastawienie psychiczne	3,26	3,17	0,77	3,31	3,33	0,68	0,5067
praktyki zdrowotne	3,01	3,00	0,77	3,06	3,00	0,69	0,5663
miara sumaryczna	77,4	78	16,8	77,5	77	13,0	0,9589
p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu ANOVA							

Poziom zachowań zdrowotnych	Wykształcenie (p = 0,1715)		Razem
	wyższe (N = 107)	średnie (N = 225)	
niski	51 (47,7%)	116 (51,6%)	167
przeciętny	32 (29,9%)	77 (34,2%)	109
wysoki	24 (22,4%)	32 (14,2%)	56
Razem	107	225	332

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela XXVI. Wpływ zasobów materialnych na preferowane zachowania zdrowotne

Ocena zachowań zdrowotnych (IZZ)	Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS)									*P*
	niski (N = 112)			średni (N = 149)			wysoki (N = 72)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,22	3,33	0,81	3,35	3,33	0,76	3,31	3,33	0,84	0,4052
zachowania profilaktyczne	3,19	3,17	0,73	3,38	3,33	0,70	3,17	3,25	0,64	0,0361*
pozytywne nastawienie psychiczne	3,21	3,25	0,75	3,33	3,33	0,69	3,36	3,33	0,69	0,2618
praktyki zdrowotne	2,94	2,92	0,71	3,11	3,00	0,75	3,07	3,08	0,66	0,1855
miara sumaryczna	75,4	76	15,2	79,1	78	14,1	77,5	78	12,7	0,1231

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu ANOVA

Poziom zachowań zdrowotnych	Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS) (p = 0,7123)			Razem
	niski	średni	wysoki	
niski	61 (54,5%)	71 (47,7%)	35 (48,6%)	167
przeciętny	36 (32,1%)	49 (32,9%)	25 (34,7%)	110
wysoki	15 (13,4%)	29 (19,5%)	12 (16,7%)	56
Razem	112	149	72	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Wpływ wieku na poziom zachowań zdrowotnych zbadano w nieco innych sposób, wykorzystując porządkowy charakter tej cechy, co pozwoliło na zastosowanie analizy korelacji rang Spearmana i jednocześnie ujęcie wyników w dużo bardziej zwięzły sposób.

Stwierdzono, że wszystkie korelacje były istotne statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego p poniżej 0,01 lub nawet 0,001). Dodatnie wartości współczynników korelacji świadczą o wyższym poziomie zachowań zdrowotnych u osób mających więcej lat. Nie są to jednak korelacje silne. Rozkład poziomów zachowań zdrowotnych przedstawiono w podziale na cztery grupy wiekowe – widoczna jest znaczna odmienność wyników dla grupy

60. latków w stosunku do młodszych kobiet. W tej grupie było zdecydowanie najwięcej (ok. 45%) osób z wysoką oceną poziomu zachowań zdrowotnych. Wyniki obrazuje Tabela XXVII.

Okazało się, że im gorsza była samoocena zdrowia, tym większy był udział osób o niskim poziomie zachowań zdrowotnych, a mniejszy o średnim czy wysokim poziomie zachowań zdrowotnych. Świadczą o tym istotne statystycznie i ujemne współczynniki korelacji, które przedstawiono w poniższej Tabeli XXVIII.

Tabela XXVII. Wpływ wieku na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Wiek [lata]**
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,20 (*p* = 0,0002***)
zachowania profilaktyczne	0,28 (*p* = 0,0000***)
pozytywne nastawienie psychiczne	0,18 (*p* = 0,0011**)
praktyki zdrowotne	0,20 (*p* = 0,0002***)
miara sumaryczna	0,27 (*p* = 0,0000***)

analiza korelacji rang Spearmana

Wiek [lata]	**Poziom zachowań zdrowotnych (*p* = 0,0000***)**			Razem
	niski	**przeciętny**	**wysoki**	
<20	31 (60,8%)	19 (37,3%)	1 (2,0%)	51
20-30	73 (51,4%)	52 (36,6%)	17 (12,0%)	142
31-50	45 (66,2%)	18 (26,5%)	5 (7,4%)	68
>60	18 (25,0%)	21 (29,2%)	33 (45,8%)	72
Razem	167	110	56	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela XXVIII. Wpływ samooceny stanu zdrowia na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	Ocena stanu zdrowia
prawidłowe nawyki żywieniowe	**-0,26 (*p* = 0,0000***)**
zachowania profilaktyczne	**-0,16 (*p* = 0,0030**)**
pozytywne nastawienie psychiczne	**-0,31 (*p* = 0,0000***)**
praktyki zdrowotne	**-0,24 (*p* = 0,0000***)**
miara sumaryczna	**-0,30 (*p* = 0,0000***)**

Ocena stanu zdrowia	**Poziom zachowań zdrowotnych (*p* = 0,0000***)**			Razem
	niski	**przeciętny**	**wysoki**	
bardzo dobry	21 (34,4%)	24 (39,3%)	16 (26,2%)	61
dobry	76 (44,7%)	68 (40,0%)	26 (15,3%)	170
taki sobie	42 (57,5%)	17 (23,3%)	14 (19,2%)	73
zły	24 (96,0%)	1 (4,0%)	0 (0,0%)	25
Razem	163	110	56	329

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

W celu ułatwienia analizy danych, w grupie osób stosujących się jedynie czasami do zaleceń zdrowotnych lekarzy uwzględniono nieliczne osoby wskazujące inne formy odpowiedzi. Wykazano, że osoby stosujące się zawsze do zaleceń lekarza miały znamiennie wyższy poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich rozważanych obszarach. Również rozkład poziomu zachowań zdrowotnych w obu porównywanych grupach różnił się bardzo wyraźnie (wartość prawdopodobieństwa testowego p = 0,0001***). Wśród kobiet stosujących się zawsze do zaleceń lekarskich, co czwarta charakteryzowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, wobec niespełna co dziesiątej osoby w pozostałej części ankietowanych osób. Wyniki obrazuje Tabela XXIX.

Tabela XXIX. Wpływ stosowania się do zaleceń lekarza na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Stosowanie się do zaleceń lekarza**						***P***
	zawsze (*N* = 179)			**czasami (*N* = 153)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,42	3,33	0,76	3,16	3,17	0,82	0,0026**
zachowania profilaktyczne	3,48	3,50	0,66	3,03	3,00	0,68	0,0000***
pozytywne nastawienie psychiczne	3,51	3,33	0,63	3,05	3,17	0,73	0,0000***
praktyki zdrowotne	3,23	3,17	0,73	2,82	2,83	0,64	0,0000***
miara sumaryczna	81,8	81	13,2	72,4	72	13,8	0,0000***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu *t* dla prób niezależnych

Poziom zachowań zdrowotnych	**Stosowanie się do zaleceń lekarza (*p* = 0,0001***)**		Razem
	zawsze	**czasami**	
niski	73 (40,8%)	94 (61,4%)	167
przeciętny	64 (35,8%)	45 (29,4%)	109
wysoki	42 (23,5%)	14 (9,2%)	56
Razem	179	153	332

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Zbadano korelacje pomiędzy punktową miarą satysfakcji z życia (SWLS) a miarami zachowań zdrowotnych (IZZ). Analiza polegała na wyznaczeniu wartości współczynnika korelacji rang Spearmana, zaś ilustrację graficzną stanowią wykresy rozrzutu. Okazało się, że wszystkie miary zachowań zdrowotnych były skorelowane z SWLS w statystycznie istotny sposób. Wyniki obrazuje Tabela XXX i Rycina 1.

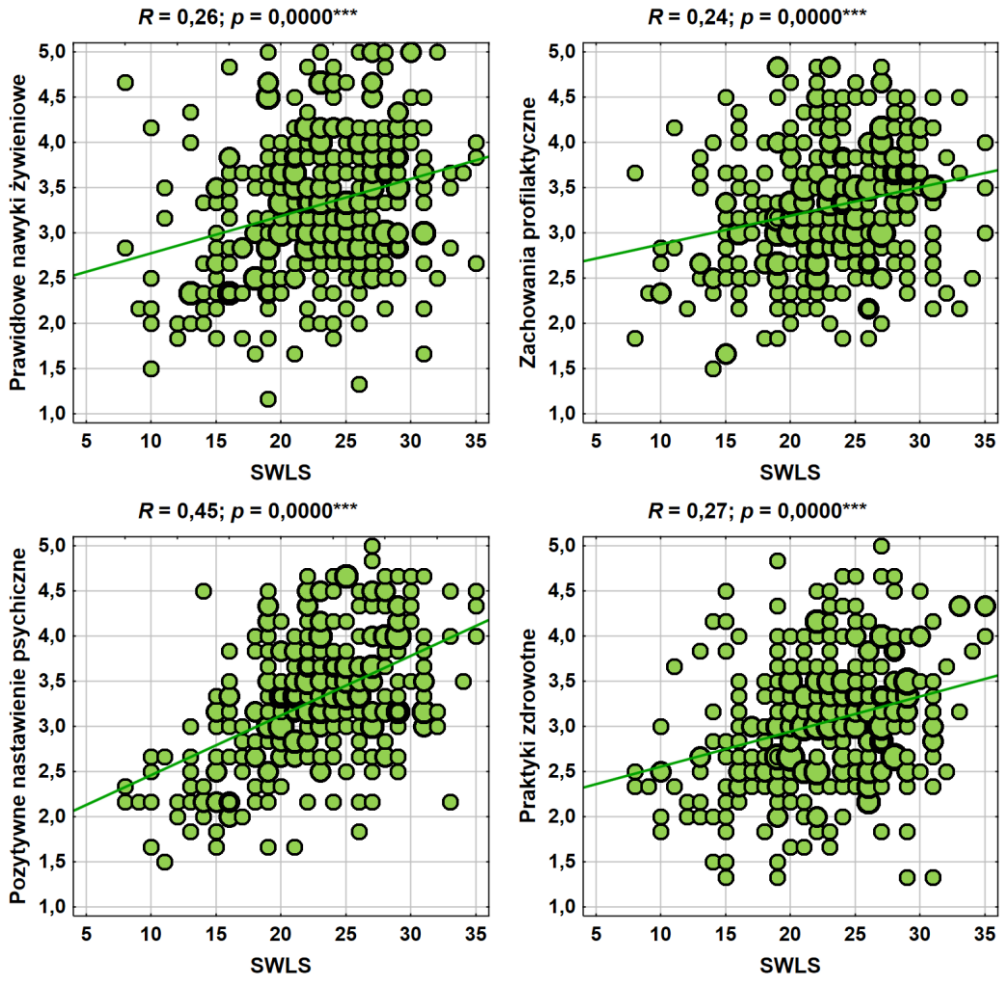
Tabela XXX. Wpływ poziomu satysfakcji z życia na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	Satysfakcja z życia
prawidłowe nawyki żywieniowe	**0,26 (*p* = 0,0000***)**
zachowania profilaktyczne	**0,24 (*p* = 0,0000***)**
pozytywne nastawienie psychiczne	**0,45 (*p* = 0,0000***)**
praktyki zdrowotne	**0,27 (*p* = 0,0000***)**
miara sumaryczna	**0,38 (*p* = 0,0000***)**

współczynnik korelacji rang Spearmana

Satysfakcja z życia	Poziom zachowań zdrowotnych (*p* = 0,0000***)			Razem
	niski	przeciętny	wysoki	
niezadowolona	21 (91,3%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)	23
raczej niezadowolona	46 (70,8%)	13 (20,0%)	6 (9,2%)	65
obojętna	11 (50,0%)	10 (45,5%)	1 (4,5%)	22
raczej zadowolona	47 (41,2%)	48 (42,1%)	19 (16,7%)	114
zadowolona	42 (38,5%)	38 (34,9%)	29 (26,6%)	109
Razem	167	110	56	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 1. Korelacje pomiędzy SWLS a miarami szczegółowymi IZZ

Dodatni znak współczynnika korelacji oznacza, że osoby o wyższej satysfakcji z życia miały też wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Choć oczywiście siła tych zależności nie jest duża – największa w przypadku miary nastawienia psychicznego (R = 0,45), zaś najsłabsza pomiędzy SWLS i poziomem zachowań profilaktycznych (R = 0,24) i nawyków żywieniowych (R = 0,26). Przedstawiono również rozkład klasyfikacji poziomów zachowań zdrowotnych względem klasyfikacji satysfakcji z życia, w której połączono niektóre poziomy z uwagi na ich niewielką liczność. Wyniki obrazuje Tabela XXX i Rycina 1.

Ocena zależności pomiędzy percepcją informacji o zdrowiu przekazywanych w mediach a poziomem zachowań zdrowotnych

W tej części analizy zbadano zależność pomiędzy deklarowanym korzystaniem z informacji („pomysłów") na temat zdrowia przekazywanych w mediach, a poziomem zachowań zdrowotnych. Analizę przeprowadzono w dychotomicznym podziale na osoby, które pomysły z mediów wcielają w praktyce i takie, które z nich w ogóle nie korzystają (Tab. XXXI).

Tabela XXXI. Wpływ częstości korzystania z informacji o zdrowiu zawartych w artykułach na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Korzystanie z informacji o zdrowiu z artykułów**						***p***
	nie (N = 141)			**tak (N = 163)**			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,14	3,00	0,77	3,46	3,50	0,81	0,0006***
zachowania profilaktyczne	3,16	3,17	0,69	3,40	3,33	0,69	0,0032**
pozytywne nastawienie psychiczne	3,15	3,17	0,73	3,41	3,33	0,70	0,0015**
praktyki zdrowotne	2,95	3,00	0,70	3,14	3,17	0,72	0,0237*
miara sumaryczna	74,4	74	13,4	80,4	80	14,8	0,0003***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu *t* dla prób niezależnych

Poziom zachowań zdrowotnych	**Korzystanie z pomysłów z artykułów (p = 0,0057**)**		Razem
	nie	**tak**	
niski	80 (56,7%)	72 (44,2%)	152
przeciętny	47 (33,3%)	53 (32,5%)	100
wysoki	14 (9,9%)	38 (23,3%)	52
Razem	141	163	304

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Okazało się, że osoby korzystające z wiadomości dotyczących zdrowia zawartych w przeczytanych artykułach w czasopismach miały również wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Istotna statystycznie różnica pomiędzy porównywanymi grupami występowała dla wszystkich pięciu miar wyznaczanych na podstawie kwestionariusza IZZ. Również rozkład klasyfikacji ankietowanych według poziomu zachowań zdrowotnych wykazał znamienne statystycznie ($p = 0{,}0057$**) zróżnicowanie ze względu na wykorzystywanie informacji z artykułów odnośnie zachowań zdrowotnych. Osoby, które tak czyniły miały ponad dwukrotnie częściej wysoki poziom zachowań zdrowotnych (Tabela XXXI).

Tabela XXXII. Wpływ częstości korzystania z informacji o zdrowiu zawartych w telewizji na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Korzystanie z pomysłów z programów**						***p***
	nie (*N* = 170)			**tak (*N* = 135)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,28	3,33	0,79	3,34	3,33	0,80	0,4853
zachowania profilaktyczne	3,26	3,17	0,69	3,30	3,33	0,71	0,6264
pozytywne nastawienie psychiczne	3,23	3,17	0,73	3,35	3,33	0,70	0,1549
praktyki zdrowotne	2,98	3,00	0,72	3,10	3,00	0,73	0,1386
miara sumaryczna	76,5	77	14,3	78,5	78	14,4	0,2114

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu *t* dla prób niezależnych

Poziom zachowań zdrowotnych	**Korzystanie z pomysłów z programów (*p* = 0,0316*)**		Razem
	nie	**tak**	
niski	87 (51,2%)	67 (49,6%)	154
przeciętny	62 (36,5%)	37 (27,4%)	99
wysoki	21 (12,4%)	31 (23,0%)	52
Razem	170	135	305

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Korzystanie w celu wzmocnienia zdrowia z informacji zawartych w serialach medycznych powodowało nieco wyższy poziom miar IZZ, ale różnice te nie były istotne statystycznie. Jedynie poziom praktyk zdrowotnych różnił się wyraźniej pomiędzy obiema grupami (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0{,}0739$ co jest wynikiem zbliżonym do poziomu znamienności statystycznej). W grupie respondentów wykorzystujących w życiu w celu wzmocnienia zdrowia informacje zawarte w serialach „medycznych" było więcej osób wykazujących wysoki poziom zachowań zdrowotnych, ale różnica pomiędzy

porównywanymi grupami nie była istotna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego p = 0,1291). Wyniki obrazuje Tabela XXXIII.

Tabela XXXIII. Wpływ częstości korzystania z informacji o zdrowiu zawartych w serialach medycznych na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Korzystanie z pomysłów z seriali**						***p***
	nie (*N* = 226)			**tak (*N* = 65)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,23	3,17	0,79	3,33	3,33	0,77	0,3564
zachowania profilaktyczne	3,19	3,17	0,68	3,29	3,33	0,71	0,2949
pozytywne nastawienie psychiczne	3,21	3,17	0,69	3,36	3,33	0,75	0,1204
praktyki zdrowotne	2,95	3,00	0,66	3,13	3,00	0,81	0,0739
miara sumaryczna	75,5	75,5	13,5	78,7	78	14,9	0,1011

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu *t* dla prób niezależnych

Poziom zachowań zdrowotnych	**Korzystanie z pomysłów z seriali (*p* = 0,1291)**		Razem
	nie	**tak**	
niski	125 (55,3%)	30 (46,2%)	155
przeciętny	74 (32,7%)	21 (32,3%)	95
wysoki	27 (11,9%)	14 (21,5%)	41
Razem	226	65	291

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Korzystanie w celu wzmocnienia zdrowia z informacji ze stron internetowych niemal w ogóle nie różnicowało miar poziomu zachowań zdrowotnych, ani też klasyfikacji dokonanej na podstawie miary sumarycznej. Wartości prawdopodobieństwa testowego p dla wszystkich przeprowadzonych testów bardzo wyraźnie przekraczają 0,05. Wyniki obrazuje Tabela XXXIV.

Korzystanie z informacji o zdrowiu przekazywanych przez użytkowników portali społecznościowych wpływało na znamiennie wyższy poziom zachowań zdrowotnych w obszarze nastawienia psychicznego. Wartość średnia tej miary dla osób korzystających z pomysłów z portali społecznościowych to 3,36 wobec 3,19 w pozostałej grupie (wartość prawdopodobieństwa testowego p = 0,0288*). Pozostałe zależności nie były istotne statystycznie. Również rozkład klasyfikacji poziomu zachowań zdrowotnych nie zależy w istotny statystycznie sposób od wykorzystywania informacji z portali społecznościowych (Tabela XXXV).

Tabela XXXIV. Wpływ częstości korzystania z informacji o zdrowiu ze stron internetowych na preferowane zachowania zdrowotne

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	Korzystanie z pomysłów ze stron internetowych						*p*
	nie (*N* = 139)			tak (*N* = 181)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,25	3,33	0,80	3,31	3,33	0,80	0,5527
zachowania profilaktyczne	3,23	3,17	0,72	3,27	3,33	0,67	0,6211
pozytywne nastawienie psychiczne	3,27	3,17	0,76	3,30	3,33	0,68	0,6656
praktyki zdrowotne	2,99	3,00	0,73	3,05	3,00	0,70	0,4047
miara sumaryczna	76,4	77	15,4	77,6	77	13,3	0,4692

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu *t* dla prób niezależnych

Poziom zachowań zdrowotnych	Korzystanie z pomysłów ze stron internetowych (*p* = 0,9154)		Razem
	nie	tak	
niski	71 (51,1%)	93 (51,4%)	164
przeciętny	45 (32,4%)	61 (33,7%)	106
wysoki	23 (16,5%)	27 (14,9%)	50
Razem	139	181	320

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela XXXV. Wpływ częstości korzystania z informacji o zdrowiu przekazywanych przez użytkowników portali społecznościowych

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	Korzystanie z pomysłów z portali społecznościowych						*p*
	nie (*N* = 172)			tak (*N* = 149)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,26	3,33	0,80	3,28	3,17	0,77	0,7845
zachowania profilaktyczne	3,20	3,17	0,67	3,32	3,33	0,72	0,1438
pozytywne nastawienie psychiczne	3,19	3,17	0,71	3,36	3,33	0,68	0,0288*
praktyki zdrowotne	3,00	3,00	0,69	3,04	3,00	0,73	0,6278
miara sumaryczna	75,9	76,5	14,1	78,0	77	13,8	0,1831

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu *t* dla prób niezależnych

Poziom zachowań zdrowotnych	Pomysły z portali społecznościowych (*p* = 0,6875)		Razem
	nie	tak	
niski	91 (52,9%)	75 (50,3%)	166
przeciętny	57 (33,1%)	48 (32,2%)	105
wysoki	24 (14,0%)	26 (17,4%)	50
Razem	172	149	321

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyznaczana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Analiza wpływu treści prozdrowotnych w mediach na styl życia ankietowanej osoby i decyzji dotyczących zdrowia na deklarowany poziom zachowań zdrowotnych

Dokonano także analizy związku pomiędzy wpływem treści prozdrowotnych w mediach na styl życia ankietowanej osoby i decyzje dotyczące zdrowia, a deklarowanym poziomem zachowań zdrowotnych.

W analizie skupiono się na liczbowych miarach IZZ, aby zbadać wpływ stosunku do treści zdrowotnych w mediach nie tylko na sumaryczną miarę IZZ, ale także poszczególne aspekty zachowań zdrowotnych. Ocenie podano także klasyfikacje poziomu zachowań zdrowotnych w porównywanych grupach, ale skupiono się przede wszystkim na analizie i graficznej prezentacji liczbowych miar IZZ.

Tabela XXXVI. Wpływ telewizji na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Wpływ telewizji na styl życia ankietowanej osoby**									***p***
	tak (*N* = 87)			**nie (*N* = 173)**			**nie wiem (*N* = 73)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,47	3,50	0,78	3,25	3,17	0,81	3,22	3,17	0,76	0,0747
zachowania profilaktyczne	3,48	3,50	0,79	3,16	3,17	0,68	3,29	3,33	0,58	0,0020**
nastawienie psychiczne	3,44	3,33	0,72	3,20	3,17	0,71	3,37	3,33	0,67	0,0217*
praktyki zdrowotne	3,25	3,17	0,77	2,97	3,00	0,71	2,97	3,00	0,63	0,0100*
miara sumaryczna	81,8	81	15,0	75,5	75	14,3	77,1	77	12,3	0,0033**

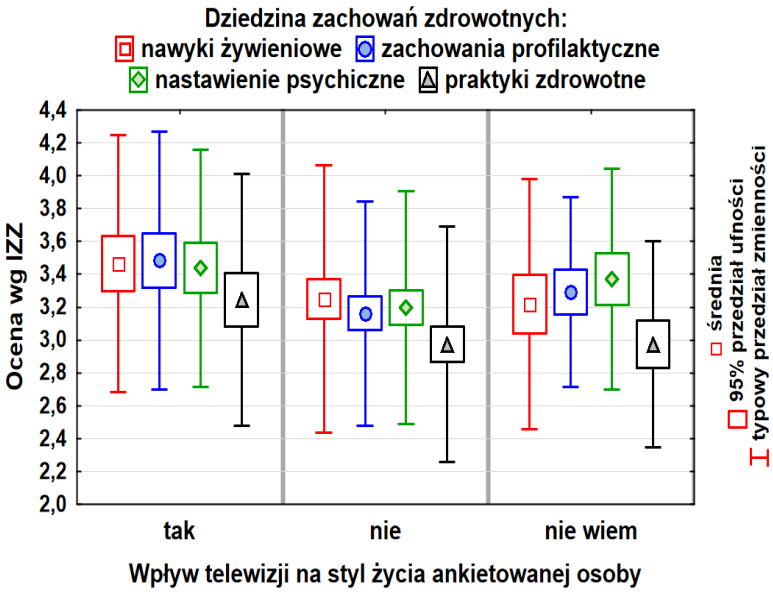
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	**Wpływ telewizji na styl życia ankietowanej osoby (*p* = 0,0245*)**			Razem
	tak	**nie**	**nie wiem**	
niski	35 (40,2%)	94 (54,3%)	38 (52,1%)	167
przeciętny	28 (32,2%)	55 (31,8%)	27 (37,0%)	110
wysoki	24 (27,6%)	24 (13,9%)	8 (11,0%)	56
Razem	87	173	73	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

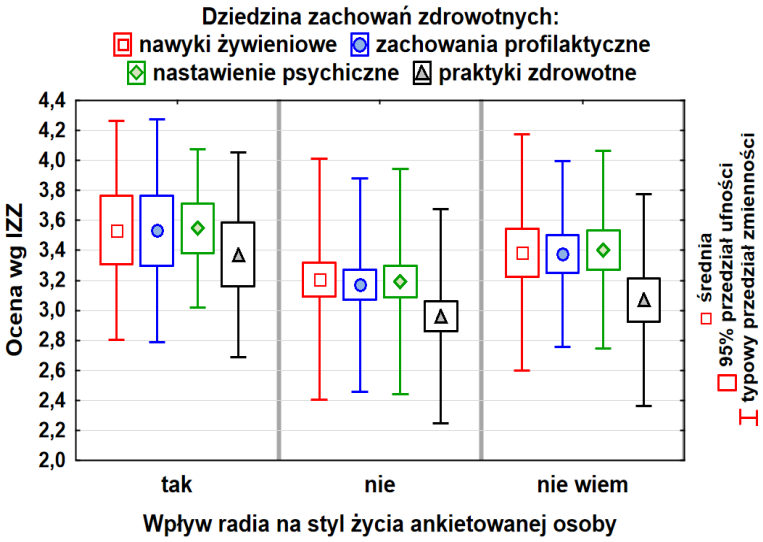
Stwierdzono, że niemal wszystkie miary zachowań zdrowotnych wykazywały zróżnicowanie względem występowania wpływu telewizji na styl życia ankietowanych osób. Stwierdzić więc można, iż dla każdego z obszarów zachowań zdrowotnych najlepsze wyniki

uzyskały osoby, które korzystały z informacji na temat stylu życia przekazywanych w telewizji. Podobne wnioski można wyciągnąć porównując rozkład kategorii zachowań zdrowotnych względem podatności na wpływ telewizji. Wyniki obrazuje Tabela XXXVI oraz Rycina 2.



Rycina 2. Wpływ telewizji na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Przy porównaniu poziomu zachowań zdrowotnych w różnych obszarach względem deklarowanego czerpania wzorców z programów radiowych stwierdzono, że różnice pomiędzy badanymi grupami były nawet bardziej wyraziste niż dla telewizji. Wyniki obrazuje Rycina 3 i Tabela XXXVII.



Rycina 3. Wpływ radia na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Tabela XXXVII. Wpływ radia na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	Wpływ radia na styl życia ankietowanej osoby									*p*
	tak (*N* = 42)			nie (*N* = 195)			nie wiem (*N* = 96)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,54	3,33	0,73	3,21	3,17	0,80	3,39	3,50	0,79	0,0236*
zachowania profilaktyczne	3,53	3,50	0,74	3,17	3,17	0,71	3,37	3,33	0,62	0,0025**
nastawienie psychiczne	3,55	3,50	0,53	3,19	3,17	0,75	3,40	3,33	0,66	0,0030**
praktyki zdrowotne	3,37	3,25	0,68	2,96	3,00	0,71	3,07	3,00	0,71	0,0030**
miara sumaryczna	83,9	82	12,7	75,2	74	14,6	79,4	78	13,3	0,0004***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Wpływ radia na styl życia ankietowanej osoby (*p* = 0,0467*)			Razem
	tak	nie	nie wiem	
Niski	14 (33,3%)	109 (55,9%)	44 (45,8%)	167
Przeciętny	16 (38,1%)	59 (30,3%)	35 (36,5%)	110
Wysoki	12 (28,6%)	27 (13,8%)	17 (17,7%)	56
Razem	42	195	96	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Na poziom zachowań zdrowotnych wpływało także czerpanie wzorców z prasy. Był on najwyższy (dla wszystkich wyodrębnionych obszarów i miary sumarycznej) w grupie deklarującej wpływ informacji z prasy na styl życia, a najniższy – w przypadku przeciwnym. Wyniki obrazuje Tab. XXXVIII oraz Rycina 4.

Co ciekawe, nie było tak wyraźnej relacji pomiędzy wpływem Internetu na styl życia a poziomem zachowań zdrowotnych. Statystycznie istotna zależność występowała tylko dla obszaru zachowań profilaktycznych i miary sumarycznej IZZ, ale różnice pomiędzy średnimi wartościami tych miar nie były tak duże, jak było to w przypadku badania relacji pomiędzy wpływem telewizji, radia czy prasy na styl życia a miarami IZZ. Wyniki obrazuje Rycina 5 i Tabela XXXIX.

Wpływ medycznych seriali filmowych oraz informacji społecznościowych na styl życia ankietowanych osób nie korelował z ich faktycznym poziomem zachowań zdrowotnych. Wyniki obrazują Tabela XL i Tabela XLI.

W analogiczny sposób zbadano zróżnicowanie wartości miar IZZ, czyli faktycznego poziomu zachowań zdrowotnych, względem deklaracji o wpływie poszczególnych mediów na decyzje dotyczące zdrowia ankietowanej osoby.

Stwierdzono, że najwyższe wartości miar IZZ (statystycznie istotne różnice nie dotyczą tylko praktyk zdrowotnych) dotyczyły osób, które deklarowały wpływ telewizji na ich decyzje dotyczące zdrowia. Wyniki obrazuje Tab. XLII i Ryc. 6.

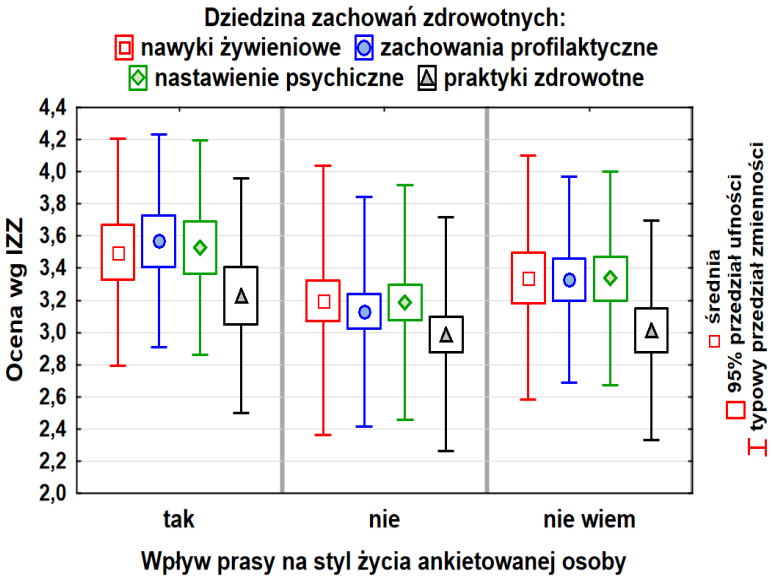
Tabela XXXVIII. Wpływ prasy na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	Wpływ prasy na styl życia ankietowanej osoby									*p*
	tak (*N* = 67)			nie (*N* = 172)			nie wiem (*N* = 94)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,50	3,33	0,70	3,20	3,17	0,84	3,34	3,33	0,76	0,0268*
zachowania profilaktyczne	3,57	3,50	0,66	3,13	3,00	0,71	3,33	3,33	0,64	0,0000***
nastawienie psychiczne	3,53	3,50	0,67	3,19	3,17	0,73	3,34	3,33	0,67	0,0032**
praktyki zdrowotne	3,23	3,17	0,73	2,99	3,00	0,73	3,01	3,00	0,68	0,0571
miara sumaryczna	83,0	81	13,1	75,0	74	14,7	78,1	78	13,3	0,0005***

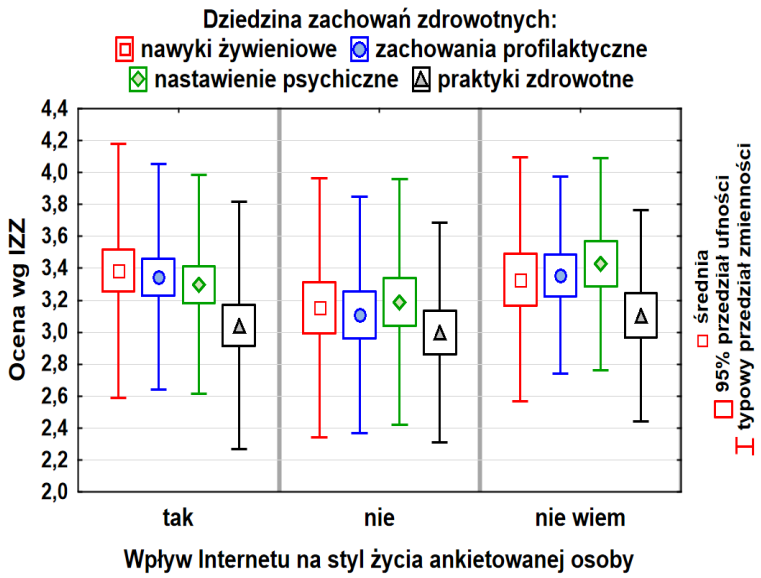
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Wpływ prasy na styl życia ankietowanej osoby (*p* = 0,0389*)			Razem
	tak	nie	nie wiem	
niski	24 (35,8%)	99 (57,6%)	44 (46,8%)	167
przeciętny	27 (40,3%)	49 (28,5%)	34 (36,2%)	110
wysoki	16 (23,9%)	24 (14,0%)	16 (17,0%)	56
Razem	67	172	94	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 4. Wpływ prasy na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych



Rycina 5. Wpływ Internetu na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Tabela XXXIX. Wpływ Internetu na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)	Wpływ Internetu na styl życia ankietowanej osoby									*p*
	tak (*N* = 143)			nie (*N* = 103)			nie wiem (*N* = 87)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,39	3,33	0,80	3,15	3,00	0,81	3,33	3,33	0,76	0,0714
zachowania profilaktyczne	3,35	3,33	0,71	3,11	3,00	0,74	3,36	3,33	0,62	0,0142*
nastawienie psychiczne	3,30	3,33	0,69	3,19	3,17	0,77	3,43	3,33	0,66	0,0707
praktyki zdrowotne	3,04	3,00	0,77	3,00	3,00	0,69	3,11	3,17	0,66	0,5929
miara sumaryczna	78,4	78	13,8	74,7	74	15,6	79,3	81	13,0	0,0495*

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Wpływ Internetu na styl życia ankietowanej osoby (*p* = 0,3250)			Razem
	Tak	nie	nie wiem	
niski	70 (49,0%)	59 (57,3%)	38 (43,7%)	167
przeciętny	46 (32,2%)	29 (28,2%)	35 (40,2%)	110
wysoki	27 (18,9%)	15 (14,6%)	14 (16,1%)	56
Razem	143	103	87	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela XL. Wpływ medycznych seriali filmowych na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	Medyczne seriale filmowe a styl życia ankietowanej osoby									*p*
	tak (*N* = 48)			nie (*N* = 182)			nie wiem (*N* = 103)			
	$\bar{x}$	Me	*S*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,41	3,33	0,71	3,27	3,25	0,78	3,31	3,33	0,86	0,5186
zachowania profilaktyczne	3,40	3,33	0,83	3,21	3,17	0,68	3,34	3,33	0,66	0,1287
nastawienie psychiczne	3,32	3,33	0,72	3,29	3,33	0,69	3,29	3,33	0,75	0,9668
praktyki zdrowotne	3,10	3,08	0,77	3,03	3,00	0,72	3,05	3,00	0,70	0,7929
miara sumaryczna	79,5	78	14,4	76,8	77,5	13,9	77,9	77	14,9	0,4765

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Medyczne seriale filmowe a styl życia ankietowanej osoby (*p* = 0,8947)			Razem
	tak	nie	nie wiem	
niski	23 (47,9%)	91 (50,0%)	53 (51,5%)	167
przeciętny	15 (31,3%)	63 (34,6%)	32 (31,1%)	110
wysoki	10 (20,8%)	28 (15,4%)	18 (17,5%)	56
Razem	48	182	103	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela XLI. Wpływ portali społecznościowych na styl życia ankietowanej osoby w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	Portale społecznościowe a styl życia ankietowanej osoby									*p*
	tak (*N* = 70)			nie (*N* = 146)			nie wiem (*N* = 117)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,39	3,33	0,74	3,28	3,33	0,79	3,27	3,33	0,83	0,5475
zachowania profilaktyczne	3,29	3,33	0,74	3,19	3,17	0,70	3,37	3,33	0,66	0,1053
nastawienie psychiczne	3,29	3,25	0,65	3,27	3,33	0,73	3,34	3,33	0,73	0,7406
praktyki zdrowotne	3,03	3,00	0,73	3,01	3,00	0,73	3,09	3,00	0,71	0,6957
miara sumaryczna	78,1	78	13,3	76,5	76,5	14,5	78,5	78	14,6	0,5096

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Portale społecznościowe a styl życia ankietowanej osoby (*p* = 0,7512)			Razem
	tak	nie	nie wiem	
niski	33 (47,1%)	76 (52,1%)	58 (49,6%)	167
przeciętny	23 (32,9%)	50 (34,2%)	37 (31,6%)	110
wysoki	14 (20,0%)	20 (13,7%)	22 (18,8%)	56
Razem	70	146	117	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

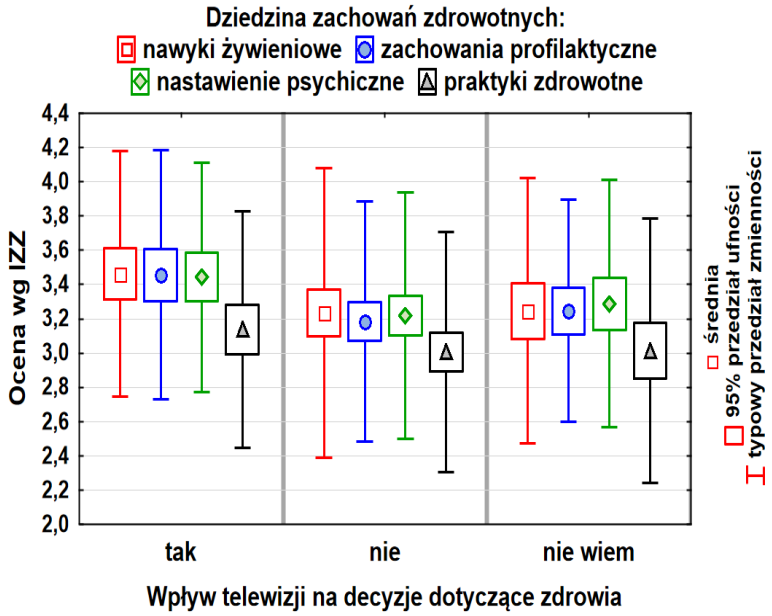
Tabela XLII. Wpływ telewizji na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	Wpływ telewizji na decyzje dotyczące zdrowia									*p*
	tak (*N* = 90)			nie (*N* = 154)			nie wiem (*N* = 89)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,46	3,50	0,72	3,23	3,17	0,84	3,25	3,17	0,77	0,0743
zachowania profilaktyczne	3,46	3,42	0,73	3,19	3,17	0,70	3,25	3,17	0,65	0,0121*
nastawienie psychiczne	3,44	3,33	0,67	3,22	3,17	0,72	3,29	3,33	0,72	0,0556
praktyki zdrowotne	3,14	3,17	0,69	3,01	3,00	0,70	3,01	3,00	0,77	0,3493
miara sumaryczna	81,0	79	13,4	75,9	77,5	14,2	76,8	74	14,8	0,0209*

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Wpływ telewizji na decyzje dotyczące zdrowia (*p* = 0,1072)			Razem
	tak	Nie	nie wiem	
niski	38 (42,2%)	77 (50,0%)	52 (58,4%)	167
przeciętny	33 (36,7%)	56 (36,4%)	21 (23,6%)	110
wysoki	19 (21,1%)	21 (13,6%)	16 (18,0%)	56
Razem	90	154	89	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 6. Wpływ telewizji na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Relacje pomiędzy wpływem radia na decyzje dotyczące zdrowia a poziomem IZZ były dużo słabsze i dotyczyły w zasadzie tylko nastawienia psychicznego (p = 0,0403*). Wyniki obrazuje Tabela XLIII i Rycina 7.

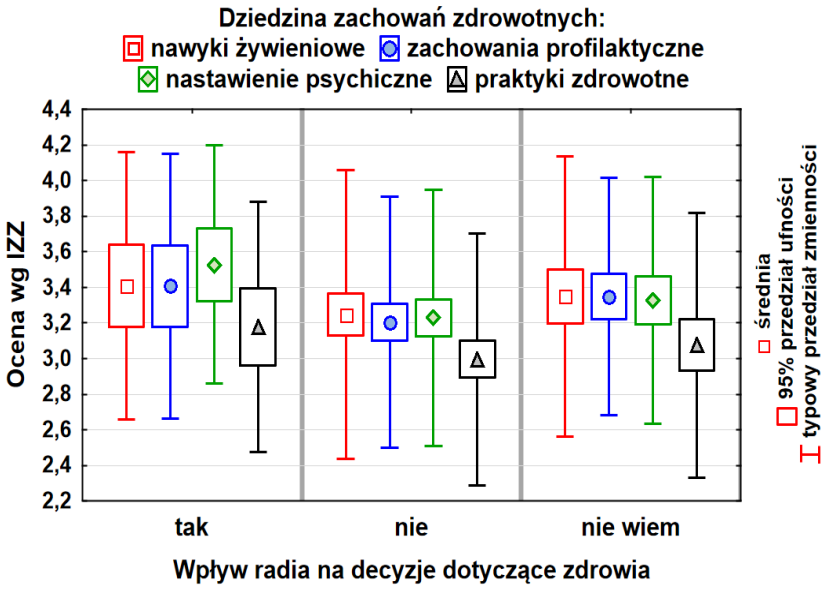
Tabela XLIII. Wpływ radia na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Wpływ radia na decyzje dotyczące zdrowia**									***p***
	tak (*N* = 43)			**nie (*N* = 185)**			**nie wiem (*N* = 105)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,41	3,33	0,75	3,25	3,17	0,81	3,35	3,33	0,79	0,3689
zachowania profilaktyczne	3,41	3,33	0,74	3,20	3,17	0,71	3,35	3,33	0,67	0,1018
nastawienie psychiczne	3,53	3,33	0,67	3,23	3,17	0,72	3,33	3,33	0,70	0,0403*
praktyki zdrowotne	3,18	3,17	0,70	3,00	3,00	0,71	3,08	3,00	0,74	0,2839
miara sumaryczna	81,1	82	14,0	76,1	76	14,1	78,6	77	14,4	0,0710

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	**Wpływ radia na decyzje dotyczące zdrowia (p = 0,1733)**			Razem
	tak (*N* = 43)	**nie (*N* = 185)**	**nie wiem (*N* = 105)**	
Niski	16 (37,2%)	97 (52,4%)	54 (51,4%)	167
przeciętny	18 (41,9%)	63 (34,1%)	29 (27,6%)	110
wysoki	9 (20,9%)	25 (13,5%)	22 (21,0%)	56

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 7. Wpływ radia na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Natomiast bardzo wyraziste były relacje pomiędzy wpływem prasy na decyzje dotyczące zdrowia a poziomem IZZ. Zależności dotyczyły wszystkich miar za wyjątkiem nawyków żywieniowych. Wyniki obrazuje Tabela XLIV i Ryc. 8.

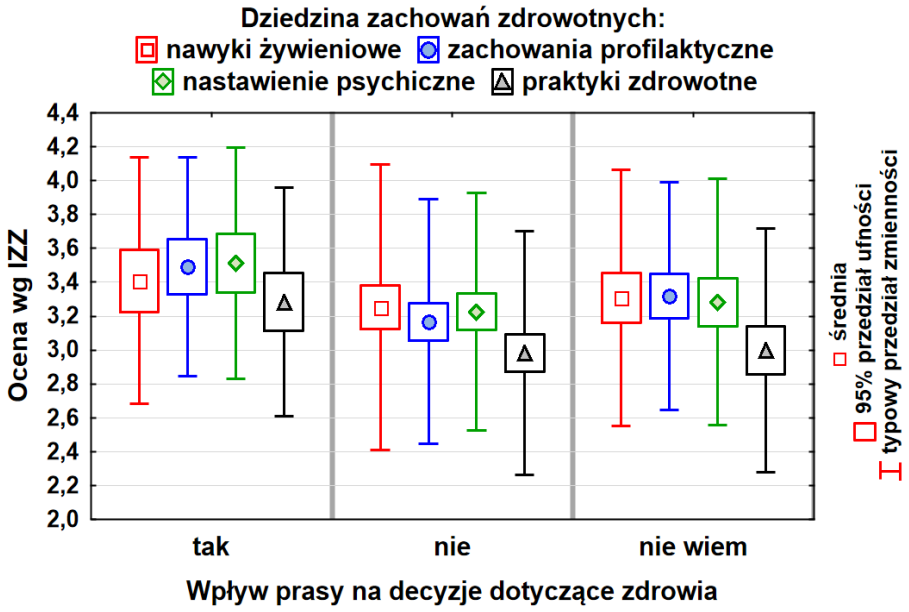
Tabela XLIV. Wpływ prasy na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	Wpływ prasy na decyzje dotyczące zdrowia									*p*
	Tak (*N* = 63)			nie (*N* = 167)			nie wiem (*N* = 103)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,41	3,33	0,73	3,25	3,17	0,84	3,31	3,33	0,76	0,4057
zachowania profilaktyczne	3,49	3,50	0,64	3,17	3,17	0,72	3,32	3,33	0,67	0,0052**
nastawienie psychiczne	3,51	3,33	0,68	3,23	3,17	0,70	3,28	3,33	0,73	0,0229*
praktyki zdrowotne	3,28	3,33	0,67	2,98	3,00	0,72	3,00	3,00	0,72	0,0135*
miara sumaryczna	82,2	82	13,3	75,8	76	14,3	77,5	76	14,3	0,0096**

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Wpływ prasy na decyzje dotyczące zdrowia (*p* = 0,1616)			Razem
	tak	nie	nie wiem	
niski	24 (38,1%)	89 (53,3%)	54 (52,4%)	167
przeciętny	24 (38,1%)	56 (33,5%)	30 (29,1%)	110
wysoki	15 (23,8%)	22 (13,2%)	19 (18,4%)	56
Razem	63	167	103	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 8. Wpływ prasy na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Informacje z Internetu wpływające na decyzje dotyczące zdrowia różnicowały jedynie zachowania profilaktyczne i były wyższe (średnio rzecz biorąc 3,36 pkt. wobec 3,12 pkt.) wśród osób, nie stosujących w praktyce zdobytej wiedzy z Internetu (Tabela XLV i Rycina 9).

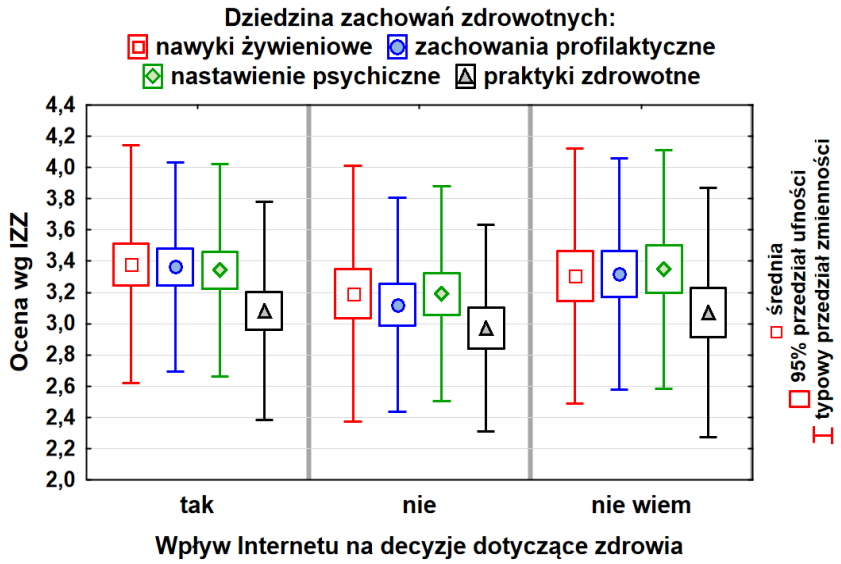
Tabela XLV. Wpływ Internetu na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	Wpływ Internetu na decyzje dotyczące zdrowia									*p*
	Tak (*N* = 130)			Nie (*N* = 103)			nie wiem (*N* = 100)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,38	3,33	0,76	3,19	3,17	0,82	3,31	3,33	0,82	0,2047
zachowania profilaktyczne	3,36	3,33	0,67	3,12	3,17	0,68	3,32	3,33	0,74	0,0240*
nastawienie psychiczne	3,34	3,33	0,68	3,19	3,17	0,69	3,35	3,33	0,77	0,1918
praktyki zdrowotne	3,08	3,08	0,70	2,97	3,00	0,66	3,07	3,00	0,80	0,4662
miara sumaryczna	79,0	78	12,7	74,9	75	14,2	78,3	76,5	16,0	0,0724

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	Wpływ Internetu na decyzje dotyczące zdrowia (*p* = 0,1081)			Razem
	tak	nie	nie wiem	
niski	60 (46,2%)	56 (54,4%)	51 (51,0%)	167
przeciętny	48 (36,9%)	36 (35,0%)	26 (26,0%)	110
wysoki	22 (16,9%)	11 (10,7%)	23 (23,0%)	56
Razem	130	103	100	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 9. Wpływ Internetu na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Informacje z przekazu seriali medycznych dotyczące zdrowia nie różnicowały znacząco miar IZZ - wartość prawdopodobieństwa testowego *p* dla wszystkich wykonanych testów znacznie przekraczała 0,05. Wyniki obrazuje Tabela XLVI.

Tabela XLVI. Wpływ seriali medycznych na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Medyczne seriale filmowe a decyzje dotyczące zdrowia**									***p***
	Tak (*N* = 41)			**nie (*N* = 187)**			**nie wiem (*N* = 105)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
nawyki żywieniowe	3,31	3,33	0,79	3,27	3,33	0,79	3,35	3,33	0,82	0,6636
zachowania profilaktyczne	3,37	3,33	0,80	3,21	3,17	0,67	3,36	3,33	0,71	0,1232
nastawienie psychiczne	3,36	3,33	0,69	3,26	3,17	0,69	3,35	3,33	0,76	0,4962
praktyki zdrowotne	3,17	3,17	0,76	2,98	3,00	0,69	3,12	3,00	0,75	0,1266
miara sumaryczna	79,3	78	14,8	76,2	78	13,4	79,1	77	15,4	0,1820

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	**Medyczne seriale filmowe a decyzje dotyczące zdrowia (*p* = 0,1562)**			Razem
	tak	**nie**	**nie wiem**	
niski	20 (48,8%)	93 (49,7%)	54 (51,4%)	167
przeciętny	12 (29,3%)	70 (37,4%)	28 (26,7%)	110
wysoki	9 (22,0%)	24 (12,8%)	23 (21,9%)	56
Razem	41	187	105	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Także informacje z przekazu portali społecznościowych dotyczące zdrowia nie różnicowały znacząco miar IZZ - wartość prawdopodobieństwa testowego *p* dla wszystkich wykonanych testów znacznie przekraczała 0,05:

- nawyki żywieniowe – p=0,8876
- zachowania profilaktyczne - p=0,0780
- nastawienie psychiczne - p=0,3798
- praktyki zdrowotne - p=0,5104

- miara sumaryczna - p=0,3349

Wyniki obrazuje Tabela XLVII.

Tabela XLVII. Wpływ portali społecznościowych na decyzje dotyczące zdrowia w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych

Kryteria zachowań zdrowotnych (IZZ)	**Portale społecznościowe a decyzje dotyczące zdrowia**									***p***
	tak (*N* = 65)			**Nie (*N* = 156)**			**nie wiem (*N* = 112)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
Nawyki żywieniowe	3,33	3,33	0,81	3,28	3,33	0,80	3,31	3,33	0,79	0,8876
zachowania profilaktyczne	3,29	3,33	0,66	3,19	3,17	0,70	3,38	3,33	0,71	0,0780
nastawienie psychiczne	3,28	3,33	0,75	3,25	3,17	0,66	3,37	3,50	0,75	0,3798
Praktyki zdrowotne	3,00	3,00	0,63	3,02	3,00	0,73	3,11	3,00	0,75	0,5104
Miara sumaryczna	77,4	77	12,7	76,4	77,5	13,7	79,1	77,5	15,8	0,3349

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji (ANOVA)

Poziom zachowań zdrowotnych	**Portale społecznościowe a decyzje dotyczące zdrowia (*p* = 0,0909)**			Razem
	tak	**nie**	**nie wiem**	
niski	33 (50,8%)	78 (50,0%)	56 (50,0%)	167
przeciętny	23 (35,4%)	58 (37,2%)	29 (25,9%)	110
wysoki	9 (13,8%)	20 (12,8%)	27 (24,1%)	56
Razem	65	156	112	333

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

WERYFIKACJA HIPOTEZ

Hipoteza 1. Respondentki uważają za wiarygodne informacje na temat zdrowia podawane w mediach i Internecie

Hipoteza nie potwierdzona

- Niewiele badanych kobiet uważało media za źródło wiarygodnych informacji o zdrowiu (prasę -11,1% osób; telewizję – 7,8% osób; radio – 7.8% osób; Internet – 7,8% osób; medyczne seriale – 6% osób; portale społecznościowe – 3,6% osób).

Hipoteza 2. Istnieje zależność pomiędzy informacjami związanymi ze zdrowiem przekazywanymi w mediach i Internecie, a podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi

Hipoteza potwierdzona

- Badane uważały, że media mogą przyczyniać się do wzrostu wiedzy medycznej, a dominującą rolę przypisywały Internetowi (31,2%) i telewizji (37,2%).
- W razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych 23,4% badanych szukało informacji w Internecie, 3% na portalach społecznościowych, a 0,6% w serialach medycznych.
- Wiedzę z Internetu na temat zdrowego stylu życia czerpało 86,5% badanych, o zdrowiu - 54,4% osób, a na temat leków używanych w ostatnim półroczu - 24,6% osób.
- Pod wpływem wiadomości z Internetu decyzje dotyczące własnego zdrowia podejmowało 39% badanych, a 42,6% odnośnie zmiany stylu życia.
- Pod wpływem wiadomości z telewizji decyzje dotyczące własnego zdrowia podejmowało 27% badanych.
- Najsłabsze oddziaływanie w opinii badanych miało radio (12,9%) oraz medyczne seriale telewizyjne (12,3%).

Hipoteza 3. Respondentki są raczej zadowolone ze swojego życia.

Hipoteza potwierdzona

- Badane uzyskały średnio 23 pkt. w skali SWLS co oznacza, że należały do osób raczej zadowolonych ze swojego życia.

- Po przeliczeniu zgodnie z zaleceniami autora skali wyników punktowych na steny otrzymano średnio – 6,3±2,1 stena, co oznacza satysfakcję z życia ponad przeciętną.

Hipoteza 4. Preferowane zachowania zdrowotne respondentek są wysokie, a badane korzystają z pomocy medycznej, jeżeli tylko zaistnieje taka potrzeba i najczęściej stosują się do zaleceń lekarza.

Hipoteza częściowo potwierdzona

- Wartość sumaryczna skali IZZ w badanej zbiorowości wynosiła średnio 77,5 pkt., co nie jest wartością bardzo wysoką, sytuuje się bowiem ponad połowie możliwości potencjalnego zakresu do maks.120 pkt.
- Ponad połowa ankietowanych kobiet wykazywała niski poziom zachowań zdrowotnych (50,2%), a pozostałe przeciętny – 33% i wysoki tylko 17%
- Większość badanych (46,5%) korzystała z opieki medycznej wtedy, kiedy zaistniała taka potrzeba.
- Zawsze do zaleceń lekarza stosowało się 53,8% badanych, jednakże mimo to w razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych najwięcej respondentek stosowało domowe sposoby terapii (52,3%).

Hipoteza 5. Istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją z życia, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem materialnym, samooceną stanu zdrowia i stosowaniem się do zaleceń lekarza.

Hipoteza częściowo potwierdzona

- Osoby o wyższej satysfakcji z życia miały też wyższy poziom zachowań zdrowotnych, przy czym siła zależności była największa w przypadku miary nastawienia psychicznego, zaś najsłabsza w przypadku zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych.
- Miejsce zamieszkania i wykształcenie nie różnicowało poziomu liczbowych miar zachowań zdrowotnych ankietowanych kobiet oraz rozkładu klasyfikacji poziomu zachowań zdrowotnych.
- Poziom materialnych zasobów rodziny różnicował w znamienny statystycznie sposób podejmowanie zachowań profilaktycznych.

- Wyższy poziom zachowań zdrowotnych dotyczył grupy 60. latków w stosunku do młodszych kobiet i w tej grupie było zdecydowanie najwięcej (ok. 45%) osób z wysoką oceną poziomu zachowań zdrowotnych.
- Im gorsza była samoocena stanu zdrowia przez badane kobiety, tym niższy był poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich rozważanych obszarach.
- Badane stosujące się zawsze do zaleceń lekarza miały znamiennie wyższy poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich rozważanych obszarach (co czwarta charakteryzowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, wobec niespełna co dziesiątej osoby w pozostałej części ankietowanych osób).

Hipoteza 6. Istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a częstością korzystania z mediów i Internetu, rodzajem preferowanych programów, stron i portali społecznościowych.

Hipoteza częściowo potwierdzona

- Respondentki korzystające z wiadomości dotyczących zdrowia zawartych w przeczytanych artykułach w czasopismach miały również wyższy poziom zachowań zdrowotnych dla wszystkich pięciu miar wyznaczanych na podstawie kwestionariusza IZZ.
- Ankietowane korzystające z wiadomości dotyczących zdrowia zawartych w przeczytanych artykułach w czasopismach miały ponad dwukrotnie częściej wysoki poziom zachowań zdrowotnych.
- Kobiety korzystające z informacji dotyczących zdrowia prezentowanych w programach telewizyjnych miały nieco wyższy poziom zachowań zdrowotnych.
- W grupie korzystających z wiadomości telewizyjnych odnośnie zachowań zdrowotnych było niemal dwa razy więcej kobiet klasyfikowanych jako wykazujące wysoki poziom zachowań zdrowotnych.
- W grupie respondentek wykorzystujących w życiu w celu wzmocnienia zdrowia informacje zawarte w serialach medycznych było więcej osób wykazujących wysoki poziom zachowań zdrowotnych, ale różnica pomiędzy porównywanymi grupami nie była istotna statystycznie.
- Korzystanie w celu wzmocnienia zdrowia z informacji zawartych na stronach internetowych niemal w ogóle nie różnicowało miar poziomu zachowań zdrowotnych, ani też klasyfikacji dokonanej na podstawie miary sumarycznej.

- Korzystanie z informacji o zdrowiu przekazywanych przez użytkowników portali społecznościowych wpływało na znamiennie wyższy poziom zachowań zdrowotnych jedynie w obszarze nastawienia psychicznego. Pozostałe zależności nie były istotne statystycznie.
- Rozkład klasyfikacji poziomu zachowań zdrowotnych nie zależał w istotny statystycznie sposób od wykorzystywania informacji z portali społecznościowych.
- W przypadku każdego z obszarów zachowań zdrowotnych najlepsze wyniki uzyskały osoby, które korzystały z informacji na temat stylu życia przekazywanych w telewizji.
- Czerpanie wzorców z prasy wpływało na poziom zachowań zdrowotnych, był on najwyższy (dla wszystkich wyodrębnionych obszarów i miary sumarycznej), gdy ankietowana deklarowała wpływ informacji z prasy na jej styl życia, a najniższy – w przypadku przeciwnym.
- W przypadku wpływu Internetu na styl życia w kontekście poziomu zachowań zdrowotnych statystycznie istotna zależność występowała tylko dla obszaru zachowań profilaktycznych i miary sumarycznej IZZ.
- Wpływ medycznych seriali filmowych czy informacji społecznościowych na styl życia ankietowanych kobiet nie korelował z ich faktycznym poziomem zachowań zdrowotnych.
- Najwyższe wartości miar IZZ dotyczyły badanych, które deklarowały wpływ telewizji na ich decyzje dotyczące zdrowia.
- Relacje pomiędzy wpływem radia na decyzje dotyczące zdrowia a poziomem IZZ były dużo słabsze i dotyczyły w zasadzie tylko nastawienia psychicznego
- Bardzo wyraziste były relacje pomiędzy wpływem prasy na decyzje dotyczące zdrowia a poziomem IZZ i dotyczyły wszystkich miar za wyjątkiem nawyków żywieniowych.

OGRANICZENIA BADANIA

Za ograniczenia badania, które mogły mieć wpływ na uzyskane wyniki można uznać:

- udział w badaniu samych kobiet – w przyszłości warto zbadać problem także w grupie mężczyzn
- udział w badaniu większości osób z miasta – w przyszłości warto zbadać problem także w większej grupie osób zamieszkujących na wsi
- udział w badaniu reprezentantek środowiska akademickiego (studentek, pracownic uczelni medycznej oraz studentek uniwersytetów zdrowego seniora), które z założenia powinny mieć większą świadomość znaczenia rzetelnych źródeł informacji na temat zdrowia - w przyszłości warto problem zbadać w grupach nie mających na co dzień styczności z problematyką medyczną.

DYSKUSJA

Współczesny świat to mnogość mass mediów (telewizja, radio, prasa, Internet, czasopisma, książki) docierających do ogromnej rzeszy osób, informują, edukują i wprowadzają zmiany w zachowaniach odbiorców, w tym dotyczące zachowań zdrowotnych [cyt. za Piotrowska-Jastrzębska i wsp., 2001].

McCombs i Shaw [cyt. za Mrozowski 2001] uważają, że media „nie mają wpływu na to, co ludzie myślą, a więc na ich poglądy i opinie, mają jednak wpływ na to, o czym ludzie myślą, czyli mogą skupiać ich uwagę na jednych sprawach i tym samym odwracać ją od innych".

W literaturze przedmiotu [cyt. za Ciupał, Mastalerz-Migasz, 2013] przytacza się liczne badania wykazujące, iż dzięki takim środkom przekazu, jak radio, TV, prasa lub Internet, można zauważyć wzrost przyswojenia wiedzy (o 50%), oszczędności czasu (38-70%), tempa uczenia się (60%) oraz zakresu przyswojonej wiedzy (25-50%).

Warto jednak pamiętać, za Stoner i Freeman [Stoner, Freeman, 2001], że wpływ każdego rodzaju środka masowego przekazu może być pozytywny (np. promując prozdrowotny styl życia, zachęcając do zmiany nieprawidłowych nawyków żywieniowych, wskazując zalety aktywności fizycznej), ale i negatywny (np. promując używki, niezdrową żywność, przekazując nierzetelną wiedzę).

Telewizja, za Gulczyńska i Jankowiak [Gulczyńska, Jankowiak, 2007], jako bardzo atrakcyjna forma rozrywki przede wszystkim dla dzieci często kreuje „odrealnioną rzeczywistość", ale spełnia także wobec nich ogromną rolę edukacyjną. Z jednej strony zaspokaja młodzieńczą ciekawość poznawczą, a z drugiej - stymuluje rozwój słownictwa, rozwija myślenie przyczynowo skutkowe i dostarcza pomysłów na spędzenie wolnego czasu. Autorki [Gulczyńska, Jankowiak, 2007] uważają, że pozytywny efekt będzie tym większy, im szybciej dziecko zacznie korzystać z programów edukacyjnych, ale zwracają uwagę, aby pamiętać, że im bardziej będzie realistyczny bohater, tym istnieje większe prawdopodobieństwo przejęcia jego zachowań. Udowodniono, że z programów które im się podobają uczą się najwięcej dzieci najmłodsze, z programów pozbawionych przemocy – dziewięciolatki, a z programów bez przemocy oraz z drastycznymi scenami - jedenastolatki [cyt. z Gulczyńska, Jankowiak, 2007]. Najprężniej rozwijającym się i najpopularniejszym środkiem masowego przekazu jest jednak Internet, a wzrost jego popularności powiązany jest z łatwym dostępem oraz z szerokim zakresem możliwości interakcji – z jednej strony jest więc formą rozrywki, a z drugiej źródłem wiedzy [Ludwisiak i wsp., 2016].

Za praktyczny wyraz powyższego uważany jest wzrost rozwoju „społeczeństwa informacyjnego”, (*jahoka shakai* - czyli „społeczeństwo informujące się przez komputer), który to termin prawdopodobnie jako pierwszy, za Gołka [Gołka, 2005] zaproponował w roku 1963 Japończyk Tadeo Umesao, spopularyzowany został przez Kenichi Koyama, a do badań zastosowany przez Yuji Maruda [cyt. za Gołka, 2005].

W piśmiennictwie, za Wilk [Wilk, 2000], funkcjonują także opinie, że historia społeczeństwa informacyjnego zaczęła się od roku 1979, gdy Narodowa Akademia Nauk USA opublikowała raport „sygnalizujący nadejście nowej cywilizacji informacyjnej opartej na rozwoju technik cyfrowych”.

Uważa się, że społeczeństwo informacyjne obejmuje wszystkich ludzi o różnym stopniu intensywności i zaangażowania, żyjących w strefie oddziaływania nowych mediów, nie tylko programistów komputerowych, ale także internautów spędzających przy monitorze komputera wiele godzin [Gołka, 2005]. Podkreśla się, że społeczeństwo informacyjne ma wiele cech społeczeństwa tradycyjnego, ale także mnóstwo nowych, związanych między innymi z [Gołka, 2005; Thompson, 2001]:

- komunikowaniem (w dowolnej chwili i miejscu)
- transmitowalnością informacji bez względu na różnice w strefach czasu i odległość
- brakiem umiejętności selekcji informacji
- obecnością informacji zniekształconych, nawet manipulacji oraz dezinformacji, co wiąże się także z niezdolnością odbiorców do weryfikacji prawdziwości informacji
- niezależnością od odległości kosztów przesyłania informacji
- pojawieniem się tzw. rzeczywistości wirtualnej w obrazach, tekstach, dźwiękach, w życiu społecznym
- pokonaniem bezwładności informacji
- powszechnymi kontaktami sieciowymi, zamiast realnych związków społecznych
- przenikaniem informacyjnych technologii cyfrowych do niemal wszystkich dziedzin życia
- bezpowrotnym uzależnieniem od komputerów funkcjonowania wielu sfer życia
- relatywnym pomniejszaniem ekonomicznej roli własności intelektualnej (możliwość kopiowania, darmowa redystrybucja dóbr intelektualnych)
- rosnącą różnorodnością w sposobach wypowiadania się, ekspresji (film, symulacja graficzna, tekst, multimedia, itd.)
- rozwojem nowych form sztuki

- „samopomnażaniem się” informacji
- dekoncentracją/rozproszeniem działań w przestrzeni
- mnogością źródeł informacji
- silną „dyfuzyjnością” technologii informacyjnych i ich swoistą „medialną globalnością” (kompresja przestrzeni i czasu)
- szybkością obiegu informacji, natychmiastową, całodobową łącznością/możliwością
- tendencją do konwergencji niektórych cech społeczno-kulturowych
- wytwarzaniem się nowych form i struktur społecznych

oraz [Gołka, 2005; Thompson, 2001]:

- z zamazaniem granicy między sferą prywatną a publiczną
- ze zmianami w komunikowaniu się ludzi
- ze zmianami więzi społecznych.

Działanie społeczeństwa informacyjnego oparte jest przede wszystkim na wykorzystywaniu poczty elektronicznej i korzystaniu z Internetu celem [Gołka, 2005; Thompson, 2001]:

- kontaktu z urzędami i różnymi innymi organizacjami
- korzystania z usług bankowych, prawnych, medycznych itd.
- możliwości edukacji - przeglądanie prasy, korzystanie z zasobów muzealnych, wykorzystywaniu zasobów bibliotecznych
- pozyskiwania informacji zawartych na różnych, licznych stronach i bazach danych
- robienia zakupów
- uczestniczenia w rozmaitych aukcjach
- uczestniczenia w życiu politycznym
- uczestniczenia w życiu religijnym
- uczestniczenia w życiu towarzyskim (np. randkach)
- wykonywania pewnych czynności zawodowych w domu, zamiast w zakładzie pracy (telepraca/cyberfirma).

W działaniach Internetu nie można niestety, za Gołka [Gołka, 2005] pominąć także aspektu uczestnictwa w przestępstwach, terroryzmie, żebractwie, pornografii itp.

Powyższe potwierdzają dane z Raportu „*Internet wzbogacił moje życie. Wpływ Internetu na życie codzienne osób 50+”* [Czerniawska, 2011], z których wynika, iż wraz ze stażem korzystania z Internetu osób 50. i więcej lat, rosła ich satysfakcja z nabywania nowych kompetencji, a po dłuższym czasie Internet stał się wręcz nieodzowny w ich życiu

codziennym. Najbardziej przydatnymi narzędziami okazały się poczta elektroniczna, portale informacyjne, wyszukiwarka oraz rozkłady jazdy, druki urzędowe oraz połączone z wizją komunikatory głosowe. Nieliczni użytkownicy regularnie korzystali z zakupów on-line, portali społecznościowych oraz bankowości elektronicznej. Internet, w przypadku osób od 50 do 65 roku życia lub aktywnych zawodowo, był przydatny w największym stopniu w realizacji potrzeb związanych z wykonywaniem pracy, pozyskiwaniem informacji oraz ułatwieniem życia codziennego. Okazało się także, że jednym z najczęstszych powodów korzystania z Internetu były problemy związane ze zdrowiem [Czerniawska, 2011].

Ziuziański i Furmankiewicz [Ziuziański, Furmankiewicz, 2014] także zwracają uwagę na wzrost zastosowania technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w różnych dziedzinach życia jednostki, w tym także w ochronie zdrowia. W związku z powyższym pojawiło się pojęcie „e-zdrowia", które za Eysenbach [Eysenbach, 2001] jest pojmowane, jako „*punkt styczny zdrowia publicznego, informatyki medycznej oraz biznesu*". E-zdrowie w węższym ujęciu oznacza usługi zdrowotne w formie informacji dostarczonych przez Internet, a w szerszym - rozwój techniczny, postawy Internautów oraz sposób myślenia/myślenie globalne, zmierzające do poprawy opieki zdrowotnej z wykorzystaniem teleinformatyki (usług ICT, ang. *Information and Communication Technologies*) na wszystkich szczeblach (lokalnym, regionalnym i globalnym) [Eysenbach, 2001].

W Polsce w obszarze opieki zdrowotnej informatyzacja dotyczy wdrożenia systemów informatycznych takich jak Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) oraz Elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) [Ziuziański] oraz wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), wdrożenie e-recepty, wdrożenie e-skierowania i rozwój telemedycyny [Informatyzacja w ochronie zdrowia, 2023].

W powyższym aspekcie ważne jest, co podkreśla Crawford [cyt. za Kłos, 2014], że „główne wzorce chorowania uległy zmianie, mianowicie zamiast chorób ostrych i zakaźnych dominujące znaczenie zaczęły odgrywać choroby przewlekłe (choroby układu krążenia, nowotwory itp.), których medycyna nie potrafi jeszcze leczyć, a które nie ustępują samoistnie (..) liczne problemy zdrowotne takie jak AIDS czy tytoniozależne rodzaje nowotworów, są powodowane przez poszczególne style życia (…) kampanie w mediach społecznościowych inicjowane przez służbę zdrowia, podkreślają konieczność zmiany stylu życia i osobistą odpowiedzialność za zdrowie poszczególnych jednostek". Konsekwencją tego jest rosnąca świadomość, że pracownicy i placówki ochrony zdrowia nie są jedyną, a co najbardziej niepokojące, wystarczającą pomocą w przypadku zagrożeń dotyczących zdrowia

oraz choroby i nie są już najbardziej wiarygodnym źródłem informacji [Crawford,1984].

Warto także zaznaczyć, że jednym z czynników warunkujących zachowania zdrowotne jest samoocena zdrowia, uznana przez Światową Organizację Zdrowia za wskaźnik zdrowia populacji. Obrazuje ona sposób, w jaki dana osoba postrzega własne zdrowie, a co determinuje łatwiejsze dostrzeganie pierwszych symptomów choroby i odgrywa też ważną rolę w procesie leczenia i pielęgnowania pacjenta [Hild- Ciupińska, 2018; Bażydło, Karakiewicz, 2012]. Bryła i wsp. [Bryła i wsp., 2015] badaniem objęli 599. osób, w tym 55,3% kobiet i 44,7% mężczyzn w wieku 18–67 lat i wykazali, że respondenci z wykształceniem wyższym mieli lepszą kontrolę nad własnym zdrowiem i w konsekwencji lepszą jego percepcję. Bażydło i Karakiewicz [Bażydło, Karakiewicz, 2012] dokonały analizy bazy danych Polskiej Bibliografii Lekarskiej, zawierającej artykuły naukowe opublikowane po roku 1979 i dotyczące powyższej tematyki. Okazało się, że badania prowadzono za pomocą różnych narzędzi i skal, ale z reguły mężczyźni lepiej niż kobiety oceniali swoje zdrowie we wszystkich grupach wiekowych [Bażydło, Karakiewicz, 2012]. Potwierdzają to także wyniki z badań Kowalczewskiej-Grabowskiej [Kowalczewska-Grabowska, 2019] w grupie 312. dorosłych mieszkańców Tychów, w wieku od 18 do 77 lat, w tym 79,5% kobiet oraz 20,5% mężczyzn. Wykazały one, że stan swojego zdrowia fizycznego 49% respondentów oceniło jako dobry, zdrowia psychicznego 75% jako dobry/bardzo dobry, a zdrowia społecznego 78% jako dobry/bardzo dobry. Stwierdzono także, że kobiety w porównaniu z mężczyznami oceniały gorzej swoje zdrowie fizyczne, a lepiej zdrowie społeczne [Kowalczewska-Grabowska, 2019]. Gajewska i wsp. [Gajewska i wsp. 2012] przeprowadziły badania wśród 250. uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Płocku. Swój stan zdrowia 29% osób w wieku 60-64 lat i niemal połowa badanych w wieku 65-69 lat, określiły jako dobry/bardzo dobry. Rzadziej tak deklarowali badani w wieku 70-79 lat. W grupie osób w wieku 80. lat i więcej żadna nie oceniła swojego stanu zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, a źle oceniała go co trzecia osoba w wieku 75-79 lat i co dziesiąta w wieku 70-74 lat [Gajewska i wsp., 2012]. W badaniach prowadzonych przez Bień [Bień, 2002] jedynie 17% starszych Polaków oceniało pozytywnie własny stan zdrowia (dobry lub raczej dobry), 31% respondentów uznało go jako przeciętny, natomiast 52% badanych negatywnie. Generalnie w literaturze przedmiotu, cyt. za Larson [Larson,1999] zwraca się uwagę, że prozdrowotne zachowania są bardziej charakterystyczne dla kobiet niż mężczyzn, co przypisuje się takim czynnikom jak: bardziej restrykcyjne normy związane z zachowaniami ryzykownymi, różnice w wykonywanych zawodach i podejmowanej pracy oraz socjalizacja ról społecznych narzucająca kobietom większe zainteresowanie

wyglądem, własnym ciałem, jego prawidłowym funkcjonowaniem, odpowiedzialnością za zdrowie i opieką nad członkami rodziny.

W obecnym badaniu udział wzięły wyłącznie same kobiety, które w większości, w samoocenie oceniły swoje zdrowie jako dobre/bardzo dobre (70,6%). Stwierdzono także, że im gorsza była samoocena stanu zdrowia przez badane kobiety, tym niższy był poziom ich zachowań zdrowotnych we wszystkich rozważanych obszarach. Ta zależność może się wydać nieco zaskakująca, ponieważ gorszy stan zdrowia powinien mobilizować do bardziej prozdrowotnych zachowań, a okazuje się, że tak nie jest.

Znanych jest wiele czynników mających pojedynczo lub wspólnie wpływ na zdrowie, a większość autorów, za Sadowski [Sadowski,1994], wyróżnia takie główne grupy jak: styl życia, środowisko (fizyczne oraz społeczne), czynniki genetyczne i efekty działania medycyny (opieka zdrowotna), przy czym najsilniejszy wkład ma styl życia. W latach 70. David Mechanic [Mechanic, 1978] stwierdził, że pojęcie stylu życia można odnieść do zróżnicowanego kompletu zmiennych, takich jak postawy i przekonania zdrowotne, zachowania ryzykowne, nawyki, zachowania prewencyjne, wyżywienie i mieszkanie. Jednakże nie jest wcale proste ustalenie związku przyczynowego pomiędzy stylem życia, a zdrowiem. Czynnikami mogącymi brać udział w kształtowaniu relacji pomiędzy daną osobą a chorobą, są np. predyspozycje genetyczne, wiek, płeć, współwystępujące choroby, stosowanie używek, rodzaj pracy, nawyki zdrowotne oraz dostęp do odpowiedniej opieki medycznej [Mechanic, 1978]. Światowa Organizacja Zdrowia, za Wierzbicka [Wierzbicka, 2013], wyróżnia trzy grupy czynników warunkujących stan zdrowia: indywidualne cechy i zachowania jednostki, środowisko społeczne i ekonomiczne oraz środowisko fizyczne.

Zdrowy styl życia wiąże się również z utrzymaniem systematycznej aktywności fizycznej, najlepiej według tzw. zasady 3 x 30 x 130 (ćwiczyć, co najmniej 3. razy w tygodniu, przez co najmniej 30 minut, przy tętnie do 130 uderzeń na minutę) [Błasiak, 2019].

Do prawidłowego funkcjonowania organizmu istotna jest także higiena życia codziennego, unikanie stresujących sytuacji, odpowiednia ilość snu i odpoczynku, niestosowanie używek, w tym leków [Wierzbicka, 2013].

Cendrowski [Cendrowski, 2017], w Dekalogu Zdrowego Stylu Życia, zawarł dziesięć zasadniczych założeń zdrowego stylu życia, do których zaliczył:

- dbanie o higienę osobistą
- podejmowanie próby przygotowania organizmu do znoszenia ciężkich sytuacji, uodparnianie ciała i psychiki poprzez różnego rodzaju bodźce (hartowanie się),

- prawidłowe odżywianie,
- samoświadomość – zrozumienie zasad funkcjonowania organizmu, umiejętność oceny własnego stanu zdrowia oraz prowadzenie regularnego trybu życia i profilaktyki,
- umiejętność radzenia sobie w życiu, optymistyczne nastawienie (postawa copingowa) - reguła łącząca wszystkie powyższe czynniki zakładając, że człowiek, który prowadzi zdrowy styl życia jest szczęśliwy, pozytywnie nastawiony do życia, umiejący działać w każdej sytuacji,
- unikanie stresu/stresujących sytuacji,
- uprawianie aktywności fizycznej,
- utrzymanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości – właściwe postępowanie w przypadku pojawienia się choroby, niedopuszczenie do obniżenia bariery immunologicznej organizmu, autopsychoterapia (odpowiednie wykorzystanie własnych sił psychicznych,
- wystrzeganie się wszelkich używek/nałogów,
- zapewnienie odpowiedniej ilości snu i odpoczynku.

Uważa się, że odzwierciedleniem stanu zdrowia jest subiektywny dobrostan obejmujący elementy emocjonalno-uczuciowe i poznawcze, przy czym te ostatnie mierzone są ogólnym zadowoleniem z życia [Juczyński, 2012].

W literaturze [Bronikowski,2007; Pawłucki, 2001] podkreśla się ścisły związek pomiędzy jakością życia we wszystkich obszarach aktywności człowieka (zawodowej, rodzinnej, społecznej), a prozdrowotnym stylem życia. Pod pojęciem wysoka jakość życia rozumie się z kolei dobrostan fizyczny i psychiczny, pozytywną postawę lub subiektywne poczucie szczęścia oraz satysfakcję/zadowolenie z życia. Satysfakcja z życia jest definiowana jako ogólna ocena jakości odniesiona do wybranych kryteriów i uważana jest za jeden z zasobów zdrowotnych człowieka w wymiarze zdrowia psychospołecznego [Juczyński, 2012; Byra, 2011; Trzebiatowski, 2011]. Pałucka i wsp. [Pałucka i wsp., 2022] badaniem objęli 510. kobiet i wykazali, że średni poziom satysfakcji z życia jakie uzyskały badane (kwestionariusz SWLS) wynosił 20.58±5.36. Satysfakcja z życia była istotnie związana z wykształceniem, warunkami materialnymi i mieszkaniowymi oraz samooceną zdrowia i ich aktywnością seksualną [Pałucka i wsp., 2022]. Ornat i wsp. [Ornat i wsp., 2013] zaobserwowali spadek poziomu satysfakcji życiowej u kobiet z niskim statusem materialnym. W badaniu Jachimowicz i Kostki [Jachimowicz, Kostka, 2009] w grupie 100. kobiet w wieku

65. i więcej lat, będących słuchaczkami Uniwersytetu Trzeciego Wieku i mieszkankami Domu Kombatanta i Emeryta, stwierdzono w większości średnią i dużą satysfakcję z życia.

W obecnym badaniu uzyskano podobne wyniki, ponieważ średnio 6,3±2,1 stena, co oznacza satysfakcję z życia ponad przeciętną. Zdecydowanie zadowolonych było tylko 6,6% kobiet, a zdecydowanie niezadowolonych – 0,9%. Stwierdzono także, że wszystkie miary prezentowanych przez badane zachowań zdrowotnych były skorelowane z satysfakcją z życia w statystycznie istotny sposób. Osoby o wyższej satysfakcji z życia miały także wyższy poziom zachowań zdrowotnych, największy w przypadku miary nastawienia psychicznego, a najsłabszy w kontekście zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych.

W literaturze przedmiotu, za Rostowska i Lewandowska-Walter [Rostowska, Lewandowska-Walter, 2012] zwraca się uwagę, że ewidentnie z oceną stanu zdrowia i z prozdrowotnym stylem życia wiąże się poczucie jakości życia. Już Platon podkreślał, że „zdrowie jest najpierwszym dobrem, uroda drugim, a bogactwo trzecim", a Wayne Dye, wręcz pisał, że „możesz ustawić się być chorym, lub można wybrać, aby zachować zdrowie" [https://pl.wikiquote.org/wiki/Zdrowie, 2023].

W tym miejscu warto podkreślić, że każda osoba ma wybór odnośnie zachowań związanych ze zdrowiem i sama ponosi odpowiedzialność za nie [Beck, 2002; Bauman i wsp., 2001]. W badaniu Szymczuk i wsp. [Szymczuk i wsp., 2015] większość respondentów (68,5%), w sytuacji problemów zdrowotnych poszukiwała profesjonalnej wiedzy poprzez media. Częstym takim źródłem było radio, telewizja oraz źródła prasowe [Wojciechowska, Roda, 2015]. Podkreślić należy, że prasa początkowo odgrywała głównie rolę polityczno-propagandową, ale z biegiem lat, w wyniku zaistnienia wielu czynników (np. odkrycia geograficzne, wymiana handlowa, rozwój kontaktów międzyludzkich i politycznych, powstanie skupisk intelektualnych) zaczęła być swoistym kanałem przepływu informacji. Obecny rynek prasowy to rozliczne czasopisma, o zróżnicowanej tematyce, skierowanej zarówno do ogółu odbiorców, jak i wąskich grup zainteresowań [Wojciechowska, Roda, 2015]. Wojciechowska i Roda [Wojciechowska, Roda, 2015] dokonały oceny udziału prasy w promocji zdrowia, wiarygodności zawartych tam informacji oraz ich wpływu na decyzyjność w zakresie zachowań zdrowotnych. Badania dotyczyły grupy 228. respondentów korzystających z usług w prasowych punktach przyjmowania ogłoszeń oraz w biurach prenumeratora. Prasę jako źródło informacji o zdrowiu, najczęściej wymieniały osoby w wieku 46-55 lat (41%) oraz badani powyżej 55. roku życia (31,2%). Szukane informacje dotyczyły najczęściej profilaktyki chorób (50,4%) oraz promocji zdrowia (37,2%). W grupie

wiekowej od 18 do 25 lat była to tematyka związana z aktywnością fizyczną (75%), a w grupie powyżej 55. roku życia – z profilaktyką chorób. Kobiety najczęściej poszukiwały informacji o profilaktyce chorób (57,6%) oraz zasadach odżywiania (49%), a mężczyźni - z zakresu promocji zdrowia (47,5%) oraz odżywiania (27%) [Wojciechowska, Roda, 2015]. W opinii 90,7% respondentów, w tym 86,5% kobiet oraz 94,3% mężczyzn, prasa to wiarygodne źródło informacji o zdrowiu. Aż 88,5% badanych, w tym 87,5% kobiet oraz 89,5% mężczyzn uważało, że treści prozdrowotne drukowane w prasie powodują wzrost świadomości społecznej w zakresie zdrowia, a 80,2% deklarowało, że poprzez praktyczne zastosowanie wiedzy z prasy, zmieniło styl swojego życia, głównie w aspekcie odżywiania i aktywności fizycznej. Duży odsetek badanych, bo 65,7%, decydując o wyborze lekarza, przychodni, pielęgniarki lub farmaceuty brał także pod uwagę reklamę prasową, w tym głównie grupa wiekowa osób po 55. roku życia (82,8%) oraz w wieku 46-55 lat (71,4%) oraz rankingi w plebiscytach prasowych (86,8%), zwłaszcza dotyczyło to starszych grup wiekowych [Wojciechowska, Roda, 2015]. Badania CBOS z 2003 roku, za Turbiarz i wsp. [Turbiarz i wsp., 2010] sugerują, że prasa i telewizja mają największy wpływ na kształtowanie świadomości Polaków. Przeciętny Polak czytał najchętniej „Gazetę Wyborczą" (17,44%), „Super Express" (12,74%) i „Rzeczpospolitą" (4,36%). Szczepański [Szczepański, 2003] wykazał, że badane kobiety deklarowały, iż 61,8% ich wiedzy z tej dziedziny zachowań zdrowotnych pochodzi właśnie z mediów (telewizja, radio i Internet), a mężczyźni – że jest to 47,8%. Media pisane (książki, czasopisma, gazety) uzyskały wyższą ocenę wśród kobiet - 70,3%, a niższą w grupie mężczyzn - 44,6%.

Odmienne wyniki uzyskano w obecnych badaniach, ponieważ dużo mniejszy odsetek respondentów podał, że wykorzystuje prasę jako źródła informacji o zdrowiu (7,5%) lub o zdrowym stylu życia (15,3%). Jednocześnie jednak 18,90% z nich złożyło deklarację, że prasa ma wpływ na ich własne decyzje dotyczące zdrowia. W ocenie mediów jako źródło wiarygodnych informacji o zdrowiu 11,1% badanych uznało prasę. O tym, że ma ona wpływ na wzrost wiedzy medycznej przekonanych było 28,2% ankietowanych, a że na zmianę stylu życia - 29,1%. Prasa także w opinii 28,5% kobiet wpływała na decyzje społeczeństwa dotyczące zdrowia.

W grupie 300. mieszkańców Warszawy z badania Czerw i wsp. [Czerw i wsp., 2014] największym zainteresowaniem cieszył się Internet (90,5%), radio (88,3%), magazyny poświęcone tematyce zdrowia (86,3%) oraz telewizja (71,7%). W badaniu Wojciechowskiej i Rody [Wojciechowska, Roda, 2015] zarówno kobiety, jak i mężczyźni (40,1% badanych), traktowali telewizję i radio, jako jedno z najczęstszych źródeł informacji o zdrowiu.

Większość badanych, którzy czerpali wiedzę o zdrowiu najczęściej z telewizji i radia byli w wieku powyżej 55. roku życia (71,8%) oraz w wieku 46-55 lat (78,5%). Podobnie w badaniu Szymczuk i wsp. [Szymczuk i wsp., 2015], którym objęto 300. osób w przedziałach wiekowych: 15-19 lat, 20-25 lat, 26-35 lat, ankietowani najczęściej pozyskiwali wiedzę na temat zdrowia poprzez media (80,2%), w tym Internet (44,7%), telewizję (31,7%) i radio (13,7%). Dopiero potem źródłem informacji był lekarz (55,7%), pielęgniarka (29,7%), literatura fachowa (27%) i szkoła/uczelnia (16,7%). Badania przeprowadzone na Uniwersytecie Missisipi, za Grysiak [Grysiak, 2015], wykazały, że 88% obywateli USA o schorzeniach i problemach zdrowotnych dowiadywało się z telewizji. Badania CBOS z 2003 roku, za Turbiarz i wsp. [Turbiarz i wsp., 2010] sugerują, że prasa i telewizja mają największy wpływ na kształtowanie świadomości Polaków, a codziennie lub prawie codziennie śledziło programy 81% ludności, w tym TVP1, TVP2 - 77%; Polsat - 72% oraz TVN - 47%. W przeprowadzonych badaniach, w zakresie znaczenia mass mediów w promocji zdrowia [Syrkiewicz-Świtała i wsp., 2014], autorzy stwierdzili, że osoby w wieku 18–45 lat najczęściej korzystali z Internetu jako środka masowej komunikacji, natomiast osoby starsze, powyżej 45. roku życia najczęściej w tym celu oglądali telewizję. Respondenci tych badań uznali, że media w emisjach programów z zakresu promocji zdrowia są w zasadzie jednolite, natomiast mało jest informacji na temat badań profilaktycznych, a jedynie telewizja w bardzo dużym stopniu sprzyja podwyższaniu wiedzy prozdrowotnej [Syrkiewicz-Świtała i wsp., 2014].

Obecne badanie potwierdziło, że większość ankietowanych kobiet (39,3%) oglądała telewizję, najczęściej codziennie, w tym 47,7% wybrane programy o tematyce zdrowotnej. Jednocześnie 51,1% respondentek twierdziło, że nie korzysta wcale z pomysłów w nich prezentowanych, a jeżeli już to wyłącznie o zdrowym odżywianiu (1,2%). Najczęściej (7%) oglądanym programem medycznym był „36,6” emitowany przez TVN i ukazujący sprawdzone sposoby leczenia różnych chorób, najnowsze technologie medyczne oraz porady dotyczące dbania o zdrowie. W ocenie mediów jako źródło wiarygodnych informacji o zdrowiu tylko 7,8% badanych uznało telewizję jako takie. O tym, że ma ona wpływ na wzrost wiedzy medycznej przekonanych było 37,2% ankietowanych, a że na zmianę stylu życia – 26,1%. Telewizja także w opinii 39,3% kobiet wpływała na decyzje społeczeństwa dotyczące zdrowia.

W telewizji szczególną rolę odgrywają seriale, w tym seriale medyczne, które dla wielu osób stanowią najlepsze, a czasem jedyne źródło wiedzy na tematy związane ze zdrowiem. W literaturze przedmiotu, seriale medyczne dzieli się na [Grysiak, 2015]:

- skoncentrowane na etyce oraz komunikacji na linii personel – pacjent
- poruszające głównie tematykę biologiczną, związaną z fizjologią.

Grysiak [Grysiak, 2015] do grupy seriali medycznych skupionych na etyce i komunikacji zalicza seriale - *Grey's Anatomy* i *Na Dobre i Na Złe;* do skupionych na problematyce medycznej, będących jednocześnie dość dobrym źródłem wiedzy o biologii i fizjologii człowieka oraz przekazujących wiedzę biologiczno-szkolną - serial *Doktor House;* do dostarczających wiedzę dotyczącą zdrowia w krajach o niskim poziomie kultury zdrowia - serial *Shabuj Chaja;* do przekazujących wiedzę na temat opieki i pomocy osobom chorym, np. odnośnie napadów padaczkowych - seriale *Doktor House*, *Grey's Anatomy*, *ER* oraz *Private Practice;* do dostarczających wiedzę na temat zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej - seriale *Casualty, Holby City, Ostry Dyżur;* do przybliżających wiedzę na temat ogólnych zasad edukacji - seriale *Grey's Anatomy, Doktor House, Scrubus, Boston Legal;* do przekazujących informacje dotyczące nowotworów i profilaktyki – seriale *ER, Grey's Anatomy.*

Seriale telewizyjne, za Pijarski [Pijarski, 2015] są od dawna wyjątkowo atrakcyjnym produktem kultury masowej. Uważa się, iż historia seriali medycznych zaczęła się 27 września 1961 roku, kiedy to na ekranach telewizyjnych w USA rozpoczęto emisję serialu *DrKildare,* który powstał na kanwie słuchowisk radiowych i bazie serii filmów wyreżyserowanych przez Harolda S. Bucqueta m.in.: *Young DrKildare, The Secret of DoctoreKIldare, CallingDoctorKildare, DrKildare Goes Home* [cyt. za Pijarski, 2015]. Ośrodkiem prekursorskim, który zapoczątkował trend na filmy/seriale o tematyce klinicznej, była stacja ABC (*American Broadcasting Company*). To w niej „narodził" się także serial *General Hospital*, wpisany do Księgi Rekordów Guinnessa, jako jeden z najdłuższych telewizyjnych seriali. W Polsce, w 1994 roku telewizja Polsat wyemitowała 125. odcinków tego serialu. Seriale z biegiem czasu zmieniały swoją formułę, np. wprowadzono serial *M*A*S*H* (emitowany w latach 1972-1983), traktujący medycynę z lekkim przymrużeniem oka [cyt. za Pijarski, 2015]. Kolejną zmianę w konwencji wniosła produkcja CBS - *Dr. Quinn*, a pozycję serialu medycznego (jako gatunku telewizyjnego) wzmocnił serial *Ostry Dyżur (*emitowany od 1994 do 2009 roku) [cyt. za Pijarski, 2015]. Nową jakość w świat medycznych seriali wprowadziły seriale *Dr House (*serial emitowany w latach 2004-2012 przez 8 sezonów), hit stacji Cinemax - *The Knick, Bananowy Doktor, Chirurdzy, Hoży doktorzy,* czy *Szpital „Królestwo"* [cyt. za Pijarski, 2015]. W historii polskiej kinematografii seriali medycznych jest stosunkowo dużo. Pod koniec lat 70. emitowana była czechosłowacka produkcja *Nemocnice na krajiměsta - Szpital na peryferiach*. Pierwszym polskim filmem tego

typu była *Doktor Ewa*. W roku 1999 pojawił się serial, przypominający produkcje amerykańskie - *Na dobre i na złe* [cyt. za Pijarski, 2015]. Według listy TOP 5, najlepsze seriale medyczne to serial *Dr House! Grey's Anatomy - Chirurdzy* (emitowany do dziś od 2005 roku), *ER - Ostry dyżur*, Nurse Jackie - *Siostra Jackie (*kręcony w latach 2009-2015), The Good Doctor *(emisja od 2017) [*https://www.linguini.pl/top-5-seriale-medyczne/].

Ranking Antyradio.pl z roku 2018 pozwolił stworzyć listę dziesięciu najlepszych zagranicznych seriali o lekarzach i za takie uznano: *Ostry dyżur* (emisja 1994), *Doktor House* (emisja 2004), *Chirurdzy* (emisja 2005), *Hoży doktorzy* (emisja 2001), *Doktor Quinn* (emisja 1993), *Prywatna praktyka* (emisja 2007), *M.A.S.H.* (emisja 1972), *Szpital na peryferiach* (emisja 1977), *Doogie Howser, lekarz medycyny* (emisja 1989), *Doktor Kildare* (emisja 1961) [https://www.antyradio.pl/Film/Duperele/Top-10-najlepszych-seriali-o-lekarzach]. Stworzono także listę dziesięciu najlepszych polskich seriali o lekarzach i znalazły się tutaj: *Na dobre i na złe* (emisja od 1999), *Daleko od noszy* (emisja 2004-2009, 2010-2011, 2017), *Lekarze* (emisja 2012-2014), *Szpital* (emisja od 2014), *Na sygnale* (emisja od 2014), *Pielęgniarki* (emisja od 2014-2016), *Diagnoza* (emisja od 2017), *Lekarze na start* (emisja od 2017), *Botox* (emisja 2018) [https://www.antyradio.pl/Film/Duperele/10-polskich-seriali-o-lekarzach-25448].

Obecnie badane kobiety deklarowały, że najczęściej oglądają serial „Na dobre i na złe" (18,9%), „Chirurdzy/Grey's Anatomy" (12,9%) i „Dr House' (12%).

Wielką rolę we wpływie seriali medycznych na postrzeganie zdrowia i choroby odgrywa tzw. teoria kultywacji, która za Gerbner [Gerbner, 1987] zakłada, iż oglądanie telewizji może modyfikować rzeczywistość poprzez zmianę reakcji otoczenia na prezentowane w telewizji wzorce. Poza tym, za Gerbner i wsp. [Gerbner i wsp., 2002], pojawia się efekt tzw. rezonansu, polegający na tym, że w sytuacji, gdy na ekranie widzi się zdarzenie, które samemu się przeżyło, inne sytuacje zachodzące obok uznaje się automatycznie za równie prawdziwe. Z kolei zgodnie z teorią kultywacji, za Gerbner i wsp. [Gerbner i wsp. 2002], w wyniku przedstawiania na małym ekranie lekarzy jako osób sukcesu i którzy, ponieważ ratują ludzkie życie, nie ponoszą odpowiedzialności za wiele drobnych wykroczeń, może powodować zniekształcenie postrzegania lekarzy i innych profesji medycznych, a także samego procesu terapeutycznego. Badania przeprowadzone przez Reese [Reese, 2013] na Uniwersytecie w Teksasie wykazały, że widzowie seriali *Doktor House* oraz *Scrubs*, w porównaniu z widzami oglądającymi inne seriale, byli bardziej skłonni wierzyć, iż choroby są wywoływane przez czynniki biogenetyczne i środowiskowe oraz, że ich leczenie (farmakologiczne bądź operacyjne), jest proste i szybkie.

Z deklaracji obecnie badanych kobiet wynika, że decyzje dotyczące własnego zdrowia pod wpływem wiadomości uzyskanych z medycznych seriali telewizyjnych podejmowało 12,3% z nich, a 18,6% uważało, że oddziaływują one na decyzje społeczeństwa odnośnie zachowań zdrowotnych. Seriale medyczne za wiarygodne źródło informacji uznało 6% badanych, a 16,5% było przekonanych, że powodują wzrost wiedzy medycznej społeczeństwa.

Serial *Doktor Houe*, za Alvarado i Maskiewicz [Alvarado, Maskiewicz, 2011] był w stanie Kalifornia wykorzystywany na lekcjach biologii do nauczania fizjologii układu nerwowego i odpornościowego człowieka. Okazało się, że wiedza grupy korzystającej z pomocy serialu była średnio o 15% wyższa, niż grupy, która korzystała jedynie z podręcznika. Natomiast serial *Shabuj Chaja* służył zwiększeniu wiedzy na temat zdrowia, promowaniu wizyt w poradni zdrowia i nowoczesnych środków antykoncepcyjnych. Skuteczność serialu badali także Do i Kincaid [Do, Kincaid, 2006] w Bangladeszu, w grupie 4.492 kobiet i mężczyzn, którzy musieli odpowiadać między innymi na pytania dotyczące HIV i AIDS, karmienia noworodków, w jakiej placówce lecznictwa otwartego są zarejestrowani oraz z jaką częstotliwością przychodzą na kontrole. Okazało się, że znajomość zagadnień związanych z HIV/AIDS różniła się między grupą kontrolną, a widzami serialu o 12,2%. Liczba oglądających serial i stosujących nowoczesną antykoncepcję była o 10,5% większa, niż w grupie kontrolnej, a ilość wizyt lekarskich w grupie „serialowców" wzrosła o 6,6% [Do, Kincaid, 2006]. Z kolei *Epilepsy Foundation of America* poddała analizie 65. przypadków napadów padaczkowych (w tym 81,5% toniczno-klonicznych - *grand mal*), które były zobrazowane w serialach *Doktor House, Grey's Anatomy, ER* oraz *Private Practice*. Moeller i wsp. [Moeller i wsp., 2011] podają, że jako poprawne i adekwatne postępowanie zakwalifikowano jedynie w 21. przypadków z 53. przedstawionych w serialach. Za nieprawidłowe uznano np. próby powstrzymania mimowolnych ruchów osoby chorej, przytrzymywanie chorego przy ziemi. W opinii autorów [Moeller i wsp., 2011] niemal połowa przypadków ofiar napadów padaczkowych zostaje w serialach medycznych przedstawiana w sposób mylący i powodujący dezorientację widzów, co może w konsekwencji doprowadzać do ciężkich uszczerbków na zdrowiu, a nawet zgonów osób niewłaściwie ratowanych. Natomiast Harris i Willoughby [Harris i Willoughby, 2009], przeprowadzili badania w Uniwersyteckim Szpitalu Walii i Szpitalu im. Księżnej Walii, polegające na analizie 26. odcinków *Casualty*, 25. odcinków *Holby City*, 23. odcinków *Grey's Anatomy* i 14. odcinków *Ostrego Dyżuru*, w których na 76. przypadków zatrzymania akcji serca podjęto 70. prób resuscytacji. Wykazano, że odsetek pacjentów z przywróconym

rytmem zatokowym za pomocą resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO), nie różnił się znacznie między sytuacjami przedstawionymi w serialach. Autorzy [Harris i Willoughby, 2009] uważają także, że brak w serialach przedstawienia długo i krótkofalowych efektów resuscytacji krążeniowo-oddechowej może zaburzać wśród widzów prawidłowy odbiór tej techniki i przyczyniać się do przypisania jej, w dłuższym przedziale czasu, zawyżonej skuteczności. Natomiast badania przeprowadzone na Uniwersytecie w Teksasie przez Record [Record, 2011] wykazały silne powiązania pomiędzy deklarowaną ilością godzin spędzonych na oglądaniu seriali i deklarowaną wiarą w cuda. Różnica w powyższej kwestii między widzami regularnie oglądającymi seriale, a czyniących to okazjonalnie nie były istotne statystycznie, ale były za to różnice między widzami regularnie oglądającymi seriale, a osobami nie oglądającymi ich w ogóle [Record, 2011].

W obecnych badaniach stwierdzono, że grupa osób wykorzystujących w celu wzmocnienia zdrowia „medyczną wiedzę serialową" wykazywała się wyższym poziomem zachowań zdrowotnych, ale różnica pomiędzy porównywanymi grupami nie była istotna statystycznie.

Odbiorca komunikatów masowych, za Prauzner [Prauzner, 2010], przetwarza informacje, które płyną z zewnątrz w aktywny sposób, dostosowując je do własnych wyobrażeń. O stopniowym przejęciu prawdziwości tzw. rzeczywistości medialnej, decyduje kilka czynników [Mrozowski, 2001; Mrozowski,1991]:

- intensywność korzystania z mediów (im odbiorcy spędzają więcej czasu przed ekranami telewizorów lub w sieci internetowej i czynią to częściej, tym mocniej ich wyobrażenia odzwierciedla świat przedstawiany w telewizji, a nie otaczająca ich rzeczywistość)
- kompetencja poznawcza (komunikacyjna) odbiorcy (im jest ona niższa, tym większe prawdopodobieństwo, że będzie się przejmowało rzeczywistość medialną, a im jest ona wyższa - tym większe prawdopodobieństwo aktywnego odbioru komunikatów masowych oraz ich konfrontowania z własnym rozumieniem rzeczywistości).

Mrozowski [Mrozowski, 1991] uważa, że skutki emocjonalnego oddziaływania mass mediów na odbiorcę zależą od charakteru związku zachodzącego pomiędzy treścią przekazu a odbiorcą, czyli od:

- pobudzenia emocjonalnego – gdy u odbiorcy, pewne treści symboliczne lub bodźce zmysłowe mogą wywołać napięcie, stan podrażnienia lub zmianę nastroju

- przeżyć zastępczych – gdy odbiorca zaczyna utożsamiać się z przedstawianymi postaciami, wczuwać się w ich nastroje, w świecie ukazanym w mass mediach poszukuje ucieczki od rzeczywistości, sposobu na przeżycia doznań, które zrekompensują mu braki oraz niedostatki sytuacji życiowej
- rozładowania napięcia – gdy u odbiorcy zawartość przekazu przyczynia się do odprężenia, zrelaksowania, przywrócenia stanu wewnętrznej równowagi i uspokojenia.

Respondenci z badania Ciupał i Mastalerz-Migasz [Ciupał, Mastalerz-Migasz, 2013] zwracali uwagę, iż na skuteczność danego przekazu na temat zdrowia składa się wiele elementów, w tym dla wszystkich grup wiekowych najważniejszy był głos mówcy, a potem dobór słów oraz wzmocnienia (10. latkowie), kontakt wzrokowy oraz wzmocnienia (11. latkowie) oraz kontakt z odbiorcą i dobór słów (12 latkowie).

Potwierdzają powyższe obecne badania, ponieważ w opinii ankietowanych osób, na atrakcyjność przekazu medialnego wpływa przede wszystkim strona wizualna (grafika, kolorystyka) - 56,5%, pojawianie się w nim znanych osób – 39,3% oraz muzyka – 38,1%.

W chwili obecnej najbardziej atrakcyjny pod tym względem staje się Internet. Badania przeprowadzone przez Doroszewską [Doroszewska, 2010] w grupie 5.350 internautów wykazały, że prawie 90% z nich traktowało Internet, jako źródło informacji o zdrowiu i chorobie, a np. lekarz pierwszego kontaktu znalazł się na szóstym miejscu. Podobne wykorzystanie Internetu potwierdzają także badania zagraniczne, jak np. badanie Foxa i Duggana [Fox, Duggan, 2013] z roku 2013, którymi objęto 3.014 dorosłych obywateli USA. Wykazały one, że 72% z nich, w ciągu ostatniego roku poszukiwało w Internecie informacji o zdrowiu, a w przypadku 35% badanych był on narzędziem diagnozy, gdy odczuwali dolegliwości [Fox, Duggan, 2013]. Szacuje się, za Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2011], że w Polsce w Internecie, ponad 60% internautów poszukuje informacji na temat zdrowia i choroby, a najliczniejszą grupę stanowią studenci i uczniowie. Potwierdziły to wyniki uzyskane przez Ziuziańskiego i Furmankiewicza [Ziuziański, Furmankiewicz, 2014], w których ponad 23% badanych korzystało z Internetu jako źródła informacji o swoim zdrowiu, a nieco więcej niż 42% badanych zanim udało się do lekarza, szukało w Internecie informacji na temat objawów swojej choroby, 36% sprawdzało tam wyniki swoich badań, 43% czytało opinie o lekarzach przed wizytą u specjalisty, a 9% weryfikowało w Internecie diagnozę i sposób leczenia zalecony przez lekarza. W badaniu CBOS z 2016 roku, aż 69% potwierdziło, że w sytuacji złego samopoczucia szukało w sieci informacji na temat sposobu radzenia sobie z odczuwanymi dolegliwościami, 28% w takim przypadku konsultowało się

z innymi użytkownikami Internetu, a 14% na podstawie informacji znalezionych w sieci, realizowało własny sposób leczenia, bez konsultacji z lekarzem. Informacje uzyskane od lekarza uzupełniało lub weryfikowało online 59% ankietowanych, a 17% po takiej konsultacji nawet postępowała inaczej, niż zalecił lekarz, zmieniając sposób leczenia albo zaprzestając go [Feliksiak, 2016]. Także w badaniu CBOS z 2020 roku 69% (w tym 23% często) użytkowników Internetu sprawdzało online informacje o lekarzach i usługach medycznych, a 57% (w tym 23% często) poszukiwało danych na temat leków i ich działania. Z Internetowego Konta Pacjenta korzystało 12% respondentów, 36% odbierało wyniki swoich badań, 29% (w tym 11% często) umawiało się w ten sposób na wizyty lekarskie, a 26% (w tym 12% często) korzystało z e-recept otrzymywanych pocztą elektroniczną [Feliksiak, 2020]. Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015] badaniem objęli 240. studentów uczelni lubelskich: Uniwersytetu Medycznego (z kierunku zdrowie publiczne), Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (z kierunku socjologia), Uniwersytetu Przyrodniczego (z kierunku rolnictwo) oraz Politechniki Lubelskiej (z kierunku informatyka) i stwierdzili, że wszyscy ankietowani (najczęściej studenci nauk humanistyczno-społecznych - 74,1% oraz inżynieryjno-technicznych – 60%) wskazywali Internet, jako najczęściej wybierane źródło informacji o chorobie, jej objawach i leczeniu. Takich informacji poszukiwali w Internecie z reguły raz na kilka miesięcy (61,3%). Czyniło tak przynajmniej raz w miesiącu 30,5% z nich, a w każdym tygodniu studenci kierunków medycznych (16,1%) [Szymczyk i wsp., 2015]. Natomiast aż 71,7% ankietowanych z badania Czerw i wsp. [Czerw i wsp., 2014], zaglądało do Internetu codziennie.

Także w obecnym badaniu Internet odgrywał istotną rolę. Badane (80,8%) korzystały z niego codziennie, a odnośnie problematyki zdrowotnej najczęściej (47,7%) wybierały interesujące je strony internetowe, głównie stronę mp.pl (3%). Internet był źródłem wiedzy o zdrowiu dla 54,4% kobiet, w tym dla 24,6% osób na temat leków oraz dla 86,5% - na temat zdrowego stylu życia. Zdaniem 31,2% badanych Internet przyczynia się do wzrostu wiedzy medycznej i 45% do zmiany stylu życia, a za najważniejsze w tym zakresie uznano internetowe strony z programami profilaktycznymi opracowane przez profesjonalistów (56,2%). W przypadku 42,9% kobiet padły deklaracje, że Internet wpłynął na zmianę ich osobistego stylu życia. Decyzje dotyczące własnego zdrowia pod wpływem wiadomości z Internetu podejmowało 39% badanych. Są to ciekawe wyniki, w korelacji z tylko 7,8% badanych uznającymi wiarygodność Internetu w powyższych kwestiach.

Wszelkie wpływy, jakie środki masowego przekazu wywierają na psychikę odbiorców można zdaniem Mrozowskiego [Mrozowski, 1991] sprowadzić do:

- aktywacji procesów wywołujących u odbiorców chęć podjęcia określonych działań
- dezaktywacji procesów, które wywołują u odbiorców spadek zainteresowań poznawczych, powodują stagnację emocjonalną, a nawet rezygnację z podejmowania lub zaprzestania określonych działań.

Warto podkreślić, że wpływ mediów na zachowania zdrowotne, w tym samoleczenie, jest ważny z kilku powodów, w tym np. ze względu na stan zdrowia jednostek, stan zdrowia społeczeństwa i wzrost kosztów wynikających z potencjalnego niezdrowego stylu życia (aspekt ekonomiczny). Samoleczenie chorób, za Pęgiel-Kamrat i Zarzeczna-Baran [Pęgiel-Kamrat, 2004], to zbiór metod mających na celu wyeliminowanie dolegliwości bez udziału lekarza. Samoleczenie i autodiagnoza z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań ICT wiąże się z wieloma konsekwencjami: pozytywnymi (np. wzrost wiedzy o chorobie, zwiększenie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, oszczędność czasu, oszczędność pieniędzy) oraz negatywnymi (np. ryzyko niewłaściwego stosowania leków, możliwość wystąpienia niekorzystnych interakcji, niebezpieczeństwo polipragmazji) [Furmankiewicz, Ziuziański, 2013].

W obecnych badaniach samoleczenie było dość popularne, ponieważ w razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych ponad połowa kobiet stosowała najpierw sposoby domowe i niemal połowa leki bez recepty. W ciągu ostatnich 6. miesięcy, co czwarta osoba stosowała wyłącznie leki dostępne bez recepty, a jedynie co trzecia zgłaszała się od razu do lekarza.

Badania przeprowadzone w roku 2016 przez CBOS, metodą wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*), dodatkowo wspomaganych komputerowo (CAPI), na liczącej 981. osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazały, że aż 79% korzystających z Internetu wyszukiwała on-line informacje lub opinie o lekarzach i lekach. Za pomocą Internetu z lekarzami kontaktowało się 27% badanych, a 21% kupowało w ten sposób leki, suplementy diety lub inny asortyment medyczny [Feliksiak, 2016]. Respondenci Ziuziańskiego i Furmankiewicza [Ziuziański, Furmankiewicz, 2014] najczęściej wyszukiwali informacji odnośnie objawów chorób, zdrowego stylu życia i funkcjonowania placówek ochrony zdrowia (np. lokalizacja, godziny przyjęć, lekarze tam pracujący, opinie), a najrzadziej - profilaktyki, działania leków i przepisów prawa. Także co drugi student z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015], w tym głównie studenci kierunków inżynieryjno-technicznych (48%), a najrzadziej z kierunków humanistyczno-społecznych (35,2%), poszukiwali w sieci danych kontaktowych do lekarza. Połowa internautów z badania CBOS [Feliksiak, 2016] odwiedzała strony poruszające problematykę zdrowia i terapii.

Regularnie robiło to 3% badanych, 25% - od czasu do czasu, a 22% sporadycznie. Większość internautów nie korzystała jednak ze stałych stron, wyszukując je w zależności od potrzeb z pomocą wyszukiwarki (18%). Aż 50% twierdziło, że nie pamięta nazw odwiedzanych stron dotyczących zdrowia. Wśród pozostałych najpopularniejsze (13%) były duże portale o zdrowiu. Na strony aptek i sklepów z artykułami medycznymi „wchodziło" 5% respondentów, po 4% - na strony poświęcone konkretnym chorobom i problemom ze zdrowiem lub dotyczące aktywności fizycznej, uprawiania sportu np. prowadzone przez trenerów personalnych oraz dotyczące zdrowia i medycyny strony branżowe. Po 3% badanych odwiedzało blogi i tzw. blogi parentingowe, a 2% - witryny powiązane z medycyną niekonwencjonalną, naturalną i ziołolecznictwem. Ze stron z informacjami o dietach, żywieniu, suplementacji i kosmetykami korzystało także 2% internautów, a strony dotyczące konkretnej dziedziny medycyny lub zawierające opinie o lekarzach - po 1% respondentów [Feliksiak, 2016]. Podobnie studenci z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015] najczęściej poszukiwali w Internecie informacji na temat objawów chorobowych (64,2%), metod leczenia (62,3%), bólu głowy (30,4%), problemów skórnych (29,9%), bólu brzucha (27,5%), bólu mięśni lub czynników ryzyka chorób (po 23%), a także bezsenności (22,5%). Co szósty ankietowany - o powikłaniach i czasie ustępowania chorób, depresji oraz nowotworów, a pozostali m.in.: chorób naczyniowo-sercowych, alergicznych, związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem tarczycy i choroby Parkinsona. Wszyscy respondenci, a zwłaszcza studenci kierunków medycznych (55,4%), szukali informacji dotyczących leków bez recepty, co trzeci - informacji o diecie, a co ósmy o aktywności fizycznej. Zainteresowanie suplementami diety było dwukrotnie wyższe w grupie studentów nauk medycznych i humanistyczno-społecznych, niż pozostałych. Z kolei informacje o medycynie niekonwencjonalnej najczęściej interesowały studentów kierunków humanistyczno-społecznych [Szymczyk i wsp., 2015]. Natomiast badani przez Szymczuk i wsp. [Szymczuk i wsp., 2011] najczęściej (47,2%) korzystali z programów profilaktycznych opracowanych przez profesjonalistów (lekarz, pielęgniarka, dietetyczka) oraz telewizyjnych programów zdrowotnych, rzadziej (30,8%) z reklam z informacjami na temat promocji sprzętu medycznego i produktów zdrowotnych zamieszczanych na stronach internetowych. Z kolei dane z Raportu koalicji „*dojrz@łość w sieci". Internet wzbogacił moje życie*" [Czerniawska, 2011] wykazały, że poszukiwanie informacji o sposobach leczenia, lekach, lekarzach mocno było praktykowane przez użytkowników Internetu z grupy 50. lat i więcej**.** Wielu ze starszych Internautów poszukiwało informacji o alternatywnych metodach leczenia, w tym często w przypadku wystąpienia u nich problemów ze zdrowiem, traktując nawet Internet jako

źródło wiedzy ratujące im życie. Inni szukali informacji o chorobach ich bliskich. Niektórzy dzięki wiedzy zdobytej w Internecie, stawali się swoistym autorytetem dla swoich znajomych cierpiących na podobne choroby. Innym sposobem wykorzystania Internetu przez jego użytkowników z grupy 50. lat i więcej, było poszukiwanie lekarzy (adresy gabinetów, numery telefonów, ceny), poprzez zapoznawanie się z opiniami innych internautów i sposobów, w jaki można do tych lekarzy trafić [Czerniawska, 2011]. Starsi internauci poszukiwali również informacji o lekach, w tym o sposobach ich wykorzystania, możliwych skutkach ubocznych, interakcjach. Internet był także źródłem weryfikacji skuteczności oraz potwierdzania bezpieczeństwa, w przypadku poleconych przez znajomych ogólnodostępnych leków. Jednocześnie badani 50+ uważali leki jako produkty, których nie kupiliby nigdy przez Internet, przede wszystkim z obawy przed niską jakością lub ich złym przechowywaniem. A jeszcze inni, dzięki opanowaniu obsługi Internetu, znacznie poprawili swój standard życia, ponieważ pogłębiali systematycznie swoją wiedzę o lekach, sposobie ich stosowania i zalecanym trybie życia w chorobie na jaką cierpieli, co umożliwiło według nich, nie tylko zrozumienie, ale także czasami kwestionowanie sposobów leczenia jakie proponowali im lekarze [Czerniawska, 2011].

Obecnie badane kobiety najczęściej sięgały po informacje ze wspomnianej już strony medycyny praktycznej, a także poradnikzdrowie.pl – 1,2%; mamaginekolog.pl – 0,9% oraz podyplomie.pl i portal abcZdrowie.pl - po 0,6%.

Wszyscy respondenci z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015], jako najczęściej (63,9%) wykorzystywane źródło w Internecie wskazali serwisy medyczne, a następnie fora oraz serwisy społecznościowe (po 55,4%) i encyklopedie (35,5%). Z prasy w formie on-line oraz z blogów najrzadziej korzystali studenci kierunków inżynieryjno-technicznych, a tzw. czaty wykorzystywane były dwukrotnie częściej przez uczestników studiów humanistyczno-społecznych niż z pozostałych kierunków. Innymi źródłami były także filmy dokumentalne o chorobach oraz ulotki leków umieszczane na stronach producentów. Co ósmy respondent deklarował, że z pomocą wyszukiwarki stara się odnaleźć adresy serwisów medycznych. Niespełna 4% wszystkich respondentów pożądanych informacji wyszukiwało w portalach medycznych, w tym przede wszystkim studenci kierunków medycznych (7,1%). Z forów korzystało jedynie 1,4% wszystkich uczestników badania [Szymczyk i wsp., 2015]. Z kolei we wspomnianym badaniu CBOS z 2016 roku [Feliksiak, 2016], z forów lub grup dotyczących zdrowia i medycyny korzystało 13% użytkowników Internetu, w tym 5% czytało rady udzielane w sieci, a 2% nie tylko poznawało wpisy innych, ale także się tam wypowiadało. W badaniu CBOS z 2020 roku [Feliksiak, 2020], 22%

użytkowników Internetu (15% ogółu badanych) uczestniczyło w forach i grupach związanych ze zdrowiem i medycyną, a 4% (3% ogółu badanych) sami się tam wypowiadali. Fora i grupy dotyczące zdrowego stylu życia oraz odżywiania odwiedzało 17%, a 14% – dotyczące problemów ze zdrowiem i chorób.

Popularność portali społecznościowych potwierdzają także obecne badania, ponieważ ankietowane twierdziły, że codziennie przeglądało portale społecznościowe 65,2% ankietowanych, w tym najczęściej Facebook (79,9%), YouTube (51,45), Instagram (51,1%) i Snapchat (30%).

W badaniu Ziuziańskiego i Furmankiewicza [Ziuziański, Furmankiewicz, 2014], zapytano 526. respondentów o to, jakie narzędzia wykorzystują w obszarze autodiagnozy i samoleczenia. Okazało się, że były to najczęściej grupy dyskusyjne/fora internetowe, specjalistyczne serwisy informacyjne/portale medyczne poświęcone zdrowiu oraz encyklopedie internetowe. Najrzadziej respondenci korzystali z wideokonsultacji on-line z lekarzami, systemów internetowych określających choroby na podstawie objawów (systemy ekspertowe) oraz porad internetowych lekarzy, a jedynie co czwarty z apteki internetowej. W Internecie swoimi doświadczeniami odnośnie zdrowia dzieliło się 3% ankietowanych, a na temat internetowych źródeł dotyczących zdrowia (np. rekomendacje forum, stron www) - wymieniało się informacjami z rodziną i znajomymi 30% badanych [Ziuziański, Furmankiewicz, 2014].

Co siódmy student z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015] był przekonany, że Internet ułatwia wymianę doświadczeń w zakresie danej choroby. Knol-Michałowska [Knol-Michałowska, 2014] za cel postawiła sobie sprawdzenie, w jaki sposób na relacje lekarz-pacjent wpływa poszukiwanie w Internecie informacji o zdrowiu. W tym celu dokonała analizy 18. publikacji naukowych dotyczących badań przeprowadzonych wśród pacjentów na temat wpływu korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Wyboru analizowanych publikacji dokonała w oparciu o bazy EBSCO, wyszukując takich słów kluczowych, jak „*doctor-patient relationship*" („*physician-patient relationship*") oraz „*Internet*". Uzyskano 1.079 wyników, ale dokonano ich zawężenia do 201. artykułów zamieszczanych w czasopismach naukowych występujących w bazie MEDLINE, w języku angielskim i polskim, opublikowanych w latach 1990-2013. Badanie pozwoliło na stwierdzenie, że przed wizytą u lekarza informacji w Internecie poszukiwano w sytuacji pojawienia się problemów zdrowotnych, jeszcze zanim podjęto decyzję o wizycie u lekarza oraz po jej podjęciu, a po wizycie – poszukiwania odnosiły się do sprawdzenia słuszności decyzji lekarza, chęci uzupełnienia wiedzy oraz poszukiwania innych sposobów leczenia.

Pacjenci dostrzegali jednak negatywne skutki takich internetowych poszukiwań, które mogły być np. związane z postawieniem błędnej autodiagnozy odczuwanych dolegliwości [Knol-Michałowska, 2014]. W badaniu Ziuziańskiego i Furmankiewicza [Ziuziański, Furmankiewicz, 2014] 47,5% respondentów było przekonanych, że informacje zawarte w Internecie zwiększyły ich samoświadomość na temat potrzeb dbania o zdrowie, a ponad 45,1% badanych wręcz twierdziło, że pozwalają sobie na samoleczenie w przypadku mniejszych dolegliwości. Natomiast 51,1% respondentów twierdziło, że Internet może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia i taki sam odsetek, że Internet zmienił znacząco podejścia ludzi do spraw zdrowia, w przeciwieństwie do 19% badanych, którzy z tym się nie zgadzali. Oceniając wpływ Internetu w samoleczeniu i autodiagnozie 38,6% badanych potwierdziło jego pozytywny wpływ, negatywnie oceniło go 19,4%, a 42% uważało, że nie wpłynął on w żaden sposób na ich samoleczenie i autodiagnozę. Niespełna 40% ogółu ankietowanych z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015], w tym głównie studenci z kierunków humanistyczno-społecznych (53,7%), uznało Internet za przydatne narzędzie do poszukiwania informacji o zdrowiu i chorobie. Co ósmy badany był jednak przeciwnego zdania, z reguły byli to studenci kierunków medycznych (23,2%) [Szymczyk i wsp., 2015].

Obecne wyniki potwierdzają raczej sceptyczne podejście do uznania Internetu za przydatne narzędzie do poszukiwania informacji o zdrowiu i chorobie, bowiem korzystanie w celu wzmocnienia zdrowia z informacji ze stron internetowych niemal w ogóle nie różnicowało miar poziomu zachowań zdrowotnych, ani też klasyfikacji dokonanej na podstawie miary sumarycznej. Także nie różnicowały znacząco miar IZZ informacje z przekazu portali społecznościowych dotyczące zdrowia oraz z Internetu, w tym przypadku jednak za wyjątkiem zachowań profilaktycznych, które były wyższe wśród osób, które nie stosowały w praktyce zdrowotnej takiej wiedzy.

Powodem poszukiwania informacji o schorzeniach w Internecie w grupie respondentów z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015] był przede wszystkim łatwy dostęp do niego (55,4%), szybkość uzyskania odpowiedzi (39,2%), kolejki w publicznych przychodniach (37,3%), wysokie ceny wizyt prywatnych (31,4%), utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów (27,9%), negatywne doświadczenia podczas konsultacji z lekarzem (26%), kolejki do specjalistycznych publicznych poradni (15,7%), długi dojazd do podmiotu leczniczego (10,3%), brak aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego (4,9%), a 2,5% wskazało na brak kompetencji, empatii, zainteresowania pacjentem, delikatności podczas badania oraz nieuprzejmość i podważanie opinii innych lekarzy. Co czarty student twierdził także, że Internet zapewnia mu poczucie anonimowości [Szymczyk i wsp., 2015].

W tym miejscu warto podkreślić, że w polskojęzycznej sieci internetowej, za Holecki i wsp. [Holecki i wsp. 2013] istnieje ponad 160. podmiotów, które zajmują się sprzedażą preparatów leczniczych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementów diety, kosmetyków, różnego rodzaju produktów medycznych/rehabilitacyjnych oraz innych, które do tej pory były dostępne jedynie w tradycyjnych aptekach i sklepach zaopatrzenia medycznego. Autorzy [Holecki i wsp. 2013] przeprowadzili przegląd problemów aptecznego rynku farmaceutyków w Polsce w oparciu o literaturę, akty prawne i zawartość stron internetowych wybranych podmiotów i stwierdzili, że wśród zagrożeń powyższego zjawiska znajduje się [Holecki i wsp. 2013]:

- możliwość zakupu preparatu niewiadomego pochodzenia, niespełniającego wymogów, prawa farmaceutycznego, a nawet z nielegalnego źródła lub szkodliwego,
- ryzyko nadkonsumpcji leków sprzedawanych bez recepty,
- trudność w ocenie wiarygodności podmiotu sprzedającego lek,
- zakup produktów powiązanych ze sobą wyłącznie marketingowo.

Respondenci z badania CBOS z 2016 roku [Feliksiak, 2016], w zdecydowanej większości (82%), uważali także, że ryzykowne jest samodzielne leczenie na podstawie informacji znalezionych w Internecie, bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem. Przeciwną opinię wyraziło 7% badanych [Feliksiak, 2016]. W roku 2020 roku [Feliksiak, 2020] od poprzedniego pomiaru ewidentnie wzrosła popularność wykorzystywania Internetu do zamawiania recept na leki (o 8 punktów procentowych), korzystania z konsultacji z lekarzem (o 6 punktów) oraz kupowania leków (zwłaszcza dostępnych bez recepty – wzrost o 9 punktów) i suplementów diety (o 10 punktów). Natomiast około 44% respondentów z badania Ziuziańskiego i Furmankiewicza [Ziuziański i Furmankiewicz, 2014] stwierdziło, że porady zawarte w Internecie najczęściej są skuteczne, a 18% - że ze względu na uzyskanie tam porady zaniechało wizyty u lekarza. Z kolei 79% ankietowanych przez Feliksiaka [Feliksiak, 2016], z obawy braku kontroli nad tym co kupują, ostrożnie podchodziło do pozyskiwania leków przez Internet. Takich obaw nie miało 10% osób [Feliksiak, 2016]. Z badania CBOS z 2020 roku [Felisiak, 2020] wynika, że 21% ustalało na podstawie informacji znalezionych w sieci własny sposób leczenia i nie konsultowało go z lekarzem, w tym 2% robiło tak często, 6% – czasami, a 13% – sporadycznie i aż 11% użytkowników Internetu zadeklarowała podejmowanie wszystkich powyższych działań [Felisiak, 2020]. W opinii Ulatowskiej-Szostak i wsp. [Ulatowska-Szostak, Marcinkowski, 2009] warto pamiętać, że „wyszukiwarki to narzędzia internetowe, które działają automatycznie i nie

filtrują informacji pod względem rzetelności i potwierdzeń naukowych". Z tego względu do treści pochodzących z nierenomowanych źródeł należy podchodzić krytycznie [Ulatowska-Szostak, Marcinkowski, 2009].

Taką ostrożność przejawiały także obecne badane kobiety, które zadeklarowały, że informacje na temat leków najczęściej pozyskiwały od lekarza (57,7%). Także jego 51,1% osób traktowało jako główne źródło w zakresie pozyskiwania wiedzy o zdrowiu

W opinii 67% respondentów Szymczuk i wsp. [Szymczuk i wsp., 2011] informacje zdrowotne zdobywane poprzez media są skuteczną metodą umacniania zdrowia człowieka, ale jednocześnie 26,4% z nich uważało, iż umacnianie zdrowia przy korzystaniu z wiedzy przekazywanej przez media może mieć niepożądane skutki zdrowotne, związane z niezrozumiałym sposobem przekazywania informacji lub informacjami sprzecznymi z literaturą medyczną. W badaniu CBOS z 2016 roku [Feliksiak, 2016] 71% badanych twierdziło, że w Internecie na tematy związane ze zdrowiem często wypowiadają się osoby, które nie mają odpowiedniej wiedzy i kompetencji. Z kolei aż 21% uważało, że w Internecie można uzyskać dokładniejsze informacje na temat problemów związanych ze zdrowiem i sposobów radzenia sobie z nimi niż podczas wizyty u lekarza, zaś 22% - że porady internautów, którzy zmagają się z tym samym problemem zdrowotnym, są bardziej wartościowe niż porady lekarza [Feliksiak, 2016]. Z danych z roku 2020 można wnioskować, że na przestrzeni ostatnich czterech lat zwiększyła się nie tylko popularność forów i grup dyskusyjnych dotyczących zdrowia ogólnie (wzrost o 7 punktów procentowych w grupie użytkowników Internetu), ale także tych, które dotyczą konkretnych chorób i problemów ze zdrowiem (wzrost o 4 punkty). W forach dotyczących zdrowia i problemów z nim związanych wyraźnie częściej uczestniczyły kobiety niż mężczyźni oraz osoby młodsze w wieku 25-34 lata, najlepiej wykształcone, mieszkające w największych miastach i uzyskujący najwyższe dochody na osobę [Feliksiak, 2020].

Zdaniem badanych przez Ziuziańskiego i Furmankiewicza [Ziuziański i Furmankiewicz, 2014] najbardziej wiarygodne są wideokonsultacje online z lekarzami, mimo iż sami rzadko z nich korzystali. Za takie uważali także specjalistyczne serwisy informacyjne i portale medyczne poświęcone zdrowiu oraz internetowe porady lekarzy. Do najmniej wiarygodnych zaliczyli blogi internetowe, systemy internetowe wskazujące choroby na podstawie objawów oraz fora internetowe/grupy dyskusyjne (średnia ocen 2,99). Według autorów sugeruje to, że internauci podchodzą do powyższego z ostrożnością i pewną rezerwą oraz mają świadomość, że nie wszystkie źródła informacji o zdrowiu zamieszczane w Internecie są wysoce wiarygodne. Respondenci za najmniej wiarygodne źródło informacji

odnośnie zdrowia uznali telewizję, następnie prasę oraz Internet. Wyżej ocenili książki medyczne (w tym encyklopedie, poradniki), a najwyżej lekarza [Ziuziański i Furmankiewicz, 2014].

Potwierdzeniem roli lekarza w umacnianiu zdrowia mogą być wyniki obecnych badań, według których osoby stosujące się zawsze do zaleceń lekarza miały znamiennie wyższy poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich rozważanych obszarach.

Warto ponownie potwierdzić, że udział mediów w codziennym życiu człowieka jest coraz większy i w związku z tym, za Serour i Dickens [Serour, Dickens, 2004] niezmiernie ważna jest wiarygodność i rzetelność treści w nich zawartych. Badania zainicjowane przez *American Academy of Pediatrics* [Commitee on Public Education, 2001] wykazały, że media, przy aktywnym udziale pediatrów mogą być skuteczną metodą sprzyjającą zwiększeniu wiedzy na temat zdrowia. Pamiętać jednak należy, że znajduje się w nich wiele technik marketingowych mających na celu zwiększenie sprzedaży konkretnych produktów [Wojciechowska, 2015]. Z jednej strony liczne doniesienia wykazują, że medialne kampanie zdrowotne ewidentnie sprzyjają zmianom stylu życia na korzystne dla zdrowia [Wakefield i wsp., 2010; Apollonio, Malone, 2009; Brown, Witherspoon, 2002], w tym np. za Rusmevichienton i wsp. [Rusmevichienton i wsp., 2014] reklamy zdrowej żywności oraz spoty reklamowe zachęcające do przeciwdziałania otyłości. Z drugiej jednak strony ponownie warto podkreślić, że media mogą dostarczać także treści niekorzystnych dla zdrowia, które mogą wywołać skutek odmienny niż prozdrowotny [Wakefield i wsp., 2010; Apollonio, Malone, 2009; Brown, Witherspoon, 2002].

Zachowania zdrowotne kształtować mogą także reklamy i akcje społeczne, które mają uświadamiać społeczeństwo w zakresie określonych zagadnień dotyczących ochrony zdrowia i życia ludzkiego, zwrócić uwagę na ważne i nierozwiązane problemy społeczne, a także modyfikować rzeczywistość społeczną, np. w drodze uwrażliwiania na pewne tematy, angażowania w sprawy społeczne [Olejniczak i wsp., 2014]. Niestety badanie Czerw i wsp. [Czerw i wsp., 2014] w grupie 300. mieszkańców Warszawy wykazało, iż respondenci wykazywali niskie zainteresowanie organizowanymi w Polsce kampaniami społecznymi, takimi jak „Stop depresji", „Autyzm wprowadza zmysły w błąd", „Zabezpiecz tyły", „Zapnij pasy - włącz myślenie", „Ostatni wyskok", „Gadaj-badaj" lub „Zbieram na nowe fryzury, cycki i dragi". Ponad 30% warszawiaków nie znała/nie pamiętała żadnych kampanii, a 50% znała/pamiętała je w nieznacznym stopniu. Jednocześnie większość badanych kampanie społeczne uznała jako potrzebne (zawsze/często - 57,5%, czasem 33,3%) i skuteczne (zawsze/ często - 47,5%, czasem - 42,5%), ponieważ motywują do zmiany zachowania (80,1%),

powodują rzeczywistą zmianę w postrzeganiu poruszanych tematów i wywołują konkretną zmianę w zachowaniu (56,7%) [Czerw i wsp., 2014]. Podobne wyniki odnotowano w badaniu efektywności realizowanej w 2012 roku przez TNS OBOP kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki zakażeń HIV/AIDS, gdzie wykazano, że 82% odbiorców tej kampanii nie potrafiło wymienić nazwy instytucji odpowiedzialnej za jej przygotowanie [Kuśnierek, 2012]. Także 48% spośród grupy 500. osób w wieku 18-24 lata, jako grupy celowej kampanii społecznej „Ostatni Wyskok" nie pamiętała kto był jej nadawcą [Grzęda, 2005]. Badanie zrealizowane w roku 2018 przez agencję SW RESEARCH na zlecenie Grupy *On Board Think Kong* w grupie 1083 osób powyżej 18. r.ż, wykazało, że w opinii 43,3% Polaków dzięki kampanii społecznej zmienili swoje i/lub bliskich podejście do zagadnień zdrowotnych. U co trzeciego badanego kampanie nie wywarły jednak takiego wpływu. Osoby, które kampania prozdrowotna skłoniła do działania, wymieniały przede wszystkim zmianę nawyków żywieniowych (57%), trybu życia na bardziej zdrowy (49%), wykonanie podstawowych badań krwi (40%) i wzrost tolerancji na ludzi z różnymi dolegliwościami (30%). Jedynie 6% ankietowanych stwierdziło, że kampania skłoniła ich do wizyty u lekarza, 7% do wykonania bardziej specjalistycznych badań w kierunku wykrycia danej choroby, a 3,3% do zaszczepienia [Sałamacha, 2018].

Fakt, iż kampanie społeczne bezpośrednio/pośrednio mogą wywołać pozytywne zachowania zdrowotne w całej populacji i zapobiegać negatywnym zmianom, potwierdziły także badania zagraniczne, jak np. *Use of mass media campaigns to change health behaviour* [cyt. za Wakefield, 2010], *Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and alcohol involved crashes* [cyt. za Elder, 2004], czy *Impact of an Australian mass media campaign targeting physical activity in 1998* [cyt. za Bauman, 2008]. Z kolei badania *Mass media interventions: effects on health services utilisation,* wykazały, że kampanie społeczne mogą mieć wpływ na wykonywalność zabiegów medycznych (np. szczepienia, badania profilaktyczne) [cyt. za Grilli i wsp., 2002]. Olejniczak i wsp. [Olejniczak i wsp., 2014] w badaniu 250. studentów z miasta stołecznego Warszawy wykazali, że 98,8% z nich miało styczność z reklamą społeczną. Piekutowska i wsp. [Piekutowska i wsp., 2013] chcąc poznać poziom wiedzy oraz postawy dotyczące kampanii społecznych oraz ich wpływ na zmiany zachowań, badaniem objęli 600. studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB), Politechniki Białostockiej (PB) oraz Uniwersytetu w Białymstoku (UwB). Z badań wynikało, że chęć zwiększania wiedzy dotyczącej problemu zdrowotnego pod wpływem kampanii społecznej zadeklarowało 37% studentów UMB, 28% studentów PB oraz 30,5% studentów UwB. W przypadku 66,7% studentów UMB, 53,8% PB oraz 52% UwB doszło do

zmiany zachowań zdrowotnych pod wpływem kampanii społecznych. Największy wpływ na zmianę postaw i zachowań wywarły kampanie dotyczące przestrzegania przepisów ruchu drogowego, a najczęstszym źródłem wiedzy o kampaniach społecznych była telewizja i Internet. Chęć zwiększania wiedzy dotyczącej problemu zdrowotnego pod wpływem kampanii społecznej zadeklarowało 37% studentów UMB, 28% - PB oraz 30,5% - UwB [Piekutowska i wsp., 2013].

W obecnym badaniu respondentki za najbardziej rozpoznawalne prozdrowotne kampanie społeczne uznały „Zapnij pasy. Włącz myślenie" (54,4%), „Stop depresji" (37,8%), „Leki to nie cukierki" (18%), „Czytaj ulotki leków" (15%) oraz „Internet nie leczy" (11,4%).

Szacuje się za Malec [Malec, 2012], że w chwili obecnej w Internecie funkcjonuje ponad 800. polskojęzycznych serwisów medycznych, co powoduje, że dosyć trudno jest odnaleźć wiarygodne i sprawdzone treści, dlatego konieczne jest posiadanie umiejętności ich wyszukiwania i filtracji. Narzędziem najpopularniejszym wśród użytkowników Internetu jest wyszukiwarka Google.pl, przy czym wykazano, iż na pierwszej stronie po wpisaniu hasła poszukiwania treści internetowych kończy 91,5% ludzi, a na kolejne strony przechodzi tylko 4,8% [cyt. za Wróbel-Harmas i wsp., 2014]. Wyszukiwanie w Internecie informacji o danej jednostce chorobowej, 84% studentów z badania Szymczyk i wsp. [Szymczyk i wsp., 2015], w tym 88,6% z kierunków przyrodniczo-rolniczych (88,6%) i 87% z humanistyczno-społecznych, rozpoczynało od wpisania w wyszukiwarkę słów kluczowych, które opisywały dane schorzenie. Potwierdzają to dane *US Pew Survey,* za Dobrogowska-Schlebusch [Dobrogowska-Schlebusch, 2009] wskazujące, że 60% internautów rozpoczyna wyszukiwanie informacji zdrowotnej przez wykorzystanie wyszukiwarki Google i Yahoo. W roku 2009 słowo *„health"* wpisane zostało 4,09 mld razy, zaś „zdrowie" 106. mln. razy [cyt. za Szymczyk i wsp., 2015]. Wróbel-Harmas i wsp. [Wróbel-Harmas i wsp., 2014] postanowili sprawdzić dostępność informacji o suplementach diety analizując akty prawne oraz RASFF (*Rapid Alert System for Food and Feed)*, w porównaniu z najbardziej popularnymi danymi dostępnymi w Internecie. Narzędziem badania była wyszukiwarka Google.pl. Autorzy poddali analizie tylko te wyniki wyszukiwania, które były na pierwszej stronie po wpisaniu dwóch haseł: „suplement" oraz „suplementy". Następnie przeanalizowali portale pod względem rodzaju treści, jakie prezentowały na temat suplementów oraz liczbę wyników wyszukiwania dla haseł. Nie brali pod uwagę wyników wyszukiwania oznaczonych jako „reklama". Najczęściej respondenci wyszukiwali hasła: suplementy (243 000 000), suplement (9 290 000), suplementy sklep (8 200 000). Analiza treści zawartych na poszczególnych stronach wykazała, że zawierają one informacje o określonych produktach

podane przez producentów, informacje ogólne objaśniające co to są suplementy i kiedy należy je stosować. Rzadziej były tam artykuły pisane przez ekspertów (lekarzy, dietetyków, farmaceutów) dotyczące niebezpieczeństw związanych ze stosowaniem tych produktów, np. z zasadnością ich przyjmowania, obecnością w preparatach niezadeklarowanych substancji. Autorzy nie znaleźli także ostrzeżeń, które by dotyczyły konieczności dokonywania zakupu ze sprawdzonych, legalnych źródeł [Wróbel-Harmas i wsp., 2014].

Obecnie sprawdzono, że na dzień 05.04.2023, wpisanie do wyszukiwarki Firefox np. hasła „choroba" ukazało się około 96 500 000 wyników; „suplement" - około 18 100 000 wyników, „suplementy" - około 32 400 000 wyników, „suplement sklep" - około 17 400 000 wyników, a zdrowie" - około 195 000 000 wyników. Jest ogrom możliwości wyboru dla potencjalnego internauty i może on mieć problem z odnalezieniem rzetelnych treści.

Warto pamiętać, że Internet jest bezustannie rozwijającą się technologią, w tym sprzyjającą rozwojowi mediów społecznościowych (*social media*) definiowanych jako „grupa bazujących na internetowych rozwiązaniach aplikacji, które opierają się na ideologicznych i technologicznych podstawach Web 2.0 i które umożliwiają tworzenie i wymianę wygenerowanych przez użytkowników treści", a jednocześnie dużą i bardzo aktywną społecznością [Kaplan, Haenlein, 2010]. Wśród mediów społecznościowych są: blogi i mikroblogi (Twitter), społeczności kontentowe (YouTube z kanałami tematycznymi), serwisy społecznościowe (Facebook), wirtualne światy społecznościowe (Second Life) oraz platformy grywalizacyjne [cyt. za Nowak, Chalimoniuk-Nowak, 2015]. Analizując propozycje tematyczne Facebooka, za Nowak i Chalimoniuk-Nowak [Nowak, Chalimoniuk-Nowak, 2015] wykazano, iż największą liczbę fanów ma muzyka, sport, e-commerce, odzież i żywność, a fanpage - najliczniejszą rzeszę fanów mają zawodowi sportowcy oraz producenci żywności typu fast food, słodycze. Typowe portale społecznościowe typu Facebook, czy Nasza Klasa, za [cyt. za Nowak, Chalimoniuk-Nowak, 2015] nie cieszyły się aż tak dużą popularnością (6%) w zakresie pozyskiwania wiedzy na temat zdrowego stylu życia, jak np. wyszukiwarki internetowe (68%) lub specjalistyczne serwisy o zdrowiu (50%).

W podsumowaniu warto podkreślić, że np. seriale medyczne, za Grysiak [Grysiak, 2015] mogą powodować nie tylko nieprawidłowe odebranie przekazu dotyczącego zachowań prozdrowotnych, o czym pisano wcześniej, ale także przyczynić się do błędnego postrzegania niższego personelu szpitala i przychodni. Pielęgniarki są bowiem często w nich ukazywane jako osoby wykonujące nieistotne polecenia lekarzy, mało kompetentne, ich działania nie odnoszą się bezpośrednio do opieki nad chorymi, a koncentrują się na kwestiach administracyjnych [Grysiak, 2015]. *American Nurses Associtation*, za Daley [Daley, 2013]

wystosowało list protestacyjny do szefa stacji MTV, w którym zażądało np. zaprzestania emisji serialu *Scrubbing In*, przedstawiającego pielęgniarki w taki sposób, że mógł nawet zniechęcić potencjalnych kandydatów do szkół pielęgniarskich. Za przykład odmiennego od rzeczywistości przekazu medialnego może posłużyć serial *Na dobre i na złe*, ukazujący idealny zespól terapeutyczny [Pawlak-Sobczak, 2015]. Kreuje on wizerunek atrakcyjnych i młodych lekarzy, dbających o siebie, którzy mimo iż mają różne charaktery i temperament, to w każdej sytuacji potrafią się opanować, są profesjonalistami, posiadającymi dużą wiedzę, ale mimo tego chętnie się doszkalającymi i szukającymi nowych rozwiązań. Wzajemnie sobie pomagają, wspierają się, tworzą jedną wielką rodzinę, której członkowie nawzajem się lubią. Są uczciwi i rzetelnie wypełniający swoje obowiązki, a każde kontrowersyjne/naruszające etykę zachowanie jest ewidentnie potępiane przez większość lekarzy. W kontakcie z pacjentami często uśmiechają się, utrzymują z nimi kontakt wzrokowy, podczas ich wypowiedzi przyjmują otwartą postawę ciała, aktywnie ich słuchają, potakują głową, są zainteresowani tym co mówią. Personel zna imię i nazwisko nie tylko swoich podopiecznych, ale także ich bliskich. Często dotyka swoich pacjentów, wyrażając w ten sposób wsparcie emocjonalne, pocieszając i uspokajając chorych. Często jednym pacjentem zajmuje się od razu kilku lekarzy różnych specjalizacji, na których nie trzeba czekać, bo po prostu są, podobnie jak na wysokospecjalistyczne badania. Wszyscy pacjenci traktowani są podmiotowo, indywidualnie, z dbałością o ich komfort zarówno psychiczny, jak i fizyczny. Cały czas personel stara się im doradzić, pomóc, a w skrajnych przypadkach dzieli się nawet swoimi osobistymi doświadczeniami i przeżyciami. Płacze, przeżywa śmierć każdego chorego lub cierpi, wyładowuje frustrację w sytuacji, gdy ma poczucie bezradności, że nic nie może zrobić [Pawlak-Sobczak, 2015]. Przedstawiony w serialu „Na dobre i na złe" wizerunek lekarza i jego relacje z pacjentem, za Pawlak-Sobczak [Pawlak-Sobczak, 2015] „*są tak jakby weberowskim typem idealnym. Równocześnie jest to pewien wzór, do którego powinniśmy dążyć, scharakteryzowany i opisany w literaturze fachowej".* Niestety analizując obraz przedstawiony w serialach, z realiami funkcjonowania służby zdrowia, można dostrzec ogromne różnice. Zdaniem autorki [Pawlak-Sobczak, 2015] tego typu programy są pewnego rodzaju bajką pozwalającą przeżyć widzowi coś niedostępnego, niespotykanego lub spotykanego wyjątkowo rzadko w realnym świecie. W rzeczywistości rolą tych seriali jest przede wszystkim walor profilaktyczny i edukacyjny [Pawlak-Sobczak, 2015].

Nowak i Chalimoniuk-Nowak [Nowak i Chalimoniuk-Nowak, 2015], zwraca także uwagę na fakt, że wiele treści edukacyjnych prezentowanych w mediach może być ukrytą

formą reklamy oraz że najważniejszym kryterium publikacji oraz rozpowszechnienia w Internecie jest medialność informacji (w formie i treści).

W opinii Puchalskiego [Puchalski, 2012] edukacja zdrowotna w sieci to powierzchowny przekaz dość ogólnikowej wiedzy („tło" dla sprzedaży określonych produktów lub usług), najczęściej dotyczący promowania zdrowego odżywiania (wybranych marek i konkretnych produktów), aktywności fizycznej (konkretnego sprzętu sportowego), zmniejszania stresu i rzucania palenia (reklamowanie parafarma-ceutyków). Obecnie zwraca się uwagę, iż w mediach elektronicznych panuje moda na tzw. „lifestylism", popularyzowana zwłaszcza przez celebrytów oraz posługiwanie się w reklamach/programach autorytetem, co wydaje się być wysoce skuteczną strategią [Konert, 2011].

Nie można zapominać, że elektroniczne środki masowego przekazu, z uwagi na fakt, że skupiają rzesze odbiorców mogą być skutecznym narzędziem w edukowaniu do zdrowego stylu życia, jednakże wymaga to wykorzystania atrakcyjnych środków komunikacji.

Pamiętać także należy, że wirtualna przestrzeń (określana jako „wielki info-śmietnik"), jest obszarem otwartym dla wszystkich i na wszystkie docierające do niego informacje [Nowak i Chalimoniuk-Nowak, 2015]. W związku z tym potrzebne jest stworzenie nowych rozwiązań, które by były pomocne we właściwym wykorzystaniu potencjału wirtualnej przestrzeni i nowych technologii do skutecznej, rzetelnej edukacji zdrowotnej.

WNIOSKI

1. Ankietowane kobiety w większości należały do osób raczej zadowolonych ze swojego życia, prezentowały niski poziom zachowań zdrowotnych, jednak korzystały z opieki medycznej wtedy, kiedy zaistnieje taka potrzeba i starały się stosować do zaleceń lekarza.
2. Badane w większości nie traktowały mediów jako źródła wiarygodnych informacji o zdrowiu.
3. Respondentki uważały, że media mogą przyczyniać się do wzrostu wiedzy medycznej, z dominującą rolą w tej kwestii Internetu i nawet same szukały tam informacji w razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych, chcąc pozyskać wiedzę na temat zdrowego stylu życia lub stosowanych leków.
4. Wykazano zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją z życia, poziomem materialnych zasobów rodziny, samooceną stanu zdrowia i stosowaniem się do zaleceń, a brak zależności z miejscem zamieszkania oraz wykształceniem.
5. Na preferowane przez ankietowane kobiety zachowania zdrowotne miały wpływ informacje zawarte w artykułach czasopism, w programach telewizyjnych, serialach medycznych oraz w portalach społecznościowych, a nie miało korzystanie z informacji ze stron internetowych.
6. Kategorie zachowań zdrowotnych nie zależały w istotny statystycznie sposób od wykorzystywania informacji z portali społecznościowych, medycznych seriali filmowych oraz prasy (za wyjątkiem nawyków żywieniowych), ale zależały od informacji przekazywanych w telewizji, przez Internet (dla obszaru zachowań profilaktycznych i miary sumarycznej IZZ) oraz radio (dla obszaru nastawienia psychicznego).

POSTULATY

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost udziału mediów w codziennym życiu człowieka. Stają się one coraz bardziej jednym z najczęstszych źródeł informacji zdrowotnej dla różnorodnych grup społecznych. Uzyskane wyniki także wskazują, że nawet studenci kierunków medycznych i seniorzy uczestniczący w zajęciach uniwersytetów zdrowego seniora korzystają z porad medialnych.

W związku z tym, mając na uwadze zasięg Internetu i innych mediów oraz ich coraz bardziej mobilny dostęp, w celu skutecznej edukacji zdrowotnej potrzebne wydaje się systematyczne kontrolowanie jego przestrzeni i ciągłe uwrażliwienie społeczeństwa na korzystanie jedynie z wiarygodnych informacji. W tym celu konieczne jest współdziałanie pracowników ochrony zdrowia z masowymi środkami przekazu.

Media międzynarodowe i lokalne powinny stać się łącznikiem pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia a społeczeństwem mającym luki wiedzy w tej dziedzinie i być ważnym sprzymierzeńcem w walce o poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Jednak aby tak się stało, autorytety dziedzin medycznych powinny edukować media, a te dostosować swoją ofertę do oczekiwań społeczeństwa ale tak, aby móc ją przekazać rzetelnie i w sposób przystępny.

PIŚMIENNICTWO

1. Ajzen I., Fishbein M.: Understanding attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1980.
2. Alvarado M., Maskiewicz A.C.: Research On Learning Teaching High School Physiology Using a Popular TV Medical Drama Using Integrated Media for Learning Physiology. The American Biology Teacher, 2011,73(6), 322–328.
3. Apollonio D, Malone R.: Turning negative into positive: public health mass media campaigns and negative advertising. The Journal of Health Research, 2009, 24, 483-495.
4. Baggozi R.P., Edwards E.A.: Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. Journal Psychology & Health, 1998, 13, 593-621.
5. Bajka Z.: Historia mediów. Wyd. ABC Zbigniew Bajka, Kraków, 2008.
6. Bandura A.: Social Learning Theory. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, 1976.
7. Bandura A.: Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1986.
8. Bauman A.E., Bellew B., Owen N., Vita P.: Impact of an Australian mass media campaign targeting physical activity in 1998, American Journal of Preventive Medicine, 2001, 21(1), 41-47.
9. Bauman Z.: Zindywidualizowane społeczeństwo. GWP, Gdańsk, 2008.
10. Bażydło M., Karakiewicz B.: Samoocena zdrowia Polaków – przegląd badań. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2012, 2, 14-17.
11. Beck U.: Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Wyd. Scholar, Warszawa, 2002.
12. Becker M.H., Rosenstock I.M.: Comparing social learning theory and the health belief model. [in:] Advances in health education and promotion. Ward W.B., (red.), CT, JA1 Press, Greenwich, 1987: 245-249.
13. Bień B. Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. [w:] Polska starość. Synak B (red). UG, Gdańsk. 2002: 78-100.
14. Błasiak J.: Edukacja zdrowotna z edukacją zdrowia, skrypt akademicki, Pedagogium, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, 2012, informacje dostępne na stronie internetowej http://pedagogium.pl/, data pobrania 31.03.2023.

15. Bralczyk J., Wasilewski J.: Język w mediach. Medialność języka. [w:] Dziennikarstwo i świat mediów, Bauer Z., Chudziński E. (red.), Universitas, Kraków, 2008: 379-401.
16. Briggs A., Burke P.: A social history of the media: from Guttenberg to the Internet. Wyd. Pollity Press, 2018.
17. Bronikowski M.: Niedostatki i potrzeby współczesnego wychowania fizycznego. Wychowanie Fizyczne i Sport, 2007, 51(2), 113-123.
18. Brown J, Witherspoon E. The Mass Media and American Adolescents. The Journal of Adolescent Health, 2002, 31(6 Suppl),153-170.
19. Bryła M., Szymocha M., Maniecka-Bryła I.: Czynniki wpływające na samoocenę stanu zdrowia osób pracujących, Medycyna Praktyczna, 2015, 66(1), 17–28.
20. Byra S.: Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia oczekiwanego i otrzymywanego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17(2), 64-70.
21. Cendrowski Z.: Dekalog Zdrowego stylu życia, https://xviiilo.krakow.pl/wp-content/uploads/2017/06/dekalog_cendrowskiego.pdf, data pobrania 4.04.2023.
22. Ciupał M., Mastalerz-Migasz A.: Mass media w promocji zdrowego stylu życia, Family Medicine & Primary Care Review, 2013, 15(2), 83–84.
23. Commitee on Public Education: American Academy of Paediatrics. Media Violetce. Committee on Public Education. Paediatrics 2001, 108(5), 1222-1226.
24. Crawford R.: A Cultural Account of Health: Control, Release and the Social Body. Issues in the Political Economy of Health Care, McKinlay, J.E. ed., Tavistock, New York, 1984.
25. Czerniawska D., Fenrich W., Olcoń-Kubicka M.: Raport koalicji „dojrz@łość w sieci". Internet wzbogacił moje życie. UPC Polska Sp. z o.o., Warszawa, 2011.
26. Czerw A., Kościuk K., Augustynowicz A.: Wiek i płeć jako zmienne różnicujące wpływ środków masowego przekazu na poglądy i zachowania zdrowotne – badania własne, Media – Kultura – Komunikacja Społeczna, 2014, 10/4, 41-53.
27. Czerw A.: Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce, KES Studia i Prace, 2012, 4(12), 147-157.
28. Daley K.: Letter From ANA To MTV. Silver Spring, Maryland, 2013.

29. De Vries H., Mudde A., Lcijs I.: The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. Health Education Research, 2003, 18, 611-626.
30. Do P.M., Kincaid D.L.: Entertainment-education television drama for health knowledge and behavior in Bangladesh, Journal of health communication, 2006, 11(3), 301-325.
31. Dobrogowska-Schlebusch E.: Badanie jakości 52 stron internetowych o tematyce medycznej, stworzonych za pomocą technologii Wiki. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2009, 1, 102-109.
32. Doroszewska A. Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie [w:] Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym. Popielski K., Skrzypek M., Albińska E. (red). Wyd. KUL, Lublin, 2010: 299-311.
33. Elder R.W., Shultz R.A.: Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and alcohol involved crashes, American Journal of Preventive Medicine, 2004, 27, 57-65.
34. Eysenbach J.: What is e-health?, Journal of Medical Internet Research, 2001, 3(2), e20.
35. Feliksiak M.: Zdrowie online, Komunikat z badań 148/2016, CBOS, 2016.
36. Feliksiak M.: Zdrowie online, Komunikat z badań 100/2020, CBOS, 2020.
37. Fox S., Duggan M.: Health online 2013. Pew Research Center`s American Life Project, Waszyngton 2013, https://www.pewinternet.org/wp-content/uploads/sites/9/media/ Files/Reports/PIP_Health Online .pdf, data pobrania 31.03.2023.
38. Furmankiewicz M., Ziuziański P.: Ocena wykorzystania technologii teleinformatycznych w procesie autodiagnozy i samoleczenia w świetle badania opinii internautów [w:] Systemy Wspomagania Organizacji 2013, Sroka H., Porębska-Miąc T., Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice, 2013: 131.
39. Gajewska O., Bryła M., Maniecka-Bryła I.: Samoocena stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Hygeia Public Health, 2012, 47(4), 453-459.
40. Gerbner G., Gross L., Morgan M., Signorielli N., Shanahan J.: Growing up with television: Cultivation processes [In:] Media effects: Advances in theory and research, Bryant J., Zillmann D. (Eds.), Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, United States, 2002: 43-67.

41. Gerbner G.: Science on Television: How It Affects Public Conceptions. Issues in Science and Technology, 1987, 3(3), 109–15.
42. Goban – Klas T.: Komunikowanie i media [w:] Dziennikarstwo i świat mediów, Bauer Z., Chudziński E. (red.), Universitas, Kraków, 2008, 11-38.
43. Gołka M.: czym jest społeczeństwo informacyjne?, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny I Socjologiczny, 2005, 67(4), 253-265.
44. Grilli R., Ramsay C., Minozzi S,: Mass media interventions: effects on health services utilisation, The Cochrane Database Of Systematic Reviews, 2002, 1, CD000389.
45. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D.: Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej, Przegląd Epidemiologiczny, 2009, 63(3), 427- 432.
46. Grysiak *A.:* Wpływ seriali medycznych *na* świadomość zdrowotną *i* postawy względem służby zdrowia*, Stimulus, 2015, 6, 27-34.*
47. Grzęda A., Furman K.: Badanie efektywności kampanii społecznej „Ostatni Wyskok", Raport dla Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, 2005, 12, 1-45.
48. Gulczyńska A., Jankowiak B.: Media a zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży [w:] Media – komunikacja: zdrowie i psychologia, Aouil B., Maliszewski W., Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2007: 60–64.
49. Harris D., Willoughby H.: Resuscitation on television: realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama. Resuscitation, 2009, 80(11), 1275–1279.
50. Heszen I., H. Sęk.: Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
51. Hild-Ciupińska K.: Samoocena zdrowia oraz dbałości o nie aktywnych zawodowo mężczyzn – wstępne wyniki. Bezpieczeństwo pracy, 2018, 3, 20-23.
52. Holecki T., Syrkiewicz-Świtała M., Leśniak D.: Internetowy rynek apteczny w Polsce, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19(3), 262–266.
53. https://nowyobywatel.pl/2019/03/06/nie-ufamy-lekarzom/, data pobrania 20.03.2023.
54. https://pl.wikiquote.org/wiki/Zdrowie, data pobrania 31.03.2023.
55. https://www.antyradio.pl/Film/Duperele/10-polskich-seriali-o-lekarzach-25448, data pobrania 29.03.2023.

56. https://www.antyradio.pl/Film/Duperele/Top-10-najlepszych-seriali-o-lekarzach-25444, data pobrania 29.03.2023.
57. https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/srodki-masowego-przekazu;3984263.html, data pobrania 26.04.2023
58. https://przystaneknauka.us.edu.pl/artykul/30-rocznica-powstania-www, data pobrania 24.04.2023
59. https://sjp.pwn.pl/sjp/funkcja;2558721.html, data pobrania 26.04.2023
60. https://www.linguini.pl/top-5-seriale-medyczne/, data pobrania 29.03.2023
61. Informatyzacja w ochronie zdrowia, http://www.archiwum.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/informatyzacja-w-ochronie-zdrowia/, data pobrania 4.04.2023.
62. Jachimowicz V., Kostka T.: Satysfakcja z życia starszych kobiet, Ginekologia Praktyczna, 2009, 3(17), 27-32.
63. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2012.
64. Kaplan A.M., Haenlein M.: Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media, Business Horizons, 2010, 53(1), 59–68.
65. Kasperek E.: Zachowania prozdrowotne nauczycieli. Wyd. G&P, Poznań, 1999.
66. Kłos J.: Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań, 2014.
67. Knol-Michałowska K.: Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety dla relacji lekarz-pacjent. Perspektywa pacjentów. Hygeia Public Health, 2014, 49(3), 389-397.
68. Konert A.: Nauczyciel jako autorytet. Rekonstrukcja relacji mistrz – uczeń w perspektywie interakcjonizmu symbolicznego [W:] Nauczyciele Strategie trwania w zawodzie Lenik S., Rosoł A. (red.), Wyd. AJD, Częstochowa, 2011: 87–128.
69. Kowalczewska-Grabowska K.: Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Tychów (raport z badań), Chowanna, 2019, tom jubileuszowy, 397-415.
70. Kozłowska A.: Oddziaływanie mass mediów. Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2006.
71. Kuśnierek A.: Badanie efektywności kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki zakażeń HIV/AIDS przeprowadzonej na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS. TNS OBOP, 2012, 1-92.

72. Larson J., The Conceptualization of Health. Medical Care Research and Review, 1999, 56(2), 123-136.
73. Ludwisiak K., Polguj M., Majos A., Drygas W.: Wpływ mediów na zachowania zdrowotne młodych osób dorosłych, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, 22(2), 145–150.
74. Łuszczyńska A.: Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Wyd. GWP, Gdańsk, 2004.
75. Majchrowska A.: Wybrane elementy socjologii. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziału pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej. Wyd. Czelej, Lublin. 2003.
76. Malec J. Polski pacjent w Internecie. OSOZ. 2012, 10, 24–25.
77. Mazur J.: Skala Zasobów Materialnych Rodziny – badanie walidacyjne i proponowana modyfikacja, Hygeia Public Health, 2013, 48(2), 211-217.
78. Mc Luhan H. M.: Zrozumieć media: przedłużenie człowieka. Wyd. Naukowo-Techniczne, Warszawa, 2004.
79. McQuail D.: Teoria komunikowania masowego. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
80. Mechanic D.: Medical Sociology. 2nd ed., Free Press, New York, 1978.
81. Moeller A. D., Moeller J. J., Rahey S. R., Sadler R. M.: Depiction of seizure first aid management in medical television dramas. The Canadian journal of neurological sciences. Le Journal Canadien Des Sciences Neurologiques, 2011, 38(5), 723–727.
82. Mrozowski M.: Media masowe. Władza, rozrywka i biznes, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, 2001.
83. Mrozowski M.: Między manipulacją a poznaniem. Człowiek w świecie mass mediów, Centralny Ośrodek Metodyki Upowszechniania Kultury, Warszawa, 1991.
84. Nowak P.F., Chalimoniuk-Nowak M.: Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej [w:] Współczesne kierunki działań prozdrowotnych, Wolska-Adamczyk A. (red.), WSIiZ, Warszawa, 2015: 35-45.
85. Olejniczak D., Juszczyk G., Czerw A.: Wpływ reklamy społecznej na zachowania zdrowotne w warszawskim środowisku studenckim, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, 20(3), 307–313.
86. Oniszczuk Z.: Pojęcie funkcji w badaniach nad społecznym oddziaływaniem prasy, Zeszyty prasoznawcze 1988, 2, 41-52.

87. Ornat L,, Martínez-Dearth R, Muñoz A., Franco P., Alonso B., Tajada M., Pérez-López F. R.: Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. Maturitas, 2013, 75(3), 261-269.
88. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Instytut Filozofii i Socjologii. Wyd. PAN, Warszawa, 1999.
89. Ostrowska A.: Prozdrowotne style życia. Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1997.
90. Paczkowski A.: Czwarta władza. Prasa dawniej i dziś. Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1973.
91. Paczkowski A.: Historia prasy polskiej do końca XVIII wieku. Wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2002.
92. Pałucka K., Bałanda-Bałdyga A., Kęsik J.J., Pilewska-Kozak A.B.: Satysfakcja z życia kobiet w wieku pomenopauzalnym, Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio, 2022, 3(51), 1-8.
93. Pawlak-Sobczak K.: Obraz lekarza- serial telewizyjny kontra rzeczywistość, Zeszyty Prasoznawcze, 2015, 58,2(222), 337-346.
94. Pawłucki A.: Wychowanie fizyczne ucznia późnej dorosłości, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2001, 68(10), 46-53.
95. Pęgiel-Kamrat J.E., Zarzeczna-Baran M.A.: Zjawisko samoleczenia wśród studentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Gdańsku. Zdrowie Publiczne, 2004, 114(2), 234-237.
96. Piekutowska S., Kanicka M., Pogorzelska P., Charkiewicz A.E., Kanicki T., Szpat A.: Rola kampanii społecznych w promowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu wśród studentów białostockich uczelni, Hygeia Public Health, 2013, 48(4), 500-504.
97. Pijarski M.: Seriale medyczne. Ich tradycja i miejsce w światowej kinematografii [w:] Między trendem a tradycją. Kulturowe oblicza seriali. Panek B., Wójtowicz A. (red.), UMCS, Lublin, 2015, 144-148.
98. Piotrowska-Jastrzębska J., Białokoz-Kalinowska I., Motkowski R., Mikołuć B.: Oddziaływanie mass mediów na stan zdrowia dzieci i młodzieży. Przegląd Pediatryczny, 2001, 31(3), 191–192.
99. Pisarek W.: O pojęciu funkcji w prasoznawstwie, Przekazy i opinii, 1976, 4, 56-71
100. Prauzner T.: Wpływ nowoczesnych mass mediów na osobowość człowieka, Edukacja-Technika-Informatyka, 2010, 1(2), 46-50.

101. Prochaska J.O., Di Clemente C.C.: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. The Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983,51, 390-395.

102. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C.: In search of how people change: Applications to addictive behaviours. American Psychologist, 1992, 47(9), 1102-1114.

103. Puchalski K.: Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej, Studia Edukacyjne, 2012, 23, 119–139.

104. Puchalski K.: Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. [w:] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Gniazdowski A. (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990: 47.

105. Record R. A.: Cultivating Miracle Perceptions : Cultivation Theory And Medical. University of Kentucky Master's Theses. University of Kentucky, Kentucky, 2011.

106. Reese E. W.: depications of patient-physician interaction in modern primetime TV drama and situational comedy: A Content. Texas Agricultural and Mechanical University, 2013.

107. Rogers R.W.: Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. [w:] Social Psychophysiology. Cacioppo j. Petty R, (eds.), Guilford Press, New York, 1983: 153-176.

108. Rostowska T., Lewandowska-Walter A. (2012). Słowo wstępne [w:] Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie, Rostowska T., A. Lewandowska-Walter A. (red.). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 2012: 7-9.

109. Rusmevichientong P, Streletskaya N, Amatyakul W, et al. The impact of food advertisements on changing eating behaviors: An experimental study. Food Policy, 2014, 44, 59-67.

110. Sadowski Z.: Promocja zdrowia – szansa i konieczność. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1994, 3-4, 15-35.

111. Sałamacha I.: 43% Polaków zmieniło postawy – sukcesy kampanii prozdrowotnych, Kampanie społeczne, 2018, http://kampaniespoleczne.pl/43-polakow-zmienilo-postawy-sukcesy-kampanii-proz-drowotnych/, data pobrania 31.03.2023.

112. Sandvik C., Gjestad R., Brug J., et al.: The application of a social cognition model in explaining fruit intake in Austrian, Norwegian and Spanish schoolchildren using structural equation modeling. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2007, 14(4), 57.

113. Schwarzer R.: Social-cognitive factors in changing health-related behavior. Current Directions in Psychological Science, 2001, 10(2), 47-51.

114. Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. Journal of Applied Psychology, 2008, 57(1), 1-29.

115. Sęk H.: Zdrowie behawioralne [w:] Psychologia. Podręcznik Akademicki. Strelau J. (red), GWL, Gdańsk, 2000: 533-553,539.

116. Serour G, Dickens B.: Ethics in medical information and advertising. The International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2004, 85(2), 195-200.

117. Stalmach M, Jodkowska M, Tabak I, Oblacińska A.: Optymizm życiowy 13-latków w Polsce w kontekście samooceny zdrowia oraz wybranych cech rodziny. Developmental Period Medicine, 2013, 17(4), 324-333.

118. Stanisz A.: Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA na przykładach z medycyny, Wyd. StatSoft Polska, Kraków, 2001.

119. Stoner J, Freeman R.: Kierowanie Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne. Warszawa, 2001.

120. Syrkiewicz-Świtała M., Holecki T., Wojtynek E.: Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia, Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu 2014, 20(2), 171-176.

121. Szczepański S.: Źródła edukacji zdrowotnej. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, 2003, 58, 229–231.

122. Szołtysek J., Nowak B.: Badanie wzorców zachowań zdrowotnych z wykorzystaniem metod grupowania zmiennych, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, 2016, 288, 88-107.

123. Szymczuk E., Zajchowska J., Dominik A. i wsp.: Media jako źródło wiedzy o zdrowiu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17(4), 165-168.

124. Szymczyk D.M., Grela M., Horoch A., Smoleń A.: Wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i chorobie w ocenie studentów uczelni lubelskich, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015, 21(2), 221–226.

125. Thompson J.B.: Media i nowoczesność. Społeczna teoria mediów (przeł. I. Mielnik), Wyd. Astrum, Wrocław, 2001.
126. Titkow A.: Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie [W:] Wstęp do socjologii medycyny. A. Ostrowska (red.), IFiS PAN IS UW, Warszawa, 1990: 87-112.
127. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych, Hygeia Public Health, 2011, 46(1), 25-31.
128. Turbiarz A., Kadłubowska M., Kolonko J., Bąk E.: Rola mediów w promocji zdrowia, Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 18(2), 239–242.
129. Ulatowska-Szostak E., Marcinkowski J.T., Gromadecka-Sutkiewicz M., i wsp.: Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2009, 90(2), 246–253.
130. Vordermark D, Kolbl O, Flentje M.: Th e internet as a source of Medical information. Investigation in a mixed cohort of radiotherapy patients. Strahlentherapie und Onkologie, 2000, 176(11), 532-535.
131. Wakefield M, Loken B, Hornik R.: Use of mass media campaigns to change health behavior. Lancet, 2010, 376(9748), 1261-1271.
132. Wierzbicka A.: Determinanty zdrowia – analiza taksonomiczna determinant stanu zdrowia starszej subpopulacji krajów europejskich. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica, 2013, 297, 195-210.
133. Wilk A.M.: Państwo w dobie społeczeństwa informacyjnego - perspektywa strategicznych zmian [w:] Internet 2000. Prawo - ekonomia - kultura, Skubisz R. (red.), Oficyna Wydawnicza VERBA, Lublin, 2000: 194.
134. Wojciechowska M., Roda M.: Rola prasy w promocji zdrowia, Hygeia Public Health, 2015, 50(2), 401-405.
135. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
136. Wróbel-Harmas M., Krysińska M., Postupolski J., Wysocki M.J.: Zagrożenia związane ze stosowaniem suplementów diety w świetle analizy danych z Internetu i doniesień systemu RASFF, Przegląd Epidemiologiczny, 2014, 68, 717-722.
137. Wrona-Polańska H.: Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania, Sztuka Leczenia, 2006, 13(1-2), 19-31.
138. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N.: Zachowania zdrowotne młodzieży-uwarunkowania podmiotowe i rodzinne. Wyd. Difin, Warszawa, 2011.

139. Ziuziański P., Furmankiewicz M.: Rola Internetu w autodiagnozie i samoleczeniu: szanse i zagrożenia [w:] Rola informatyki w naukach ekonomicznych i społecznych. Innowacje i implikacje interdyscyplinarne, Zieliński Z.E., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlowej w Kielcach, Kielce, 2014: 9-17.

ISBN 978-83-67454-57-5